

สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยานิพนธ์ งานวิจัย

MLA 127481

การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

นายวริศ เมฆนนท์ไพศิฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

พ.ศ. 2562

สงวนลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยานิพนธ์ งานวิจัย

MLA 127481

การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

นายวริศ เมฆนนท์ไพศิฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

พ.ศ. 2562

สงวนลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



ใบอนุญาตวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

เรื่อง : การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัย : นายวรวิศ เมฆนนท์ไพศิฐ

ได้รับอนุมัติเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ)
คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล วรรณคำ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์สมชาย วงศ์เกษม)

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทัย โคตรดก)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริช ราษฎร์)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แดนวิชัย สายรักษา)

กรรมการ

สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยานิพนธ์ งานวิจัย

MLA 127481

การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

นายวริศ เมฆนันทไพศิฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

พ.ศ. 2562

สงวนลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยานิพนธ์ งานวิจัย

MLA 127481

การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

นายวริศ เมฆนนท์ไพศิฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

พ.ศ. 2562

สงวนลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม



ใบอนุญาตวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

เรื่อง : การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัย : นายวรวิศ เมฆนนท์ไพศิฐ

ได้รับอนุมัติเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ)
คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล วรรณคำ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์สมชาย วงศ์เกษม)

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทัย โคตรดก)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริช ราษฎร์)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แดนวิชัย สายรักษา)

กรรมการ

ชื่อเรื่อง : การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัย : นายวรวิศ เมฆนันท์ไพศิฐ

ปริญญา : ปรัชญาดุขฎิบัณฑิต (ยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค)
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แดนวิชัย สายรักษา

ปีการศึกษา : 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุ 7 ปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 392 คน แบ่งเป็น กลุ่มปกติ จำนวน 196 คน และ กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 196 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Discriminant Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้การประชุมกลุ่มย่อย การระดมสมอง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คน แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้งให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มทดลอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในเขตตำบลบางกระทุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 30 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 30 คน(ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง) นำผลการทดลอง ก่อนทดลอง และหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ร่วม)หลายตัวแปรตาม (MANCOVA) โดยใช้ค่าวัตรอบเอว เป็นตัวแปรควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) ความตระหนัก (0.941) (2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.873) (3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.856) และ (4) แรงจูงใจ (0.845) 2) ผลการสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ (1) คนอ้วน (2) เสริมพลัง (3) หุ่นดี ซีวี มีสุข (4) กินดี มีสุข (5) ตั้งใจกิน (6) ออยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย (7) คู่หู และ (8) ขยับกาย สลายพุง และ 3) หลังการทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง มีการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การจัดการ ภาวะโภชนาการเกิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

Title : The Management for Over Nutrition of Village Health Volunteer in Pissanulok Province.

Author : Mr.Worarit Meknuntapaisit

Degree : Doctor of Philosophy (Regional Development Strategies)
Rajabhat Maha Sarakham University

Advisors : Assistant Professor Dr.Rungson Singhalert
Assistant Professor Dr.Daenvichai Sayruksas

Year : 2019

ABSTRACT

This research aimed 1) to analyze causal factors affecting over nutrition of village health volunteer in Pissanulok Province; 2) to design a model of management for over nutrition of village health volunteer; and 3) to implement and evaluate the model of management for over nutrition of village health volunteer. The research methodology was divided into 3 phases. (1) analysis of causal factors; (2) design of a model; and (3) implementation and evaluation of a new model. Phase 1 focused on analyzing causal factors that affecting over nutrition of village health volunteer in Pissanulok Province, and analyzing the relationships between the causal factors to the empirical data. The target population of consisted 392 village health volunteer of over nutrition in Pissanulok Province form normal group 196 and abnormal group 196. The data were collected by questionnaires. Discriminant analysis was used to analyze. The causal factors affecting the dependent variables were analyzed with the empirical data. Phase 2 focused on designing a model of management for over nutrition of village health volunteer for over nutrition village health volunteer based on the data of phase 1. The model was designed through workshop of twenty five participants. The focus group method was employed for discussion on the model of management for over nutrition of village health volunteer, and the developed model was assessed by three experts. Phase 3 focused on implementing and evaluating the model. The model was implemented to 30 experimental participants, and the model evaluation was identified by the comparison of the research results before and after model implementation, and the comparison of the results of the experimental

groups and control group. Multivariate Analysis of Covariance was employed for data analysis. The Covariance was score of waist circumference.

The major findings were as follows 1) according to the analysis of the relationship and the empirical data, the finding showed that 4 factors significantly affected the over nutrition of village health volunteer in Pissanulok Province at the .05 level. The factors were awareness (0.941), activity and exercise behaviors (0.873), eating behaviors (0.856), and motive (0.845); 2) the model of management over nutrition of village health consisted of 8 activities: (1) fat, (2) power, (3) good body, (4) eat for life, (5) best food, (6) fit and firm target, (7) buddy; and (8) exercise; and 3) the management for over nutrition of village health volunteer after implementing the model were better than before implementing the model. The experimental groups and control group were different at the .05 level of statistical significance.

Keywords: The Management, Over Nutrition, Village Health Volunteer



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความช่วยเหลือและแนะนำสม่ำเสมออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แดนวิชัย สายรักษา ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุขแก้ว คำสอน รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจิรา ทับทิม และอาจารย์ ดร.กมลวรรณ สาคร ที่ให้ความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือในการวิจัย รองศาสตราจารย์สมชาย วงศ์เกษม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทัย โคตรตก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธันณชัย สิงห์มาตร ที่ให้ความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญระดมพลังปัญญาวิวัฒน์ เป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลกที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยให้การศึกษาในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.กมลวรรณ สาคร ที่เป็นตัวอย่างอันดีในการศึกษา ตลอดจนคุณแม่ศิริรัตน์ เมฆนนท์ไพศิฐ มารดา คุณอมรา เมฆนนท์ไพศิฐ ภรรยา และบุตร ธิดาของข้าพเจ้า ประกอบด้วยคุณกมลลักษณ์ คุณคณิศร คุณภวินท์ คุณณัฐวรัญช์ เมฆนนท์ไพศิฐ ที่ได้คอยเป็นกำลังใจ คอยดูแล และให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จการศึกษาด้วยความภาคภูมิใจ

อนึ่งคุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแต่บุพการีและผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่านานนี้

นายวรริศ เมฆนนท์ไพศิฐ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทำให้อัตราการเกิดโรคติดต่อ (Communicable Disease) ลดน้อยลง แต่การเกิดโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease) เพิ่มสูงขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น เนื่องจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (Life Style) ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีความเครียดเพิ่มขึ้น มีนิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่า โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญของโลก พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อร้อยละ 45.9 โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อร้อยละ 58.5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยมีสาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 16.7 ล้านคน หรือร้อยละ 29.2 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าคือในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึงร้อยละ 73 องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อมูลว่า การมีภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน เป็นปัญหาที่เพิ่มความสำคัญอย่างรวดเร็วในเกือบทุกประเทศทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและที่กำลังพัฒนา และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 ในผู้ใหญ่ และยังพบว่า ภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วนเป็น 1 ใน 5 สาเหตุความเสี่ยงที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิต โดยอย่างน้อย 2.8 ล้านคนทั่วโลก เสียชีวิตจากสาเหตุภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน (สำนักกระบาดวิทยา, 2551, น. 89)

ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มความชุกโรคอ้วนสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 14.3 ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.9 ซึ่งเป็นการเพิ่มที่รุนแรง และรวดเร็ว เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ในการศึกษาความชุกของโรคอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกปี 2547 ใน 14 ประเทศนั้นประเทศไทยอยู่ลำดับที่ 5 (The Obesity in Asia – Pacific, 2004, p. 1) และ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550 พบว่า ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปซึ่งมีทั้งหมด 55 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 18 นอกจากนี้พบว่า ผู้มีน้ำหนักเกินจนถึงอ้วนมีมากที่สุดในวัยทำงาน อัตราความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สวรส., 2548, น. 63)

ในความทันสมัยของเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อให้เกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมีอุบัติการณ์สูงมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจัยที่เกื้อหนุนให้เกิดโรคเหล่านี้มีหลายอย่าง นับตั้งแต่สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่เอื้อให้ผู้คนมีสุขภาพดี พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ผู้คนอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มสูงขึ้นจนทำให้เกิดโรคอ้วนตามมา ปัญหาของ “ความอ้วน” ที่ทราบกันดีก็คือ เรื่องของโรคแทรกซ้อนที่เรื้อรังตามมา ปัจจุบันความรุนแรงของโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชาชนรวมไปถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่มีอัตราการอ้วนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ “โรคอ้วนลงพุง” หรือ “Metabolic Syndrome” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของประชาชนที่จะเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะอ้วนลงพุง จึงมีการรณรงค์โครงการ “คนไทย ไร้พุง” หรือ “ลดอ้วน ลดโรค” เพื่อให้เห็นปัญหาสุขภาพที่จะตามมาในอนาคต ผู้ที่มีปัญหาความเสี่ยง ต่อภาวะอ้วนลงพุงคือ ผู้ที่บริโภคเกินความจำเป็นของร่างกาย บริโภคแป้ง น้ำตาลสูง และไขมันสูง ผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หากไม่รีบแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ลดน้ำหนักแล้ว ไขมันที่สะสมในร่างกายโดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง ซึ่งมีคุณสมบัติต่างจากไขมันใต้ผิวหนัง กล่าวคือ ไขมันในช่องท้องสามารถสร้างและหลั่งกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) นอกจากนี้ยังสามารถหลั่งสาร Cytokines และ Hormones ซึ่งรวมเรียกว่า Adipocytokines มาทำให้เกิดผลเสียต่อสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย กรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน มีการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายผิดปกติไป ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและเป็นเบาหวานในที่สุด สำหรับ Adipocytokines ซึ่งเป็นสารหลายชนิด จึงทำให้เกิดผลหลายอย่างเช่น ความไวต่ออินซูลินลดลง หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดและหลอดเลือดอักเสบ เซลล์ไขมันอักเสบ ทำให้มีการสร้างและหลั่ง ไขมันอิสระและ Adipocytokines เพิ่มมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง (ศูนย์ข้อมูลธรรมชาติบำบัด, 2555, น. 1-2) การมีไขมันในช่องท้องมากเกินไป เป็นขาดกรเจียบที่คนคาดไม่ถึง คนที่

อ้วนลงพุงจะมีไขมันสะสมในช่องท้องปริมาณมาก ยิ่งรอบพุงมากเท่าไร ไขมันยิ่งสะสมในช่องท้องมากเท่านั้น ไขมันที่สะสมนี้จะแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับ มีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดีเกิดเป็น “ภาวะอ้วนลงพุง” ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยเอาที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3 ถึง 5 เท่า ดังนั้น “ยิ่งพุงใหญ่เท่าไร ยิ่งตายเร็วเท่านั้น” (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555, น. 1-2)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้คนไทยห่างไกลโรค และมีการดำเนินงานอย่างจริงจังเพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันและเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น โดยมีตัวชี้วัดในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงที่พบโดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองและส่งเสริมการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อม จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 3 ปี 2547 พบว่า ประชากรในประเทศไทยที่อายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 9.3 ล้านคน พบว่ามีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (ชาย \geq 90 เซนติเมตร และหญิง \geq 80 เซนติเมตร) โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 52 และ ร้อยละ 22 ตามลำดับ และพบในผู้ที่อาศัยในเมืองมากกว่าในชนบท (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553, น. 2-3)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 9,419 ราย มีผู้ป่วยเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น ที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 18 ปี เพียงร้อยละ 2.66 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด แต่ในปัจจุบันนี้พบว่า เด็กไทยเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มักพบในผู้ใหญ่ถึง 10 เท่า สาเหตุหลักมาจาก การบริโภคเกินและออกกำลังกายน้อยหรือไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เนื่องจากเด็กกินมากและออกแรงน้อย ซึ่งทำให้เด็กเป็นโรคอ้วนโดยตรง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวถึงภาพรวมของสถานการณ์เบาหวานในปัจจุบันว่า โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายอันดับต้นของคนไทย ซึ่งสอดคล้องกับการที่มีคนไทยมีภาวะอ้วนลงพุงสูงขึ้นมาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ระบุว่า ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 21.4 และมีความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.5 ล้านคน สอดคล้องกับผลการสำรวจที่พบ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงในผู้หญิงสูงถึง ร้อยละ 45 และพบภาวะดังกล่าวในผู้ชาย ร้อยละ 18.6 ซึ่งสะท้อนให้เห็นความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการ

จัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานสามารถเกิดได้กับเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนลงพุง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการกำหนดให้คัดกรองความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (ศูนย์ข้อมูลธรรมชาติบำบัด, 2555, น. 1)

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์การในการบริหารประเทศไทย โดยดูแลรับผิดชอบใน ส่วนสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ ได้มีแนวนโยบายการดูแลสุขภาพแนวใหม่ คือ “การสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” หรือที่เรียกว่า นโยบายการสร้างนำซ่อม ด้วยนโยบายนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีแนวคิดริเริ่มที่จะให้ประชาชนดูแลสุขภาพโดยตนเองได้ (สร้างสุขภาพ) ก่อนที่จะเจ็บป่วย (ซ่อมสุขภาพ) จึงได้นำเข้าสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2520 – 2524) เป็นต้นมา โดยมีการสร้างประชาชนขึ้นมากลุ่มหนึ่งในระดับหมู่บ้าน เป็นรูปแบบอาสาสมัคร (จิตอาสา) และได้ให้ความรู้ ตลอดจนสร้างเจตคติที่ดีในด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มนั้นเป็นตัวอย่างในการดูแลสุขภาพและตัวแทนของประชาชนในหมู่บ้าน ในการตัดสินใจที่จะดำเนินการดูแลสุขภาพในหมู่บ้าน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนของเขาเอง กระทรวงสาธารณสุข เรียกกลุ่มประชาชนในหมู่บ้านเหล่านี้ว่า “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หรือ “อสม.” ที่มีมาจนถึงปัจจุบัน (อมร นนทสุต, 2521, น. 9-11)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (Village Health Volunteer) ใน ประเทศไทย เป็นการปฏิบัติงานในรูปแบบอาสาสมัคร จะอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขโดยมี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดเป็นผู้ให้การสนับสนุนผ่านมาทางบุคลากรสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ในระดับตำบล (สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบัน) โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2536 ให้ทุกวันที่ 20 มีนาคม ของ ทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วันอสม.แห่งชาติ) เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจุบันได้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นจำนวน 686,537 คน (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2549, น. 5- 7) กระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท กระทรวงสาธารณสุขได้ กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งหมายถึง ประชาชนที่อาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ครอบครัวและเพื่อนบ้าน ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลาง

กำหนด (กระทรวงสาธารณสุข, 2550, น. 137) จึงจะมีสิทธิ์ที่จะได้รับเงินค่าป่วยการที่สนับสนุนจาก กระทรวงสาธารณสุข คนละ 600 บาทต่อเดือน (ระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินค่าป่วยการของ อสม., 2552, น. 3) โดยถูกกำหนดให้มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และ คุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ 1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการ สาธารณสุข แจกข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรัดกุมในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและ ป้องกันสุขภาพเหิงอกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การ ป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและ สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น 3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การ จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐม พยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามอาการ 4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมที่ควร ดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหา ของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 5) เผื่อระวังและป้องกันปัญหา สาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เผื่อระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็ก ขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เผื่อระวังด้านอนามัยแม่และเด็กโดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มา ฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามกำหนด เผื่อระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดา

นำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย เป็นต้น 6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น 7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ และ 8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2549, น. 10-12)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพเบื้องต้นและคัดกรองโรคเรื้อรังในปีงบประมาณ 2560 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 17,487 คน เป็นเพศชาย จำนวน 8,232 คน และเพศหญิง จำนวน 9,255 คน โดยทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง พบว่า ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก มีรอบเอวเกินจำนวน 5,627 คน คิดเป็นร้อยละ 32.18 พบว่า ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิง จำนวน 4,165 คน คิดเป็นร้อยละ 74.02 เพศชายจำนวน 1,462 คน คิดเป็นร้อยละ 25.98 มีค่า BMI (ดัชนีมวลกาย) เกินจำนวน 8,970 คน คิดเป็นร้อยละ 51.30 โดยพบว่า เกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบในเพศหญิงจำนวน 5,845 คน ร้อยละ 65.16 เพศชาย จำนวน 3,125 คน ร้อยละ 34.84 ทำการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีผู้มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวาน จำนวน 2,505 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.33 และพบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 750 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.94 ส่วนโรคความดันโลหิตสูงพบผู้มีภาวะเสี่ยง จำนวน 1,594 คน คิดเป็นร้อยละ 9.12 และพบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.59 นอกจากนี้ยังพบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2558, พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ในอัตรา 19.6, 10.4 และ 12.64 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2560)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคอ้วนกำลังคุกคามประชากรไทย และทำให้เกิดโรคเรื้อรัง บั่นทอนคุณภาพชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูง คนไทยเป็นเบาหวานกันมากขึ้น หลังจากที่พบภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในคนไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งไขมันในคนอ้วนลงพุงเป็นต้นเหตุที่สำคัญของการ

ก่อกำเนิดโรคภัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา และปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคส่วนมากเกิดจากการบริโภคอาหารที่เกินจำเป็น ขาดการพักผ่อน ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม และขาดความต่อเนื่อง (กมลวรรณสาร, 2557, น. 1)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ช่วยบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิด และได้สัมผัสกับประชาชนมากที่สุด จึงสนใจศึกษาในเรื่อง การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เพื่อหวังว่าการวิจัยจะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำมาสู่การสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนำการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้และประเมินผลการทดลองต่อไป เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้นำชุมชนในการสร้างสุขภาพ โดยการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ตลอดจนเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกิน ของประเทศชาติได้อีกทางหนึ่ง

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1.2.2 การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก มีรูปแบบเป็นอย่างไร

1.2.3 ผลการประเมินการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้ผลเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1.3.2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1.3.3 เพื่อทดลองใช้ และประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1.4 สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (กล่าวไว้ในบทที่ 2 ผู้วิจัยนำมา กำหนดเป็นสมมติฐานเพื่อใช้ทดสอบ ความถูกต้องของทฤษฎีได้ว่า

สมมติฐานที่ 1 ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้รับผลจาก 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน 2) ความตระหนัก 3) แรงจูงใจ 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 6) พฤติกรรมการพักผ่อน และ 7) รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต

สมมติฐานที่ 2 หลังการทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน ที่ผู้วิจัย สร้าง ขึ้นแล้ว กลุ่มทดลอง มีการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ดีกว่ากลุ่มควบคุม

1.5 ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย ผู้วิจัย ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1.5.1 พื้นที่เป้าหมาย เป็นการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก

1.5.2 ขั้นตอนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างรูปแบบภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อทดลองใช้และประเมินผลภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1.5.3 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.5.3.1 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1

1) ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย

1.1) ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 17,487 คน (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2560)

1.2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane (1973, p. 727) จำนวน 392 คน กลุ่มตัวอย่างให้แบ่งเป็น

1.2.1) กลุ่มปกติ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ปกติ จำนวน 196 คน

1.2.2) กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 196 คน

2) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1) ตัวแปรอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่คาดว่าจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก คือ

2.1.1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน

2.1.2) ความตระหนัก

2.1.3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.1.4) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

2.1.5) พฤติกรรมการพักผ่อน

2.1.6) รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต

2.1.7) แรงจูงใจ

2.2) ตัวแปรตาม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือ ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1.5.3.2 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย การสร้างรูปแบบการวิจัย ระยะที่ 2

กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน นักโภชนาการจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน นักจัดการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 1 คน นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอในเขตจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 5 คน และผู้เข้าร่วมวิพากษ์ที่ได้มาจากการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน โดยใช้ปัจจัยที่เป็นผลลัพธ์จากการศึกษาของผู้วิจัย ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 มาเป็นประเด็นในการพิจารณาสร้างรูปแบบ

1.5.3.3 กลุ่มทดลอง และตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 3

1) กลุ่มทดลอง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในเขตตำบลบางกระพุ่ม อำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 1 บ้านแม่เทียบ หมู่ 2 บ้านคลองกระถ่อน หมู่ 3 บ้านเกาะคู หมู่ 4 บ้านบางกระพุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และหากมีจำนวนเกิน 30 คน ผู้วิจัยจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากมาให้ได้จำนวน 30 คน ตามที่ต้องการมาเป็นกลุ่มทดลอง

2) กลุ่มควบคุม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 ในเขตตำบล บางกระพุ่ม อำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 5 บ้านบางกระพุ่ม หมู่ 6 บ้านบางกระพุ่มโน หมู่ 7 บ้านบึงเวียน หมู่ 8 บ้านหัวหนอง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และหากมีจำนวนเกิน 30 คน ผู้วิจัยจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากมาให้ได้จำนวน 30 คน ตามที่ต้องการมาเป็นกลุ่มควบคุม

3) วิธีการประเมิน คือ ผลการบันทึก (การวัดรอบเอว) ผลการสังเกต (แบบสังเกตพฤติกรรม) และผลการตอบแบบสอบถาม (จากปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการศึกษาของผู้วิจัยที่ได้จากการวิจัยในระยะเวลาที่ 1) กับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการเปรียบเทียบก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

4) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

4.1) ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2

4.2) ตัวแปรร่วม คือ ผลการบันทึก (การวัดรอบเอว) ก่อนการทดลอง

4.3) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสำเร็จในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก และตัวแปรอิสระในระยะเวลาที่ 1 ที่พบว่าส่งผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.5.4 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1

สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย ใช้สถิติวิเคราะห์แบบ Discriminant Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significant .05)

การวิจัยระยะที่ 3

สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัยระยะที่ 3 รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังทดลอง Posttest และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนหลังการทดลองด้วยการนำเอาผลการบันทึกผลการวัดรอบเอวของกลุ่มทดลองมาเป็นตัวแปรควบคุม (Control Variable) โดยนำมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) แล้วทำการทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ร่วม) หลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Level of Significant .05)

1.5.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา ตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2561 ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2562

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

“การจัดการภาวะโภชนาการเกิน” หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน กิจกรรม โครงการ หรือแผนงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อค้นพบปัจจัยเชิงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน จากผลการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อนำไปปฏิบัติ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ต้องการ ไปสู่สภาพที่ดีขึ้น คือ ประสิทธิภาพการจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีภาวะโภชนาการเกินให้ดีขึ้น

“ภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition)” หมายถึง สภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหาร หรือสารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ การที่ร่างกายมีไขมันสะสมอยู่มากเกินไป จนถึงจุดที่จะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น การประเมินภาวะโภชนาการเกิน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดรอบเอว ในการประเมินโดย ผู้ที่มีรอบเอวเกินมาตรฐาน ในผู้ชาย วัดได้ ≥ 90 เซนติเมตรและในผู้หญิง วัดได้ ≥ 80 เซนติเมตร

“ความตระหนัก” หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้สึก ความคิดเห็น ความสำนึก เป็นภาวะที่บุคคลเข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้โดยอาศัยระยะเวลา เหตุการณ์ ประสบการณ์หรือสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยทำให้คนเกิดความตระหนัก

“พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food Consumption Behavior)” หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดว่าจะรับประทาน หรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมือที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้รวมทั้งสุขนิสัยก่อน และหลังรับประทานอาหาร

“พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย” หมายถึง การเคลื่อนไหว หรือการทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อโครงสร้าง (Skeletal Muscle) และทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าในขณะพัก

“การออกกำลังกาย” หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการวางแผนหรือมีการเตรียมตัว โดยจะเป็นกิจกรรมที่มีการทำซ้ำ ๆ เพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกาย (Physical Fitness)

“พฤติกรรมการพักผ่อน” หมายถึง สุขนิสัยการนอนหรือการกระทำที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการนอนโดยมีระยะเวลาการนอนที่ปกติในช่วง 6 ถึง 8 ชั่วโมง

“รูปแบบการดำเนินชีวิต (Life Style)” หมายถึง วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยที่ลักษณะ

ของพฤติกรรมต่าง ๆ จะเป็นตัวบ่งบอกถึง รูปแบบการดำเนินชีวิต แต่ละแบบ เช่น พฤติกรรมในการเข้าสังคม ในการบริโภค ในการหาความบันเทิง การพักผ่อนหย่อนใจใช้เวลาว่าง และการแต่งตัวล้วนเป็นส่วนประกอบของรูปแบบการดำเนินชีวิต

“แรงจูงใจ (Motivation)” หมายถึง กระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าโดยจงใจให้กระทำ หรือดิ้นรนเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์บางอย่าง

“การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Modification)” หมายถึง การนำเอาแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพ ความสามารถ ความเป็นตัวของตัวเอง และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองของบุคคล

“อายุ” หมายถึง อายุของกลุ่มตัวอย่าง (นับเป็นจำนวนปีเต็มถึงวันสัมภาษณ์) หากมีอายุเกินปีที่นับได้ 6 เดือนขึ้นไปจะเพิ่มอายุขึ้นอีก 1 ปี

“ความรู้” หมายถึง การรับรู้ ข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และภาวะโภชนาการเกิน

“อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายถึง ประชาชนที่อาสาสมัครเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ครอบครัวและเพื่อนบ้าน ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลาง กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.7.1 ได้สารสนเทศว่าด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1.7.2 ได้รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่สามารถนำไปจัดการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก

1.7.3 ประชาชนจังหวัดพิษณุโลกมีภาวะโภชนาการเกินลดลง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยเรื่อง เรื่องการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐาน และแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะนำเสนอ โดยแบ่งออกเป็นหัวข้อเรียงลำดับ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ
2. แนวคิดทฤษฎีการจัดการ
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกิน
6. บริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
7. แนวคิด ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์
8. บริบทจังหวัดพิษณุโลก
9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ

2.1.1 ความหมาย

รูปแบบ หรือ Model หมายถึง แบบย่อส่วนของจริงหรือแบบจำลองของสิ่งของหรือคนที่นำมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินการบางอย่าง (Longman, 1995, p. 668)

รูปแบบ หรือ โมเดล (Model) เป็นคำที่เราได้ยินกันบ่อย ๆ อย่างกว้างขวางทั้งในวงการราชการและภาคเอกชน รูปแบบมีหลายลักษณะ ซึ่งสุบรรณ พันธ์วิทวัส และชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ (2522, น. 6) ได้ให้ความหมายของ "รูปแบบ" ไว้ว่า รูปแบบที่เลียนแบบความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยจัดระบบความคิดในเรื่องนั้นให้ง่ายขึ้น และเป็นระเบียบ สามารถเข้าใจลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์นั้นได้

ในปัจจุบันนี้การพัฒนาารูปแบบต่าง ๆ ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ ซึ่ง ศิริชัย กาญจนาวาสี (2544, น. 17 อ้างถึงใน อมรรัตน์ ทิพย์จันทร์, 2547, น. 15) ได้กล่าวไว้ว่า การสร้างหรือพัฒนาารูปแบบ จึงขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจ ความเหมาะสมของรูปแบบ หรือโมเดลที่เลือกใช้ อาจจะพิจารณาได้จาก การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างปรัชญา หรือแนวคิด ของรูปแบบกับประเด็นปัญหาของสิ่งที่ต้องการ

2.1.2 การพัฒนาารูปแบบ

บุญชม ศรีสะอาด (2545, น. 104-106) ได้กล่าวถึงการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาารูปแบบ นั้นอาจจะกระทำได้ 2 ขั้นตอน คือ

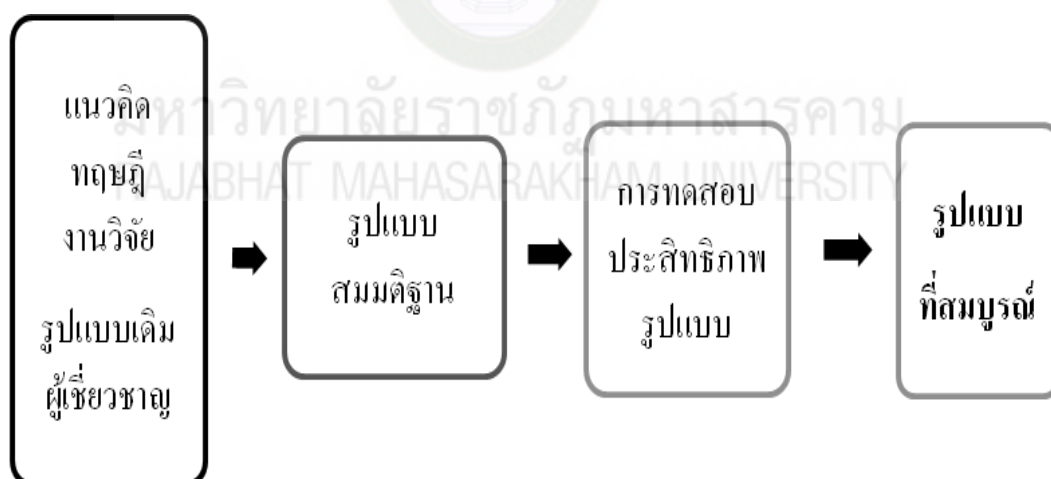
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือการพัฒนาารูปแบบ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนาารูปแบบขึ้นมา ก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน โดยการศึกษา ค้นคว้า ทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบที่มีผู้พัฒนาไว้แล้วในเรื่องเดียวกัน หรือเรื่องอื่น ๆ และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สภาพสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะ ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรนั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบ ในรูปแบบ

ในการพัฒนาารูปแบบนั้นจะต้องใช้หลักเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญในการศึกษาค้นคว้า ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาารูปแบบเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยอาจคิดโครงสร้างของรูปแบบขึ้นมา ก่อน แล้วปรับปรุงโดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศจากการศึกษาค้นคว้า ทฤษฎี แนวความคิด รูปแบบหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำการศึกษาค้นคว้าองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรแต่ละตัว แล้ว คัดเลือกองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรที่สำคัญ ประกอบขึ้นเป็นโครงสร้างของรูปแบบก็ได้ หัวใจสำคัญ ของขั้นตอนนี้อยู่การเลือกเฟ้นองค์ประกอบในรูปแบบ (ตัวแปร หรือ กิจกรรม) เพื่อให้ได้รูปแบบที่ เหมาะสม ผู้วิจัยควรกำหนดหลักการในการพัฒนาารูปแบบอย่างชัดเจน เช่น เป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อน สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ตัวแปรในรูปแบบมีน้อยตัวแต่สามารถอธิบายผลได้มาก ในการวิจัยบางเรื่องจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญได้ช่วยพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากได้พัฒนาารูปแบบ ขึ้นต้นแล้วจำเป็นต้องมีการทดสอบความเที่ยงของรูปแบบดังกล่าว เพราะว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้น ถึงแม้ว่าจะพัฒนาโดยมีรากฐานมาจากทฤษฎี แนวความคิด รูปแบบของคนอื่น และผลการวิจัยที่ดี ผ่านมาแล้ว หรือแม้กระทั่งได้รับการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญแล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตาม

สมมติฐาน ซึ่งจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริง หรือทำการทดลองไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อทดสอบดูว่าเหมาะสมหรือไม่ บางครั้งจึงใช้คำว่า “การทดลองประสิทธิภาพของรูปแบบ”

จากความหมายทั้งหมดผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งหรือปรากฏการณ์ที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี ผลการวิจัย หรือรูปแบบที่มีอยู่แล้ว ที่ผู้สร้างได้ศึกษาเพื่อถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ แสดงให้เห็นถึงรูปย่อจำลองสภาพความจริงของปรากฏการณ์ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ในปรากฏการณ์หนึ่ง เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะของปรากฏการณ์ แสดงถึงโครงสร้างองค์ประกอบของปรากฏการณ์ เมื่อนำองค์ประกอบมาใช้ก็จะทำให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และสามารถตรวจสอบเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์จริงได้ เพื่อช่วยให้นักเรียนและคนอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น จากแนวคิดการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยจะได้ทำการศึกษาหารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนต่อภาวะโภชนาการเกิน จังหวัดพิษณุโลก มี 2 ขั้นตอน คือ การสร้างและพัฒนารูปแบบ การทดลองประสิทธิภาพของรูปแบบ ดังภาพที่ 2.1 ที่แสดงให้เห็นถึงขั้นตอนการสร้างรูปแบบ



ภาพที่ 2.1 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบ (Model)

2.2 แนวคิดทฤษฎีการจัดการ

2.2.1 ความหมาย

การจัดการ (Management) หมายถึง กระบวนการที่ทำให้งานกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ด้วยคนและทรัพยากรขององค์การ ซึ่งตามความหมายนี้ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ได้แก่ กระบวนการ (Process) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) และกระบวนการ (Process) ในความหมายของการจัดการนี้ หมายถึงหน้าที่ต่าง ๆ ด้านการจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การโน้มนำองค์การ และการควบคุม การจัดการจะมีความหมายในเชิงการนำความรู้ไปใช้ เป็นการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.2.2 แนวความคิดพื้นฐานด้านการจัดการ (The Basic of Management)

การจัดการเป็นศิลปะของการใช้บุคคลอื่น ทำงานให้แก่องค์การ โดยสนองตอบความต้องการ ความคาดหวัง และจัดโอกาสให้เขาเหล่านั้นมีความเจริญในการทำงาน การจัดการเป็นกระบวนการ การวางแผน การจัดองค์การ การจัดคนเข้าทำงาน (Planning Organizing Staffing) การควบคุม การสั่งการ (Controlling Leading) การจัดการ ประกอบด้วย กลุ่มของผู้จัดการ

ระดับสูง (Top Management)

ระดับกลาง (Middle Management)

ระดับล่างหรือระดับต้น (Lower Management)

2.2.3 การจัดการเป็นวิทยาศาสตร์ หรือ ศิลปะ.

เป็นวิทยาศาสตร์ : เพราะองค์ความรู้ที่ได้มา มีลักษณะเป็นระบบ ที่ผ่านกระบวนการศึกษาอย่างต่อเนื่อง

เป็นศิลปะ : เพราะเป็นการนำ ความรู้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้องค์การบรรลุผลตามวัตถุประสงค์

2.2.4 แนวความคิดด้านการจัดการ

2.2.4.1 แนวความคิดด้านการจัดการแบบวิทยาศาสตร์

2.2.4.2 แนวความคิดด้านการจัดการเป็นกระบวนการ

2.2.4.3 แนวคิดด้านมนุษยสัมพันธ์

2.2.4.4 แนวความคิดด้านระบบสังคม

2.2.4.5 แนวความคิดด้านคณิตศาสตร์

2.2.4.6 แนวความคิดด้านระบบ

2.2.5 แนวความคิดด้านการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ (Scientific Management School)

เป็นแนวความคิดที่ได้นำ วิธีการที่มีหลักเกณฑ์ ในด้านการจัดการมาจัดองค์การให้ดำเนินไปในทิศทางที่ประสบความสำเร็จสูงสุด

Frederick Winslow Taylor (1876) บิดาของแนวความคิด ด้านการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นทฤษฎีการจัดการแบบคลาสสิก โดยมีหลักการของการจัดการดังนี้

1. พัฒนาวิธีการทำงานวิธีที่ดีที่สุด โดยผ่านการวิเคราะห์ห้อย่างมีหลักเกณฑ์
2. ใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์เพื่อพัฒนาคน ให้มีคุณสมบัติตรงตามงาน
3. มีการร่วมมือและประสานงานร่วมกัน เพื่อลดความขัดแย้ง
4. มีการแบ่งงานและความรับผิดชอบ ระหว่างฝ่ายบริหาร และฝ่ายผลิต

Henri L. Gantt (1861) มีแนวคิดคล้าย ๆ Taylor แต่มีความแตกต่างตรงที่ให้ความสนใจในความเป็นมนุษย์มากขึ้น และได้นำระบบการจ่ายค่าจ้าง หรือ โบนัส และมีการประกันค่าจ้างขั้นต่ำให้คนงานด้วย

2.2.6 แนวความคิดด้านการจัดการเป็นกระบวนการ (Management Process School or Modern Operational – Management Theory)

เป็นแนวความคิดที่มองการจัดการ เป็นกระบวนการทำงาน โดยอาศัยบุคคลอื่น

Henri Fayol (1868) มองว่าการจัดการเป็นทฤษฎีที่สามารถสอนและเรียนรู้ได้ โดยเกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ คือการวางแผน การจัดองค์การ การบังคับบัญชาการประสานงาน และการควบคุม ซึ่งได้กำหนดหลักการในการจัดการไว้ 14 ข้อ ดังนี้

1. การแบ่งงานกันทำ ตามความถนัด
2. อำนาจหน้าที่ และ ความรับผิดชอบ
3. ระเบียบวินัย หรือ การเคารพในข้อตกลง
4. เอกภาพในการบังคับบัญชา
5. เอกภาพในการอำนวยการ
6. ประโยชน์ส่วนบุคคลเป็นรองจากประโยชน์ส่วนรวม

7. ค่าตอบแทนที่เหมาะสมจากการทำงาน
8. การรวมอำนาจตามความเหมาะสมกับสถานการณ์
9. การจัดสายการบังคับบัญชา
10. การจัดลำดับตามตำแหน่งหน้าที่
11. ความเสมอภาคจากผู้บังคับบัญชา
12. ความมั่นคงในการทำงาน
13. ความคิดริเริ่มต่อการปฏิบัติงาน
14. ความสามัคคีภายในองค์การ

2.2.7 แนวความคิดด้านมนุษยสัมพันธ์ (Human Relations School)

เป็นแนวความคิดที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ มีบทบาทสำคัญในการจัดองค์การทุกองค์การ ดังนั้น กิจกรรมขององค์การจะประสบความสำเร็จได้นั้นจึงต้องเข้าใจคน โดยทำการศึกษามนุษย์ ซึ่งมีรากฐานมาจาก วิชาจิตวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยาสังคม และ มานุษยวิทยา

Elton Mayo (2014) บิดาของการจัดการแบบมนุษยสัมพันธ์ได้ทำ การวิจัยโดยศึกษาทัศนคติ และ ปฏิกริยาทางจิตวิทยาของคนงาน ในการทำงานตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันโดยสามารถสรุปเป็นประเด็นจากผลการวิจัยได้ดังนี้

1. มององค์การว่าเป็นองค์การทางสังคม
2. องค์การมีภารกิจผลิตสินค้า และ บริการ และสร้างความพอใจของสมาชิกใน

องค์การ

3. พฤติกรรมมนุษย์ขึ้นอยู่กับค่านิยม และ ความเชื่อความรู้สึกของแต่ละคน
4. สมาชิกในองค์การ ทำงานในฐานะสมาชิกกลุ่ม
5. ระดับของผลผลิตถูกกำหนดโดยปทัสถานทางสังคมของกลุ่ม
6. องค์การที่ไม่เป็นทางการจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของคนในองค์การ

Mary Parker Follet (1918) จะให้ความสนใจเรื่องการจูงใจบุคคล และการจูงใจกลุ่ม โดยการกระตุ้นให้คนรู้สึกอยากทำงาน และ คิดว่างานที่ทำ มีความสุข ซึ่งได้เน้นเรื่องการประสานงาน อันจะก่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างคนงานและฝ่ายจัดการ

Abraham H. Maslow (1954) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการสนองความต้องการตามลำดับขั้น ดังนี้

ระดับที่ 5 หรือระดับสูงสุด - ความต้องการความสำเร็จและมีคุณค่า

ระดับที่ 4 - ความต้องการเกียรติยศความภาคภูมิใจ

ระดับที่ 3 - ความต้องการทางด้านสังคม และ ความรัก

ระดับที่ 2 - ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย

ระดับที่ 1 หรือระดับพื้นฐาน - ความต้องการทางด้านสรีระขั้นต้น

2.2.8 แนวความคิดด้านระบบสังคม (Social System School)

มีความสัมพันธ์กับแนวคิดด้านมนุษยสัมพันธ์ หรือด้านพฤติกรรมศาสตร์ โดย Chester I. Barnard (1968) ได้จัดลำดับขั้นของแนวความคิดด้านระบบสังคม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

2.2.8.1 ก่อให้เกิดระบบการทำงานเป็นกลุ่ม

2.2.8.2 มีการแบ่งประเภทขององค์การออกเป็นองค์การที่มีรูปแบบ และ องค์การไร้รูปแบบ

2.2.8.3 ฝ่ายบริหารมีบทบาทสำคัญในองค์การที่มีรูปแบบ

2.2.8.4 ก่อให้เกิดภาวะผู้นำ ที่มีประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ

2.2.9 แนวความคิดด้านคณิตศาสตร์ (Mathematical School)

เป็นแนวคิดที่มุ่งใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์มาศึกษาข้อมูล เพื่อการตัดสินใจในการบริหารจัดการ โดยสามารถแสดงออกมาในรูปของสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ซึ่งจะใช้ได้ผลดีในการแก้ปัญหาทางกายภาพหรือ การควบคุมทางการผลิต แต่ไม่สามารถใช้ได้กับความเข้าใจทางด้านพฤติกรรมมนุษย์ได้

2.2.10 แนวความคิดด้านระบบ (System School)

เป็นแนวคิดด้านการจัดการที่เน้นกลยุทธ์ โดยศึกษาส่วนต่าง ๆ ของระบบ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันนำมาวางแผน มีการควบคุม และ กระบวนการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศ (MIS) จัดเป็นแนวคิดที่พยายามนำ แนวคิดการจัดการด้านต่าง ๆ มาหลอมรวมกัน เพื่อให้เป็นทฤษฎีการจัดการที่สมบูรณ์

สรุปแนวความคิดด้านการจัดการ จากการศึกษาทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่าการจัดการ หมายถึง กระบวนการที่กระทำให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โดยใช้ทักษะต่าง ๆ ของมนุษย์ ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย นำแนวคิดด้านการจัดการของแนวความคิดด้านระบบ (System School) ซึ่งเป็นแนวคิดด้านการจัดการที่เน้นกลยุทธ์ โดยศึกษาส่วนต่าง ๆ ของระบบ ที่มีความ

เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นำมาวางแผน มีการควบคุม และ กระบวนการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศ (MIS) จัดเป็นแนวคิดที่พยายามนำแนวคิดการจัดการด้านต่าง ๆ มาหลอมรวมกัน เพื่อให้เป็นทฤษฎีการจัดการที่สมบูรณ์ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลด้านการจัดการ ผู้มีภาวะโภชนาการเกิน ให้เป็นผู้มีภาวะโภชนาการปกติ

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน

ภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหารหรือสารอาหาร บางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ เกิดการสะสมพลังงาน หรือสารอาหารบางอย่างไว้จนเกิดโทษแก่ร่างกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด

มนตรี ตูจิงดา (2549, น. 127) ได้กล่าวว่า ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกาย ได้รับอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย และเก็บสะสมไว้จนเกิดอาการปรากฏ เช่น ได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปจะมีการสะสมไว้ในร่างกายในสภาพไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วน หรือ การได้รับสารอาหารบางอย่างที่ซับซ้อนยากในปริมาณมากเกินไป จนมีการเก็บสะสมในร่างกาย และทำให้เกิดโทษ เช่น การได้รับวิตามิน เอ และ ดี มากเกินความต้องการของร่างกาย และร่างกายเก็บสะสมไว้ทำให้เกิดภาวะไฮเปอร์วิตามินโนซิส เอ และ ดี

ภมร เสนาฤทธิ์ (2544, น. 46) ให้ความหมายไว้ว่า ความอ้วน (Obesity) หมายถึง ลักษณะอาการอย่างหนึ่งของการมีไขมัน (Fat) คั่งหรือสะสมอยู่ในร่างกายมากเกินไป หรือมีปริมาณเหลือใช้มากเกินไปจนความจำเป็น ซึ่งไขมันเหล่านั้น จะถูกเก็บไว้ตามอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ใต้ผิวหนัง บริเวณหน้าท้อง บริเวณสะโพก บริเวณรอบ ๆ ข้อต่อ และแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อ เป็นต้น จึงทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากน้ำหนักมาตรฐาน หรือน้ำหนักปกติ

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา (2551, น. 112) ระบุว่า ภาวะอ้วน (Obesity) หมายถึง การที่มีปริมาณของไขมันในร่างกายมากกว่าร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัวในผู้ชาย และมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัวในผู้หญิง ภาวะอ้วนนี้แพทย์และนักโภชนาการหลายท่าน เรียกว่า โรคอ้วน เพราะเมื่ออ้วนแล้วมักเกิดโรคอื่นตามมา หรือทวีความรุนแรงของโรคบางโรคได้ เช่น มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่อ้วนถึง 3 เท่า มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อมของเข่า ข้อเท้า และข้อสะโพก มากกว่าคนไม่อ้วน

วิชัย ตันไพจิตร และคณะ (2541, น. 34) กล่าวว่า ภาวะอ้วนเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งเกิดจากการที่มีปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat) มากกว่าปกติจนมีผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนี้การกระจายตัวของไขมันในร่างกาย (Body Fat Distribution) ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ โรคอ้วนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมี 2 ชนิด คือ

1. โรคอ้วนทั้งตัว (Overall Obesity) กลุ่มนี้มีไขมันทั้งร่างกายมากกว่าปกติ โดยไขมันที่เพิ่มขึ้นนี้ได้จำกัดอยู่ที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งโดยเฉพาะ
2. โรคอ้วนลงพุง (Visceral Obesity) กลุ่มนี้มีไขมันของอวัยวะภายในช่องท้องมากกว่าปกติ โดยอาจมีไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous Fat) บริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้นด้วย

ในความทันสมัยของเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อให้เกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมีอุบัติการณ์สูงมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจัยที่เกื้อหนุนให้เกิดโรคเหล่านี้มีหลายอย่าง นับตั้งแต่สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่เอื้อให้ผู้คนมีสุขภาพดี พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ผู้คนอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มสูงขึ้น จนทำให้เกิดโรคอ้วนตามมา ปัญหาของ “ความอ้วน” ที่ทราบกันดีก็คือ เรื่องของโรคแทรกซ้อนที่เรื้อรังตามมา ปัจจุบันความรุนแรงของโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชาชนรวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่มีอัตราการอ้วนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ “โรคอ้วนลงพุง” หรือ “Metabolic Syndrome” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของประชาชนที่จะเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะอ้วนลงพุง จึงมีการรณรงค์โครงการ “คนไทย ไร้พุง” หรือ “ลดอ้วน ลดโรค” เพื่อให้เห็นปัญหาสุขภาพที่จะตามมาในอนาคต (กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2555, น. 1) ผู้ที่มีปัญหาความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุงคือ ผู้ที่บริโภคเกินความจำเป็นของร่างกาย บริโภคแป้ง น้ำตาลสูง และไขมันสูง ผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หากไม่รีบแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ลดน้ำหนักแล้ว ไขมันที่สะสมในร่างกาย โดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง ซึ่งมีคุณสมบัติต่างจากไขมันใต้ผิวหนัง กล่าวคือ ไขมันในช่องท้องสามารถสร้างและหลั่งกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) นอกจากนี้ยังสามารถหลั่งสาร Cytokines และ Hormones ซึ่งรวมเรียกว่า Adipocytokines มาทำให้เกิดผลเสียต่อสมดุการทำงานของร่างกาย กรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน มีการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายผิดปกติไป ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและเป็นเบาหวานในที่สุด สำหรับ Adipocytokines ซึ่ง

เป็นสารหลายชนิด จึงทำให้เกิดผลหลายอย่างเช่น ความไวต่ออินซูลินลดลง หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดและหลอดเลือดอักเสบ เซลล์ไขมันอักเสบ ทำให้มีการสร้างและหลั่ง ไขมันอิสระและ Adipocytokines เพิ่มมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง (ศูนย์ข้อมูลธรรมชาติบำบัด, 2555, น. 1-2) การมีไขมันในช่องท้องมากเกินไป เป็นมาตรเจียบที่คนคาดไม่ถึง คนที่อ้วนลงพุงจะมีไขมันสะสมในช่องท้องปริมาณมาก ยิ่งรอบพุงมากเท่าไร ไขมันยิ่งสะสมในช่องท้องมากเท่านั้น ไขมันที่สะสมนี้จะแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับ มีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดี เกิดเป็น “ภาวะอ้วน ลงพุง” ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยเอาที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3 ถึง 5 เท่า ดังนั้น “ยิ่งพุงใหญ่เท่าไร ยิ่งตายเร็วเท่านั้น” (กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2555, น. 1-2)

กล่าวโดยสรุป โรคอ้วนเป็นสภาวะที่ร่างกายได้รับอาหาร หรือสารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ทำให้มีไขมันสะสมไว้ตามส่วนต่าง ๆ มากเกินไป ซึ่งในปัจจุบันทางการแพทย์ถือว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจนก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

2.3.1 ผลกระทบของภาวะโภชนาการเกิน

ผลกระทบของภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนสามารถแบ่งได้ 3 ด้านด้วยกันคือ

2.3.1.1 ผลกระทบทางด้านสุขภาพ : นำมาซึ่งความเสี่ยงของการเป็นโรคต่าง ๆ

1) ความดันโลหิตสูง คนอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงกว่าคนไม่อ้วน 2 - 9 เท่า เนื่องจากคนอ้วนมีไขมันสะสมอยู่ที่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดแดงตีบหัวใจจึงต้องทำงานมากขึ้น และจากการวิจัยพบว่า คนที่อ้วนมีแนวโน้มที่จะมีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีไขมันสะสมบริเวณหน้าท้อง โดยพบว่า ร้อยละ 20 ถึง 30 ของเด็กอ้วนจะมีระดับของค่าความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเด็กวัยเรียนที่อ้วนมีความเสี่ยงเป็น 2.4 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ ในขณะที่วัยรุ่นอ้วนมีความเสี่ยงมากขึ้นเป็น 8.5 - 10 เท่า ที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูง (อุรุวรรณ แยมบริสุทธิ์, 2549, น. 58)

2) โรคเบาหวาน คนอ้วนเล็กน้อยจะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าคนทั่วไป 2 เท่า คนอ้วนปานกลางจะมีโอกาสเป็น โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 5 เท่า และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าในคนที่อ้วนมากๆ โดยเฉพาะการเกิดโรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 Diabetes

Mellitus, Type 2 DM) เนื่องจากเมื่อเซลล์ไขมันขยายใหญ่ขึ้น ความไวในการตอบสนองการกระตุ้นของฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin Receptor) จะน้อยลงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ร่างกายจึงต้องใช้อินซูลินมากขึ้นทำให้ตับอ่อนต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อผลิตฮอร์โมนอินซูลินให้มากขึ้น ถ้าการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นนานพอสมควรอาจทำให้ตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะต่อมา เช่น เกิดพยาธิสภาพที่จอตา (Retinopathy) ที่ไต (Nephropathy) และระบบหลอดเลือด (Vascular Disease) ซึ่งในระยะที่ผ่านมาพบโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นด้วยอัตราที่สูงขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากการมีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน (อุรุวรรณ แยมบริสุทธิ์, 2549, น. 58)

3) ความผิดปกติของระดับไขมันในหลอดเลือด คนอ้วนมักจะมีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และเอชดีแอลต่ำ จึงจะสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อโรคหัวใจขาดเลือด

4) โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่เป็นโรคอ้วนจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบตัน โรคหลอดเลือดสมองตีบตันได้มากกว่าคนไม่อ้วน ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด คนอ้วนจะมีระดับไขมันทั้งคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ แอลดีแอลสูง ในขณะที่มีไขมันชนิดดีคือ เอช ดีแอลที่ร่างกายต้องการกลับมีปริมาณต่ำลง ซึ่งระดับไขมันในลักษณะดังกล่าว มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด และโรคเส้นเลือดในสมองตีบตันได้ แพทย์โรคหัวใจเชื่อว่าการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันในคนที่อายุน้อยกว่า 35 ปี มักเกิดจากการดำเนินโรคเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก

5) โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ คนอ้วนมากจะทำให้เกิดความผิดปกติ ในการหายใจเข้าออกและกระบังลม ผลคือเกิดภาวะขาดออกซิเจน เหนื่อยง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท่านอนหงายจะมีอาการหายใจลำบาก บางครั้งหยุดหายใจเป็นพักๆ เวลานอนหลับ มีอาการปวดศีรษะในตอนเช้า ในเวลากลางวันจะมีอาการง่วงนอน หายใจเข้า ระยะต่อไปหัวใจช้ำ ขวาล้มเหลวและอาจเสียชีวิตได้ และในคนที่มีความผิดปกติของโภชนาการเกินหรือเป็นโรคอ้วนนั้น กล้ามเนื้อทรวงอกที่ทำหน้าที่ช่วยหายใจจะต้องทำงานหนัก เนื่องจากมีไขมันสะสมอยู่ในผนังช่องอก ช่องท้อง กระบังลม และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ทางเดินหายใจ ทำให้คนที่มีความผิดปกติของโภชนาการเกินหรือเป็นโรคอ้วนมีปัญหาทางการหายใจแบบอุดกั้นมีความผิดปกติทางการหายใจขณะนอนหลับ

6) โรคข้อเสื่อม คนอ้วนจะมีอาการของข้อเสื่อม กระดูกสันหลังเสื่อมปวดเข่า ปวดหลัง เนื่องจากข้อต่าง ๆ ไม่สามารถรับน้ำหนักได้ นอกจากนี้ คนอ้วนมักจะมีระดับกรดยูริกในเลือดสูงกว่าปกติ และมีโอกาสเป็นโรคเก๊าต์ มากขึ้น

7) โรคถุงน้ำดี คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคนี้อันสูงกว่าคนไม่อ้วน

3 - 4 เท่า

8) โรคมะเร็งบางชนิด จากการศึกษาพบว่า คนที่เป็นโรคอ้วนจะเป็น มะเร็งมากกว่าคนที่ไม่อ้วน โรคมะเร็งบางชนิด จากการศึกษาพบว่า คนที่เป็นโรคอ้วน จะเป็นมะเร็ง มากกว่าคนที่ไม่อ้วน และโรคมะเร็งมีความ สัมพันธ์กับโรคอ้วนคือ โรคมะเร็งที่เพิ่มฮอร์โมน และ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร เช่น มะเร็งของเยื่อบุหลอดลม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อม หลุมหมาก โรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งถุงน้ำดี และพบว่า มะเร็งของ เซลล์ไต สัมพันธ์ กับ โรคอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิง

9) ปัญหาทางด้านผิวหนัง ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนมักทน ความ ร้อนไม่ค่อยได้โดยจะมีผดผื่นคันตามร่างกาย และเป็นโรคผิวหนังอักเสบได้ง่ายกว่าคนปกติ รวมถึงมีผิวแตกเป็นลาย ผิวบริเวณข้อพับโดยเฉพาะรอบคอและรักแร้จะเกิดรอยสีเข้มและเป็นขุย คล้ายกำมะหยี่ (Acanthosis Nigricans) ศิริวิทย์ พงศ์วิทย์ (2545, น. 98), สุรัตน์ โคมินทร์ (2536, น. 218)

10) ความผิดปกติในการกินอาหารซึ่งมีได้ 2 รูปแบบด้วยกัน คือ ความ ผิดปกติของการกินจุมาก (Binge - Eating Disorder) ลักษณะเด่นของความผิดปกติของการกินจุมาก คือ มีการสำแดงการกินอาหารจุมากที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมักเกิดขึ้นตอนหัวค่ำ ความถี่ของความผิดปกติ นี้พบเพิ่มขึ้นในคนอ้วน และพบในคนอ้วนที่ต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ ร้อยละ 30 ซึ่งคนกลุ่ม นี้จะมีอารมณ์ไม่ดีและมีพยาธิสภาพทางจิตมากกว่าคนอ้วนที่ไม่กิน อาหารจุมาก และกลุ่มอาการกิน อาหารตอนกลางคืน (Night - Eating Syndrome) ลักษณะของกลุ่มอาการนี้ คือ รับประทานอาหาร ที่ให้พลังงาน ร้อยละ 25 - 50 ของพลังงานทั้งหมดภายหลังอาหารมื้อเย็น ซึ่งความผิดปกตินี้พบได้ บ่อยในคนที่อ้วนมากและมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติ ของการนอนหลับ เช่น การหยุดหายใจขณะ นอนหลับ สุรจิต สุนทรธรรม (2544, น. 121)

2.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

เนื่องจากคนอ้วนมักจะได้รับ การละเลย ถูกมองข้าม และได้รับการตำหนิติเตียนในเรื่องกินไม่รู้จัก พอ จึงทำให้คนอ้วนรู้สึกว่าตัวเองเป็นปมด้อยในสังคม ต่างจากคนที่รูปร่างดีสมส่วนและสวยงาม นำมาอง ทำให้เป็นที่ยอมรับของสังคม คนอ้วนจึงแยกตัวออกจากสังคม ขาดความมั่นใจในตัวเอง และเกิดภาวะ จิตใจซึมเศร้า หดหู่ โดดเดี่ยว อารมณ์แปรปรวน ฉุนเฉียวได้ง่าย และหมดความภาคภูมิใจในตนเอง

2.3.3 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ปัญหาทางด้านสุขภาพ จะเชื่อมโยงมาสู่ปัญหาทางการเงินของครอบครัว เนื่องจากภาวะโภชนาการเกินก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้หลายชนิด ทำให้ครอบครัวของผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินต้องมีรายจ่ายหรือค่าใช้จ่ายในการพบแพทย์หรือรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2.3.3.1 การประเมินภาวะโภชนาการเกิน

เกณฑ์ที่ใช้เพื่อประเมินการมีภาวะโภชนาการเกิน มี 2 เกณฑ์ คือ

1) โดยการวัดเส้นรอบเอว ซึ่งผู้ที่มีรอบเอวเกินมาตรฐาน (ในผู้ชาย วัดได้ ≥ 90 เซนติเมตรและในผู้หญิงวัดได้ ≥ 80 เซนติเมตร) มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุงจากไขมันสะสมที่หน้าท้อง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังตามมา โดยวิธีการวัดคือ อยู่ในท่ายืนตรง ใช้สายวัด วัดรอบเอว โดยวัดผ่านสะดือ วัดในช่วงหายใจออกสุด (ท้องแฟบ) โดยให้สายวัดแนบกับลำตัวไม่รัดแน่นและวางอยู่แนวขนานกับพื้น (เป็นวิธีวัดแบบง่าย ๆ)

2) ค่าดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนระหว่างน้ำหนัก (เป็นกิโลกรัม) ต่อ ส่วนสูง (เป็นเมตร) ยกกำลังสอง

$$\text{หรือ ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ค่าดัชนีมวลกายปกติคือ 18.5 ถึง 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ถ้ามากกว่า 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือว่าเป็นภาวะโภชนาการเกินหรือ

อ้วน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คู่มือ 5 ขั้นตอนเพื่อเอวก๊ว – หนูนตี, 2555, น. 22)

สรุปในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดรอบเอวในการประเมินโดย ผู้ที่มีรอบเอวเกินมาตรฐาน ในผู้ชาย วัดได้ ≥ 90 เซนติเมตรและในผู้หญิง วัดได้ ≥ 80 เซนติเมตร เพราะเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและสะดวกสามารถทำได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องใช้การคำนวณ

2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Change behavior)

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทำให้อัตราการเกิดโรคติดต่อ (Communicable Disease) ลดน้อยลง แต่การเกิดโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease) เพิ่มขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคเบาหวาน และ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น เนื่องจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (Life Style) ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีความเครียดเพิ่มขึ้น มีนิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่า โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อร้อยละ 45.9 โดยพบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 58.5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยมีสาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 16.7 ล้านคนหรือร้อยละ 29.2 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าคือในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึงร้อยละ 73 (สำนักกระบาดวิทยา, 2551, น. 89)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้คนไทยห่างไกลโรค และมีการดำเนินงานอย่างจริงจังเพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันและเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น โดยมีตัวชี้วัดในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงที่พบ โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองและส่งเสริมการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อม จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 3 ปี 2547 พบว่าประชากรในประเทศไทยที่อายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 9.3 ล้านคน พบว่ามีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (ชาย ≥ 90 เซนติเมตรและหญิง ≥ 80 เซนติเมตร) โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 52 และ ร้อยละ 22 ตามลำดับ และพบในผู้ที่อาศัยในเมืองมากกว่าในชนบท (กรมอนามัย กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการดำเนินงานในคลินิก DPAC สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, 2553, น. 2-3)

2.4.1 ความหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้ อย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพ ความสามารถ ความเป็นตัวของตัวเองและเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองของบุคคล การปรับพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ 2 ทางคือ บุคคลปรับพฤติกรรมของตนเองและบุคคลถูกบุคคลอื่นปรับพฤติกรรมทั้ง 2 วิธีใช้หลักและกระบวนการเดียวกัน เพียงแต่วิธีแรกนั้นบุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมด ในขณะที่วิธีที่สองบุคคลอื่นจะเป็นผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรมให้

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2541, น. 3) การปรับพฤติกรรม คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลให้มีความเหมาะสม โดยการนำเอา แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขและ

แนวคิดทางจิตวิทยา ต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ การปรับพฤติกรรมจึงเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งหลักการแห่งพฤติกรรมนั้นเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ได้

ประทีป จินฉัตร (2540, น. 9-10) มีความเชื่อที่ว่า ความรู้สึก (Feeling) ความรู้คิด (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavior) มีผลซึ่งกันและกันดังนั้นหากสามารถควบคุม สภาพแวดล้อมได้ ก็สามารถที่จะทำการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมโดยตรง แต่หากไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้ จะต้องจัดกระทำโดยการเปลี่ยนที่ ความรู้สึก (Feeling) หรือ การรู้คิด (Cognitive) ซึ่งสามารถส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนได้ในที่สุด

จากการศึกษาและค้นคว้าพบว่ามีเอกสารและงานวิจัยหลายชิ้นที่ได้อธิบายถึงทฤษฎีที่หลากหลายที่ใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดังต่อไปนี้

2.4.2 ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning)

Burrhus F. Skinner (1953) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันใช้ทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งของมนุษย์และสัตว์ สกินเนอร์ทำการทดลองการวางเงื่อนไขแบบ โอเปอเรนต์ (Operant Conditioning) โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้นเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม โดยที่สภาพแวดล้อมมีปัจจัยอยู่ 2 ตัว ที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งได้แก่เงื่อนไขนำ (Antecedents) และผลกรรม (Consequences)

1. เงื่อนไขนำ คือเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการปรับพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่บอกให้คนเรารู้ว่า เราควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมที่เราต้องการจะทำหรือไม่ เช่น สัญญาณไฟแดง บอกให้เรารู้ว่าเราควรหยุดรถแม้ว่าเราต้องการที่จะขับรถต่อไปก็ตาม หรือการที่เราเห็นคุณแม่อารมณ์ดี ก็จะเป็นสัญญาณให้เรารู้ว่าถ้าจะขอเงินพิเศษ คุณแม่ก็คงจะให้ เป็นต้น

2. ผลกรรม คือเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นหลังการเกิดพฤติกรรม ทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 4 แนวคิดคือ

2.1 แนวความคิดตัวเสริมทางบวก (Positive Reinforce) ผลกรรมที่ตามหลัง

พฤติกรรม แล้วทำให้พฤติกรรมนั้น เกิดบ่อยครั้งขึ้น หรือเกิดขึ้นสม่ำเสมอ กระบวนการที่ใช้ให้ผลกรรมแล้วทำให้พฤติกรรมเกิดบ่อยครั้งขึ้นนั้นเรียกว่า การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) เช่น การที่คนเราทำงานแล้ว ได้เงินเดือน เงินเดือนก็เป็นตัวเสริมแรงทางบวกให้คนเราทำงานบ่อยครั้ง หรือการที่แต่งตัวให้ดูดีแล้วได้รับคำชมว่าแต่งตัวเป็น ก็ทำให้เราแต่งตัวดีทุกครั้งที่ออกงาน คำชมก็จัดได้ว่าเป็นตัวเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมการแต่งตัวดีของเราเป็นต้น

2.2 แนวความคิดการลงโทษ (Punisher) คือผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรม แล้วทำให้พฤติกรรมนั้น ลดลงหรือยุติลง กระบวนการที่ให้ผลกรรมแล้วทำให้พฤติกรรมลดลงหรือยุติลงเรียกว่า การลงโทษ (Punishment) เช่นการที่เราขับรถเร็วกว่าที่กฎหมายกำหนดแล้วถูกตำรวจจับปรับเงินไป 500 บาท ทำให้เราไม่ขับรถเร็วอีกเลย การถูกปรับเงิน ก็จัดได้ว่าเป็นการลงโทษพฤติกรรมขับรถเร็วของเรานั่นเอง

2.3 แนวความคิดการแต่งพฤติกรรม (Shaping) คือการแต่งพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมใหม่ให้กับคนเรา โดยใช้หลักการคาดคะเนความสำเร็จตามขั้นตอน (Successive Approximation) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่ต้องการ ส่วนวิธีดำเนินการนั้นมักจะใช้ชี้แนะร่วมกับการเสริมแรงทางบวก เช่น การฝึกการใช้โปรแกรม SPSS ก็อาจจะเริ่มจากการเปิดเครื่องคอมพิวเตอร์ การเลือกโปรแกรม การใส่ข้อมูล และการใช้เมนูในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นต้น

2.4 แนวความคิดการขยาย (Stimulus Generalization) การเผยแพร่ขยายสิ่งเร้า คือการที่คนเราสนองตอบในลักษณะเดียวกันต่อสิ่งเร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับสิ่งเร้าที่เคยเรียนรู้มาก่อน เช่น การที่นักศึกษากลัวอาจารย์ท่านหนึ่งในวิทยาลัย และต่อมากลัวอาจารย์ ท่านอื่น ๆ ในมหาวิทยาลัย สุดท้ายกลัวที่จะไปมหาวิทยาลัย ลักษณะดังกล่าว กล่าวได้ว่าการแผ่ขยายสิ่งเร้าขึ้นแล้ว แต่ถ้านักศึกษากลัวอาจารย์ท่านหนึ่งและไม่กลัวท่านอื่น ๆ อีก เราเรียกกระบวนการดังกล่าวว่าเกิดการเรียนรู้การแยกแยะสิ่งเร้า (Stimulus) ขยายสิ่งเร้า (Discrimination) ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากต่อกระบวนการเรียนรู้

2.4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Learning Theory)

ทฤษฎีพัฒนาโดย Albert Bandura (1969) นักจิตวิทยาชาวแคนาดา โดยมีแนวความคิดพื้นฐานว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องแสดงออกมาให้เห็น แต่ถ้ามีการแสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอก ก็ยืนยันได้ว่าการเรียนรู้ ความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่

นั้น เกิดขึ้นจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบในสภาพแวดล้อม ตัวแบบในสภาพแวดล้อม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ด้วยกันคือ ตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง (Live Model) เป็นตัวแบบที่มีคนเราเผชิญในชีวิตจริง เช่น พ่อ แม่ญาติพี่น้อง ครู เพื่อน เป็นต้น ตัวแบบอีกชนิดหนึ่งคือ ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เราเห็นโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ภาพยนตร์ ทีวี หนังสือพิมพ์ การ์ตูน นิยาย เป็นต้น ตัวแบบทั้ง 2 ชนิด นี้มีผลต่อการเรียนรู้ของคนเราไม่แตกต่างกัน หากตัวแบบสัญลักษณ์ มีผลในวงกว้างกว่าเท่านี้เนื่องจากตัวแบบที่มนุษย์ต้องเผชิญอยู่นั้นมีมากมาย คำถามที่ตามมาคือ แล้วทำไมตัวแบบบางตัวมีอิทธิพลต่อคนบางคนมากกว่าอีกบางคน คำตอบอยู่ที่กระบวนการลอกเลียนแบบ ซึ่ง กระบวนการลอกเลียนแบบมีอยู่ด้วยกัน 4 กระบวนการคือ

2.4.3.1 กระบวนการสนใจ (Attention Process) นั่นคือผู้สังเกตจะต้องมีความสนใจในตัวแบบเสียก่อน จึงจะมีความคิดอยากลอกเลียนแบบ ซึ่งตัวแบบจะต้องมีลักษณะเด่น มีชื่อเสียง น่าสนใจหรือมีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต อีกทั้งเป็นตัวแบบที่แสดงออกแล้วได้รับการเสริมแรง หรือการลงโทษจะได้รับความสนใจเป็นพิเศษ ตัวแบบที่ได้รับการเสริมแรงจะทำให้ผู้สังเกตอยากทำตามแต่ในทางกลับกันตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมแล้วถูกลงโทษ ผู้สังเกตก็จะไม่อยากจะลอกเลียนแบบพฤติกรรมนั้นนอกจากลักษณะของตัวแบบแล้ว สภาวะของผู้สังเกตก็มีผลต่อการให้ความสนใจในตัวแบบด้วย ถ้าผู้สังเกตอยู่ในสภาวะตื่นตัวก็จะให้ความสนใจในตัวแบบ แต่ถ้าเพลียหรือง่วงนอนก็จะไม่สนใจตัวแบบ นอกจากนี้ผู้สังเกตจะต้องไม่ถูกสิ่งเร้าอื่น ๆ ดึงดูดความสนใจออกไปในขณะที่สังเกตตัวแบบอยู่

2.4.3.2 กระบวนการจดจำ (Retention Process) เมื่อผู้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบแล้ว การที่จะเรียนรู้จากตัวแบบได้ดี ผู้สังเกตจะต้องสามารถจดจำพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกได้ ซึ่งการที่จะจดจำได้ดีนั้น ลักษณะของตัวแบบจะต้องเป็นสิ่งที่ผู้สังเกตมีความคุ้นเคย หรือไม่ก็จะต้องเห็นบ่อยๆ และจะช่วยให้กระบวนการจดจำนั้นเป็น ไปได้ด้วยดี ก็ควรจะต้องมีการชักซ้อมในการแสดงออกจริง ๆ หรือชักซ้อมในความคิดก็ได้

2.4.3.3 กระบวนการทำตาม (Reproduction Process) นั่นคือหลังจากที่ผู้สังเกตจดจำพฤติกรรมของตัวแบบได้ดีแล้ว ก็จะเข้าสู่กระบวนการทำตามตัวแบบ กระบวนการนี้จะทำให้ได้ดีถ้ามีการให้ข้อมูลป้อนกลับ เมื่อลองทำตามพฤติกรรมของตัวแบบ อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับความสามารถเดิมที่ผู้สังเกตมีอยู่ เช่น การที่ผู้มีพื้นฐานทางด้านการเล่นเทนนิสเมื่อดูนักเทนนิสระดับโลกแข่งกันก็สามารถจดจำท่าต่าง ๆ ได้ง่าย และสามารถทำตามได้ง่ายกว่า ผู้ที่ไม่มีพื้นฐานทางด้านการเล่นเทนนิสมาก่อนเลย

2.4.3.4 กระบวนการแรงจูงใจ (Motivation Process) เป็นกระบวนการสุดท้ายที่จะทำให้ผู้สังเกตตัดสินใจจะทำตามพฤติกรรมของตัวแบบ นั่นคือผู้สังเกตจะพิจารณาว่าในสภาพการณ์ใด ที่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบแล้วได้รับการเสริมแรง การที่คาดว่าจะได้รับเสริมแรงนี้เองทำให้เป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้สังเกต แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบที่ตนเองลอกแบบมา

2.4.4 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

เป็นแนวความคิดที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยการเน้นไปที่ทัศนคติและความเชื่อส่วนบุคคล แนวความคิดนี้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรก Rosenstock and Kegels (1950) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องคือ

2.4.4.1 การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัว

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้น ๆ

2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคล ประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนเองในด้านการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน

3) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) การที่บุคคลรับรู้ถึงการคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

2.4.4.2 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 3 ปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Variable)

2) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychological Variable)

3) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action)

2.4.4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of Action) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย ที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่

1) การรับรู้ประโยชน์ (Perceive Benefits) ความเชื่อว่าการกระทำตามที่รับคำแนะนำ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ความเสี่ยง หรือความรุนแรงลงได้

2) การรับรู้อุปสรรค (Perceive Barriers) ความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำ นั้นเป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก

2.4.4.4 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasons: TRA)

Fishbein and Ajzen (1977) ได้เสนอ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action) เพื่อทำนายพฤติกรรมมนุษย์ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ว่ามนุษย์มีการใช้เหตุผล และข้อมูลอย่างเป็นระบบก่อนที่จะตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใด ๆ ดังนั้น การจะทำนายและเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล จึงต้องใช้วิธีการวัดจากความตั้งใจของบุคคลซึ่งสามารถกระทำได้จาก 2 ส่วนคือ

1. วิธีการวัดเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior) ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลการกระทำที่เกิดขึ้นแน่นอนนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น
2. ความคิดเห็นที่เป็นบรรทัดฐานของสังคม (Subjective Norms) อันเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความคิดเห็นที่เป็นบรรทัดฐานของสังคมต่อพฤติกรรมนั้น ว่าสมควรที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่

2.4.4.5 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Transtheoretical Model : TTM หรือ Stage of Change Models)

เป็นทฤษฎีของ James O. Prochaska and Carlo Diclemente (1983) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่ง ๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ ซึ่งทฤษฎีนี้จะเน้นการตัดสินใจของบุคคลที่ตั้งใจจะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงที่เป็นโครงสร้างมี 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ กระบวนการที่ใช้ คือ 1) การเพิ่มการตระหนักรู้ (Consciousness Raising) เป็นการใช่วิธีต่าง ๆ บอกให้รู้ผลเสียของการไม่เปลี่ยน และผลดีของการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้การศึกษา อธิบาย ตีความหมายให้ฟัง บอกให้รู้ตรง ๆ หรือรณรงค์ผ่าน

สื่อต่าง ๆ 2) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Dramatic Relief) ใช้การเล่นเพื่อกระตุ้นหรือผลักดันจิตใจ อารมณ์ให้เกิดความอยากเปลี่ยนแปลง เช่นการให้ลองเล่นเป็นคนอื่นดู (Role Play) ให้สามีและ ภรรยาลองเล่นละครสลับบทบาทกันเพื่อสะท้อนความรู้สึกต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกันและ กันการใช้ตัวละครโฆษณาแสดงความรู้สึกผิดหรือเสียใจที่ไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

การประเมินความเหมาะสมต่อสังคม (Environment Reevaluation)
การใคร่ครวญว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่มีผลเสียอย่างไรต่อคนรอบข้างหรือต่อสิ่งแวดล้อม

2. ชั้นลึกลับ (Contemplation) เป็นชั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลานี้ ใกล้เคียงกับข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุน กับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคล ต้องติดอยู่ในชั้นนี้เป็นเวลานาน (Behavioral Procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ในทันทีกระบวนการที่ใช้ คือ การประเมินความเหมาะสมต่อตัวเอง (Self Reevaluation) เป็น กระบวนการของการพิจารณาว่าตนควรจะมีการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ เป็นการชั่งใจถึงข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมใหม่และเก่า

3. ชั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) เป็นชั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลง มือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็ว ๆ นี้ มีการวางแผน ขอคำปรึกษา หาข้อมูลและเริ่มลงมือ กระทำพฤติกรรมบางอย่าง กระบวนการที่ใช้ คือ 1) การปลดปล่อยตัวเอง (Self Liberation) การ พยายามให้มีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง งานวิจัยบ่งชี้ว่าถ้าคนเรามีทางเลือกสองทาง จะมีความ มุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกทางเดียว ถ้ามีทางเลือกสามทาง จะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือก 2 ทาง 2) การปลดปล่อยสังคม (Social Liberation) อาศัยความรู้สึกว่าเป็นการปลดปล่อยจากการถูกกดขี่เอา เปรียบทางสังคมมาเป็นตัวสร้างความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่นโครงการส่งเสริม สุขภาพชนกลุ่มน้อย เป็นต้น

4. ชั้นลงมือทำ (Action) เป็นชั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตามข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่ วิชาชีพเห็นด้วยว่าเพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ กระบวนการที่ใช้ คือ 1) การให้รางวัล (Reinforcement Management) การให้รางวัลตนเองหรือการชื่นชมตัวเอง หากทำในสิ่งที่ดี 2) การ

สนับสนุนช่วยเหลือ (Helping Relationship) เช่น การเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ให้การมีบัดดี (เพื่อน หรือ คู่หู) คอยสนับสนุน 3) การหาสิ่งทดแทน (Counter Conditioning) การหาทางเลือกที่ใช้เพื่อทดแทนพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน เช่น ให้เรียนรู้การเป็นคนกล้าพูดกล้าแสดงออกเพื่อแก้ปัญหาการทนแรงกดดันจากเพื่อนชวนไม่ได้ เป็นต้น 4) การจัดสภาพแวดล้อมใหม่ (Stimulus for Behavior) การลดหรือหลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่จะเสี่ยงให้เกิดหรือปฏิบัติพฤติกรรมเก่าที่ต้องการเปลี่ยน เช่น การย้ายของที่ทำให้นึกถึงการสูบบุหรี่

5. ขั้นการกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตามในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอเหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

6. ขั้นการกลับไปมีปัญหซ้ำ (Relapse) คือ การที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยงการปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่แปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลาดกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหซ้ำอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไปปฏิบัติซ้ำควรจะต้องดึงตัวเองกลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมามีการสรุปทบทวนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก และมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

2.4.4.6 ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory)

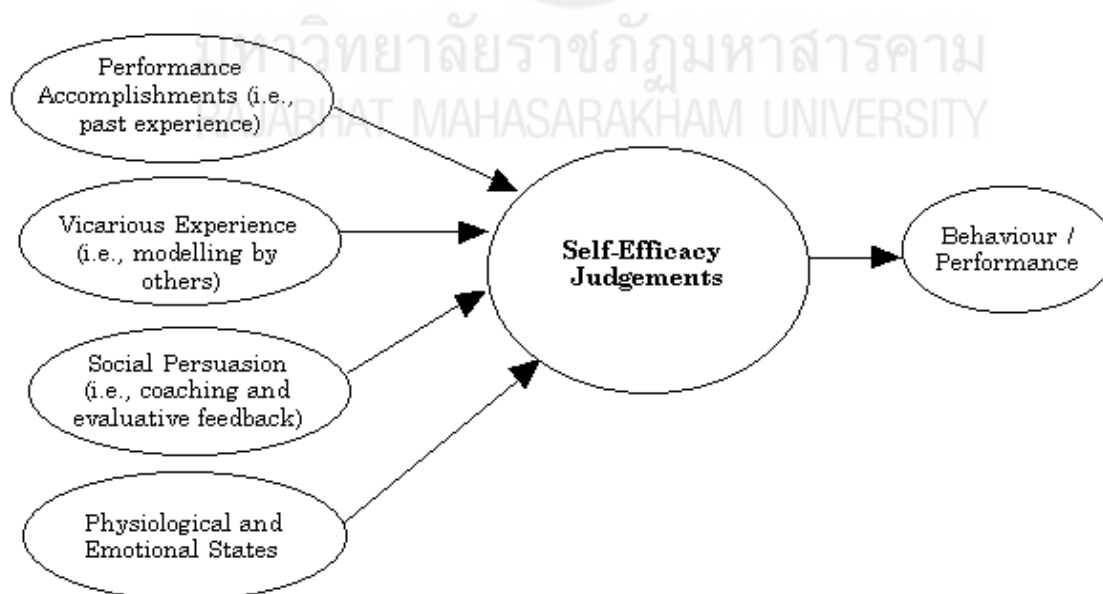
ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ถูกพัฒนาโดย Albert Bandura ซึ่งได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมและการรับรู้ส่วนความสัมพันธ์ ทฤษฎีความสามารถของตนคือการตัดสินใจในความสามารถของตนว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นได้ โดยในทฤษฎีนี้มีองค์ประกอบ 4 ปัจจัย คือ

1) ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง (Performance Accomplishment) การที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นอยู่กับว่าได้เรียนรู้จาก ประสบการณ์ของตนเอง เป็นประสบการณ์ทั้งในทางบวกและทางลบ หากมีประสบการณ์ในด้านบวกจะทำให้มีความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้

2) การเห็นตัวอย่างการดูแลสุขภาพตนเองจากผู้อื่น (Vicarious Experience) กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นตัวอย่างหรือรูปแบบที่สามารถ มองเห็นได้ หรือ การสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ซึ่งการสังเกตหรือการเรียนรู้จากตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ จะทำให้เกิดความคาดหวังว่า ตนจะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกัน

3) การชักจูงใจ (Social Persuasion) คือ การให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ การพูดเพื่อกระตุ้นชักจูงใจเพื่อให้มีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องประสบความสำเร็จ

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and Emotional States) การปลุกเร้าทางอารมณ์จะก่อให้เกิดการพัฒนา ทำให้เกิดการกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังว่าสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยสามารถแสดงได้ดังแผนภาพข้างล่างนี้



Sources of Self-efficacy Information

ภาพที่ 2.2 การกระตุ้นทางอารมณ์. โดย D. Sandy Staples, 1998.

2.4.5 หลักการปรับพฤติกรรมให้ได้ผลดี

ต้องยอมรับว่าวิชาการด้านการปรับพฤติกรรมที่ใช้กันในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่มาจากแนวคิดหรือทฤษฎีของต่างประเทศที่เป็นผู้นำทางวิชาการด้านต่าง ๆ ที่ผ่านการศึกษาค้นคว้า วิจัย ทดลอง มามากมาย จนกระทั่งสร้างเป็นทฤษฎีขึ้นมาจนได้ใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้น แต่อย่างไรก็ตามก็ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เมื่อปัญหาไม่ได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ การทำงานด้านการปรับพฤติกรรม ก็คงจะหยุดนิ่งไม่ได้ ยังคงต้องมีการศึกษาค้นคว้า วิจัย ทดลอง กันต่อไป เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการปรับเปลี่ยนนี้จำเป็นที่จะต้องติดตามข้อมูลด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพต่อไป และ เมื่อผนวกเข้ากับประสบการณ์ที่สั่งสมจากการทำงานด้านนี้มายาวนาน ก็น่าจะช่วยให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ไม่ยากเลย

ประเด็นเชิงวิชาการที่ต้องการนำเสนอให้ทราบกันคือ หลักการในการ ปรับพฤติกรรม ที่ได้ข้อมูลมาจากผลการศึกษาวิจัยในช่วงไม่กี่ปีมานี้เอง ซึ่งรายงานได้สรุปหลักการที่จะทำให้การทำงานได้ผล มีดังนี้

1. ไม่มีวิธีกลวิธี หรือรูปแบบหนึ่งรูปแบบใด ที่เหมาะสมสำหรับทุกคน การปฏิบัติด้วยวิธีการ ต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับปัญหา สภาพความเป็นจริง เป็นหลักสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม
2. การปรับพฤติกรรม ที่มีประสิทธิภาพจะต้องครอบคลุมตามความจำเป็นของแต่ละคน ไม่จำกัดเฉพาะปัญหาใดปัญหาหนึ่งเท่านั้น ควรมีการดูแลช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ด้วยได้แก่ปัญหาด้าน การแพทย์ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านอาชีพ ด้านการศึกษาและด้านกฎหมาย
3. แผนการดูแล บำบัด ปรับพฤติกรรมจะต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีระบบเฝ้าระวังและติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ และปรับให้เหมาะสมกับความจำเป็นสภาพ โดยรวมที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของสถานการณ์ โดยคำนึงถึง เพศ วัย เชื้อชาติ วัฒนธรรมและ สภาพบริบทโดยรวมของกลุ่มเป้าหมายด้วย
4. การทำให้กลุ่มเป้าหมายอยู่ในกระบวนการปรับพฤติกรรมในระยะเวลาที่เหมาะสม จะทำให้การปรับพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหา ความจำเป็น ฐานความผิด พฤติกรรม ของพวกเขา จากผลการวิจัยระบุว่าส่วนใหญ่ผู้ที่กระทำความผิด มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะเริ่มมีการปรับปรุงตัวดีขึ้นในช่วงเวลา ประมาณ 4 ถึง 6 เดือน

5. การให้การปรึกษา (รายบุคคล และรายกลุ่ม) การทำพฤติกรรมบำบัด การทำจิตบำบัด การบำบัดอื่น ๆ หรือการปฏิบัติอื่น ๆ ตามพื้นฐานความผิด หรือตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เช่นการบำบัดการเสพติด ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปรับพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ หลักในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้ได้ผล

6. การรักษาด้วย “ ยา ” เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของแผนการดูแล โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานกับการให้การปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดแบบต่าง ๆ เพราะ “ ยา ” บางชนิดช่วยในการรักษาและลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ หรือช่วยให้การปรับพฤติกรรม มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เพราะสำหรับกลุ่มเป้าหมาย บางรายที่มีอาการทางจิตก็จะต้องใช้ทั้งการรักษา ด้านการปรับพฤติกรรมและการรักษาด้วยยาไปพร้อมกัน

7. การบำบัดการปรับพฤติกรรม ที่มีประสิทธิภาพไม่จำเป็นต้องอาศัยความสมัครใจ เท่านั้น การบังคับ หรือโน้มน้าว หรือใช้ระบบกฎระเบียบ กฎหมาย ก็สามารถที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการบำบัดปรับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นได้ด้วย

8. การบำบัด การปรับพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในเชิงวิชาชีพ การบริหารจัดการ และการนำครอบครัว ชุมชน สังคมเข้ามามีส่วนร่วม จะให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีที่สุด

2.4.6 ทฤษฎีและแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1970 ในงานจิตวิทยาคลินิกโดยที่ Prochaska (1970) สังเกตเห็นว่ามามีทฤษฎีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคล

Prochaska et.al. (1970) ได้กำหนดระยะเวลาของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลแต่ละขั้นไว้ดังนี้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 5 ขั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลซ้ำซ้อนกันอยู่บ้าง พอสรุปได้ดังนี้

1. ขั้นการกระตุ้นให้ตื่นตัว โดยทั่วไปคนมักมีข้อมูลในการตัดสินใจได้ตอบสถานการณ์ แต่สิ่งที่สำคัญคือ การพยายามที่จะไม่ให้คนปกป้องตนเอง ที่จะไม่ทำพฤติกรรมที่ควรทำ การใช้กระบวนการนี้ช่วยกระตุ้นให้ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพโรโรค และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจบางครั้งการกระตุ้นให้คนตื่นตัวกับความเสี่ยงในเรื่องต่าง ๆ อาจมีผลต่อพฤติกรรมหลาย ๆ อย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ผู้ชายอาจเชื่อว่าเฮตส์ติดต่อกับทางกรมมีเพศสัมพันธ์

แต่ขณะเดียวกันเขาเชื่อว่าเขาแข็งแรงดีไม่น่ามีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ หรือไม่ก็น่ามีโอกาสที่จะนำโรคไปสู่คนอื่นได้

2. ขั้นการระบายอารมณ์ เนื่องจากอารมณ์จะมีผลให้คนเริ่มประเมินสถานการณ์ และการตัดสินใจ ดังนั้นการจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ เช่นดูหนัง การพูดคุยกันในกลุ่ม การดูภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะสามารถใช้เป็นเครื่องกระตุ้นให้คนรู้สึกและต้องการเปลี่ยนแปลง

3. ขั้นประเมินตนเอง หมายถึง กระบวนการที่คนแต่ละคนสะท้อนข้อดี ข้อเสีย ปัญหา อุปสรรคประโยชน์ของการทำพฤติกรรม ในใจของตนเอง ซึ่งจะทำอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งควรทำให้คนเชื่อว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เขาต้องการกิจกรรมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย จึงเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม

4. ขั้นการประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นขั้นที่คนประเมินดูว่า การทำพฤติกรรมใหม่ ของเขามีผลต่อคนอื่นๆ ดังนั้นการจัดกิจกรรมในขั้นตอนนี้คือ การทำให้คนนั้นรู้สึกว่าการทำพฤติกรรม ของตนเองจะทำให้รู้สึกผิดน้อยกว่าการไม่ทำพฤติกรรม หรือทำให้เข้าใจผลกระทบของพฤติกรรม และเขามีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้

5. ความสมดุลในการตัดสินใจ หมายถึง การที่บุคคลให้น้ำหนักข้อดี ข้อเสีย ในการทำพฤติกรรมใหม่และสามารถตัดสินใจได้

6. ประภาศอิสรภาพของตนเอง หมายถึง มีความคิดเป็นของตนเอง สามารถตัดสินใจกระทำพฤติกรรมต่างๆได้

7. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะทำหรือปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการทั้งโดยส่วนตัว และสังคม

8. การควบคุมสิ่งเร้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเป็นไปได้ง่ายถ้าไม่มีสิ่งเร้ามากระตุ้นดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนรู้สึกถูกกระตุ้น เพื่อลดโอกาสของการถูกกระตุ้น

9. การสร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มีผลกระทบ หมายถึง การเปลี่ยนปฏิบัติการที่บุคคลมีต่อสถานการณ์แบบเชื่อมโยง เช่น การรู้สึกถึงความอ้วน ทำให้นึกถึงไขมันในเลือดสูง

10. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การมีความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือกัน จะช่วยให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ง่ายขึ้น การมีคนที่ถูกด้วยได้ การได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Feed

back) เป็นกระบวนการที่มีประโยชน์ ดังนั้นคนที่ต้องการเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องการคนที่ให้กำลังใจ ให้ข้อประเมินและเข้าใจ

11. การเสริมแรงในการจัดการ การได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้รู้สึกดี จะมีผลให้คนอยากทำพฤติกรรมที่ได้ทดลองทำนั้น ๆ ต่อไป การลงโทษจะขาดความรู้สึกอยากทำพฤติกรรมออกไป

12. การประกาศอิสรภาพของสังคม เป็นกระบวนการในการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนพฤติกรรมของคน คนส่วนใหญ่จะทำพฤติกรรมเพราะรู้สึกว่าคุณที่อยู่ด้วย ต้องการให้ทำ

2.4.7 เทคนิคการปรับพฤติกรรม

2.4.7.1 การจูงใจให้ทำพฤติกรรมที่ต้องการ คือการให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) และ ปัจจัยทางสังคมพื้นฐาน (Sociopsychological Variable) เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่กำลังทำอยู่ว่าเป็นเช่นไร ซึ่งเทคนิคนี้ในทฤษฎีข้างต้น เกือบทุกทฤษฎีมีขั้นตอนนี้ เพื่อให้เด็กเกิดความตระหนักถึงผลของพฤติกรรมที่ทำอยู่ และกระตุ้นให้เด็กเกิดความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.4.7.2 การใช้แรงเสริมทางบวก มาจากทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) ซึ่งการใช้การเสริมแรงทางบวกจัดได้ว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการเสริมสร้างและปรับพฤติกรรมของบุคคล อีกทั้งเป็นวิธีการที่ใช้ได้ง่าย เกณฑ์ในการใช้เสริมแรงทางบวก มีดังนี้

- 1) ต้องให้การเสริมแรงทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น
- 2) บุคคลแต่ละคนอาจจะชอบตัวเสริมแรงที่แตกต่างกัน ดังนั้นควรต้องเลือกชนิดของตัวเสริมแรงให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล
- 3) ขนาดของตัวเสริมแรงที่ให้มีผลเช่นกัน ถ้าให้ตัวเสริมแรงน้อยไปจะไม่มีผล แต่ถ้าให้มากเกินไปอาจจะติดอยู่กับตัวเสริมแรงได้ ดังนั้นจะต้องให้การเสริมแรงให้พอเหมาะกับความต้องการแต่ละบุคคล
- 4) วิธีการให้การเสริมแรงนั้นจะต้องให้ด้วยความจริงใจ มิใช่เสแสร้งหรือให้อย่างไม่เต็มใจ เพราะถ้าทำเช่นนั้น นอกจากจะไม่ได้ผลยังก่อให้เกิดปัญหาอีกด้วย

5) เมื่อให้การเสริมแรงจะต้องบอกด้วยว่า ให้การเสริมแรงต่อพฤติกรรมได้อันจะเป็นผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น แต่อย่าได้บอกถึงการเสริมแรงก่อนการบอกพฤติกรรมเป็นอันขาด เพราะจะทำให้เด็กติดอยู่กับตัวเสริมแรงนั้น

6) ในการวางเงื่อนไขในการเสริมแรงนั้น จะต้องวางเงื่อนไขแบบค่อยเป็นค่อยไป อย่าได้หวังผลเลิศในเวลาอันสั้น

2.4.7.3 การมีแบบอย่างดี เห็นได้ชัดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Learning Theory) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory) ซึ่งการที่มีตัวอย่างไม่ว่าตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง (Live Model) หรือตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ล้วนแต่มีผลดีโดยตรง

2.4.7.4 การให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasons: TRA) เป็นทฤษฎีที่นำเอาปัจจัยความคาดหวังจากสังคมมาเป็นนัยสำคัญ (Subjective Norms) ซึ่งปัจจัยนี้สามารถใช้เป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

2.4.7.5 การควบคุม จะเห็นได้ว่าในทฤษฎีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Transtheoretical Model: TTM หรือ Stage of Change Models: SCM) มีขั้นตอนของการกระทำต่อเนื่อง และการกลับไปมีปัญหาล้ำซ้ำซ้อน ซึ่งใน 2 ขั้นตอนนี้ คือการควบคุมให้ตัวเองปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และไม่หวนซ้ำกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ซึ่งต้องมีการควบคุมตัวเองให้ได้

จากหลายงานวิจัยและการศึกษาพบว่า ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่มีภาวะโภชนาการเกินมี 2 พฤติกรรมสำคัญที่ต้องปรับเปลี่ยนนั้นคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

1) การบริโภคจะกำหนดปริมาณปรกติที่ควรบริโภคในแต่ละมื้อ และฝึกบริโภคนิสัยที่จะรับประทานเมื่อรู้สึกหิวไม่รับประทานจากความรู้สึกอยาก (Hunger and Satiety)

2) การใช้พลังงาน ข้อเสนอแนะกำหนดให้มีการทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานสูงมากขึ้น ซึ่งขึ้นกับความสนใจในของแต่ละบุคคลด้วย และพยายามลดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงานน้อย (Sedentary Activities) เช่น การดูโทรทัศน์และการเล่นเกมส์ คอมพิวเตอร์ ให้น้อยลง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ดังกล่าวมีนัยสำคัญมากกับการจัดการภาวะโภชนาการเกิน และสถาบันวิจัยและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แนะนำเทคนิควิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 2 อย่างดังนี้

1. Self – Monitoring เป็นการตรวจสอบตนเอง เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด โดยบันทึกรายละเอียดของอาหารที่บริโภคทั้งชนิดและปริมาณ กิจกรรมประจำวันร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย การบันทึกจะช่วยให้ตระหนักถึงนิสัยการกินการเคลื่อนไหวร่างกาย และเหตุการณ์หรืออารมณ์ที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมข้างต้น จะช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมการกินอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกาย รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงได้

2. Stimulus Control เป็นการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การไม่เคลื่อนไหวร่างกายและการไม่ออกกำลังกาย มีเป้าหมายที่แยกแยะระหว่างความหิวและความอยาก วิธีการปรับเปลี่ยนสิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และสร้างตัวเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมที่ต้องการ เช่น การดูโทรทัศน์พร้อมกับการกินขนมจุกจิกหรือดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม วิธีการควบคุมสิ่งกระตุ้น ได้แก่ การเก็บอาหารและขนมไว้ในตู้ก่อกหรือขวดทึบ เพื่อลดการกระตุ้นทางกาย ข้อเสนอแนะในการกินอาหาร ควรกินเฉพาะที่โต๊ะอาหารโดยไม่ทำกิจกรรมอย่างอื่น การใช้จานขนาดเล็กลงเพื่อให้ดูเหมือนการกินปริมาณมากเท่าเดิม หลีกเลี่ยงการเก็บขนมหรืออาหาร ไม่กินอาหารที่มีพลังงานสูง และการหากิจกรรมอื่นมาทดแทนการกินขณะดูโทรทัศน์

3. Changing Eating Behavior เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการบริโภคอาหารให้ลดลง เช่น การกินอาหารเร็วทำให้กินมาก แนะนำให้กินช้าลงโดยการเคี้ยวอาหารนานขึ้น วางช้อนและส้อมก่อนกินทุกคำ หรือแนะนำให้ตักอาหารใส่จานปริมาณลดลง (Portion Size) กินข้าวเพียงจานเดียว กินเป็นเวลา กินที่โต๊ะอาหารที่เป็นที่เป็นทาง และกินวันละ 3 มื้อ

4. Reinforcement จากทฤษฎีการเรียนรู้ พบว่าการเสริมแรงด้านบวกสำหรับความประพฤติที่พึงประสงค์ที่ควรปฏิบัติ จะนำไปสู่การปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น การให้รางวัล (Rewards) เมื่อพัฒนานิสัยการกิน หรือการออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำหรือตามที่วางแผนไว้ การให้รางวัลต้องให้ทันทีที่ปรับพฤติกรรมได้ รางวัลที่ได้ต้องชัดเจน เช่น เงิน เสื้อผ้า หนังสือ ไม่ควรเป็น ขนมหรืออาหาร ไม่แนะนำให้ตั้งเป้าการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ควรตั้งที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำได้วันต่อวัน เช่น กินข้าว 1 จาน กินผักทุกมื้อ ลดอาหารมัน

5. Cognitive Behavioral Techniques เป็นการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ได้แก่การวางแผนสำหรับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการบริโภคมากเกินไป เช่น การไปงานเลี้ยงหรือไปเที่ยวเป็นต้น การเรียนรู้วิธีการหลีกเลี่ยงการกินมาก โดยเน้นแนวคิดเชิงบวกและลดการติเตียนตนเอง

6. Social Support เป็นการประคับประคองให้ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักและรักษาน้ำหนักที่ลดลงให้คงที่

7. Behavioral Contracting เป็นการใช้หลักควบคุมสิ่งเร้าร่วมกับการเสริมแรง โดยการทำสัญญาและตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน ควรเป็นเป้าหมายที่ค่อยเป็นค่อยไปและสามารถบรรลุได้ไม่ยาก

2.4.8 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ (2555, น. 11) กล่าวว่า เนื่องจากภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกินจึงต้องมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 (2552, น. 6) ได้มองเห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสมเป็นอีกสาเหตุของภาวะโภชนาการเกิน ดังนั้นเพื่อจัดการกับภาวะโภชนาการเกินควรมีการส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

Angela Fowler (2004, p. 25) อธิบายว่า ภาวะโภชนาการเกินในเด็กเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติ เนื่องจากจำนวนเด็กอ้วนมีมากขึ้นตลอด และพบว่า ปัจจัยที่ประสบความสำเร็จในการจัดการภาวะโภชนาการเกินในเด็ก คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในเรื่องของการบริโภคและการลดกิจกรรมที่ไม่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว และการให้ความรู้ทั้งด้านโภชนาการและการเคลื่อนไหวร่างกาย

สถาบันวิจัยและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2553, น. 1) มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การรักษาโรคอ้วนทำได้หลายวิธี ทั้งการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด และการไม่พึ่งยา ซึ่งวิธีการนี้มุ่งเน้นไปที่การลดและควบคุมน้ำหนัก การลดน้ำหนักที่ได้ผลคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกาย

เกษรา ชาวนาห้วยตะโก และคณะ (2550, น. 4) การศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน หมู่ที่ 9 ตำบลนครปฐม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางคือมีการปฏิบัติบางครั้ง ($X = 2.22$, $SD. = 4.20$) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง คือมีการปฏิบัติบางครั้ง ($X = 2.22$, $SD. = 3.89$) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือมีการปฏิบัติบางครั้ง ($X = 2.53$, $SD. = 2.56$) ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คือมีการปฏิบัติบางครั้ง ($X = 2.50$, $SD. = 2.07$) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง คือมีการปฏิบัติบางครั้ง ($X = 2.80$, $SD. = 3.70$) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง คือมีการปฏิบัติบางครั้ง ($X = 2.70$, $SD. = 3.75$) สำหรับลักษณะทางสังคมประชากร ทางด้านเพศ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว และอาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ส่วนรายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

กมลวรรณ สาคร (2557) ศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผล รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและส่งผลทางอ้อม ต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุ 8 ปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกินในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 395 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตามระดับชั้นอย่างเป็นสัดส่วน Proportional Stratified Random Sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) และใช้รูปแบบการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) ระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ นำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คน ใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้งให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มทดลองคือ ประชาชนผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินในตำบลนาตง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 คน เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA) โดยใช้ค่าวัดรอบแวนเป็นตัวแปรควบคุม (Covariate) ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้ ด้านแรงจูงใจ (0.15) และด้านความตระหนัก (0.15) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.14) ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน(0.13) ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.11) ด้านความกระตือรือร้นมุ่งมั่น(0.11) 2) รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชนจังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการจัดการ จำนวน 9 กิจกรรม คือ 1) เรียนรู้ สู้ฮ้วน 2) ปรับนิสัย แก้อาการกิน 3) เหวกัว หนุ่นตี เป้าหมาย 4) ตัวตน คนฮ้วน 5) เยี่ยมบ้าน 6) เดินพญานาค 7) ปิรามิด เพื่อสุขภาพ 8) เคล็ดลับ ไม่กลับมาฮ้วน และ 9) หนุ่นสวย ด้วยบัดดี้ และ 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยรอบแวนกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งการทดสอบโดยรวม (Multivariate Test) และการทดสอบทีละตัวแปร (Univariate Test)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสำคัญมากต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกิน หากไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ทั้งในเรื่องของการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายแล้ว การจัดการกับภาวะโภชนาการเกินก็คงจะไม่ประสบผลสำเร็จ

2.5 ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกิน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้สรุปตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.5.1 ปัจจัยด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน

2.5.1.1 ความหมายของภาวะโภชนาการเกิน

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาพหรือสภาวะของร่างกายซึ่งมาจากการบริโภคอาหารซึ่งร่างกายนำอาหารที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ต่าง ๆ เช่นการเจริญเติบโต ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ตลอดจนช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติ

ภาวะโภชนาการที่ดี หมายถึง ภาวะของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่ถูกต้องหลัก โภชนาการหรือมีสารอาหารครบถ้วนและมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย และร่างกายใช้สารอาหารเหล่านั้นในการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่

ภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหารหรือสารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ เกิดการสะสมพลังงาน หรือสารอาหารบางอย่างไว้จนเกิดโทษแก่ร่างกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคหัวใจ และหลอดเลือด

ประณีต ผ่องแผ้ว (2539, น. 8) ได้ให้อีกความหมายว่า ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะทางสุขภาพของบุคคลที่มีผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสม และผลของการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์ ซึ่งสารอาหารดังกล่าวได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เกลือแร่ วิตามินและน้ำ เป็นต้น การที่บุคคลจะมีภาวะโภชนาการปกติหรือไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณของสารอาหารที่รับประทาน ถ้าเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายแล้วบุคคลก็จะมีภาวะโภชนาการที่ดี

กรุณา จิตถนอม (2551, น. 25) ได้สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงคุณสาคร ธนมิตร ในวารสารโภชนาการ กล่าวไว้ว่า การมีภาวะโภชนาการที่ดีจะต้องประกอบด้วย การได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่อาหารที่มีความหลากหลายในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการตามวัยและสะอาดปราศจากพิษภัย การป้องกันภาวะโรคขาดสารอาหารจึงประกอบด้วยหลักใหญ่ ๆ 3 ประการ คือ 1) ความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือน 2) สุขภาพร่างกายและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี และ 3) การดูแลและการเลี้ยงดูถูกต้องเหมาะสม นโยบายการป้องกันแก้ไขทางโภชนาการจึงมิได้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานกรมกองหรือกระทรวงหนึ่งกระทรวงใดเท่านั้น แต่ต้องเป็นยุทธศาสตร์ร่วมผสมผสานของทุกด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น 1) ด้านอาหาร เกษตร ปศุสัตว์ ประมง ชลประทาน 2) ด้าน

สุขภาพอนามัยก็มีทั้ง การบริการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านการดูแล และเลี้ยงดูที่ถูกต้อง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมจาก ด้านการศึกษาและข้อมูลการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต้องเหมาะสมและต้องมีคุณภาพ รวมไปถึงปัจจัย ทางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง งานโภชนาการจึงเป็นงานพื้นฐานที่สำคัญและทำ ทายที่สุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาประเทศ โดยต้องมึนโยบายที่ชัดเจนและ ยุทธศาสตร์ระดับชาติที่บูรณาการทุก ๆ ด้าน ที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังจึงจะประสบความสำเร็จ

มนตรี ตูจิงดา (2549, น. 127) ได้กล่าวว่า ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง ภาวะที่ ร่างกายได้รับอาหารมากเกินไปจนความต้องการของร่างกาย และเก็บสะสมไว้จนเกิดอาการปรากฏ เช่น ได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปจะมีการสะสมไว้ในร่างกายในสภาพไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วน หรือการได้รับสารอาหารบางอย่างที่ซับซ้อนยากในปริมาณมากเกินไป จนมีการเก็บสะสมในร่างกาย และทำให้เกิดโทษ เช่น การได้รับวิตามิน เอ และ ดี มากเกินความต้องการของร่างกาย และร่างกาย เก็บสะสมไว้ทำให้เกิดภาวะไฮเปอร์วิตามิน โนซีเอส และ ดี

ภมร เสนาฤทธิ์ (2533, น. 46) ให้ความหมายไว้ว่า ความอ้วน (Obesity) หมายถึง ลักษณะอาการอย่างหนึ่งของการมีไขมัน (Fat) คั่งหรือสะสมอยู่ในร่างกายมากเกินไป หรือมีปริมาณ เหลือใช้มากเกินไปจนความจำเป็น ซึ่งไขมันเหล่านั้น จะถูกเก็บไว้ตามอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ใต้ผิวหนัง บริเวณหน้าท้อง บริเวณสะโพก บริเวณรอบ ๆ ข้อต่อ และแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อ เป็นต้น จึงทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากน้ำหนักมาตรฐาน หรือน้ำหนักปกติ

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา (2551, น. 112) ระบุว่า ภาวะอ้วน (Obesity) หมายถึง การที่มีปริมาณของไขมันในร่างกายมากกว่าร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัวในผู้ชาย และมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัวในผู้หญิง ภาวะอ้วนนี้ แพทย์และนักโภชนาการหลายท่าน เรียกว่า โรคอ้วน เพราะเมื่ออ้วนแล้วมักเกิดโรคอื่นตามมา หรือทวีความรุนแรงของโรคบางโรคได้ เช่น มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่อ้วนถึง 3 เท่า มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อมของเข่า ข้อเท้า และข้อสะโพก มากกว่าคนไม่อ้วน

วิชัย ต้นไพจิตร และคณะ (2541, น. 34) กล่าวว่า ภาวะอ้วนเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เกิดจากการที่มีปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat) มากกว่าปกติจนมีผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนี้การกระจายตัวของไขมันในร่างกาย (Body Fat Distribution) ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผล ต่อสุขภาพ โรคอ้วนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมี 2 ชนิด คือ

1. โรคอ้วนทั้งตัว (Overall Obesity) กลุ่มนี้มีไขมันทั้งร่างกายมากกว่าปกติ โดยไขมันที่เพิ่มขึ้นมีได้จำกัดอยู่ที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งโดยเฉพาะ

2. โรคอ้วนลงพุง (Visceral Obesity) กลุ่มนี้มีไขมันของอวัยวะภายในช่องท้องมากกว่าปกติ โดยอาจมีไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous fat) บริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้นด้วย

กล่าวโดยสรุป ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะทางร่างกาย ที่เป็นผลมาจากการได้รับอาหาร ซึ่งหากร่างกายได้รับอาหารไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ จะทำให้สุขภาพไม่ดี เรียกว่า ภาวะโภชนาการไม่ดี หรือ ทุโภชนาการ การมีภาวะโภชนาการที่ด้อยนั้น เนื่องมาจากร่างกายได้รับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมและเพียงพอ ทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ และสามารถใช้อาหารเหล่านั้นในการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากร่างกายได้รับอาหาร หรือสารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ทำให้มีไขมันสะสมไว้ตามส่วนต่าง ๆ มากเกินไป ถือว่ามีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งในปัจจุบันทางการแพทย์จัดว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจนก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

2.5.1.2 แนวคิดทฤษฎี

ผู้ที่มีปัญหาความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินคือ ผู้ที่บริโภคเกินความจำเป็นของร่างกาย บริโภคแป้ง น้ำตาลสูง และไขมันสูง ผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หากไม่รีบแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ลดน้ำหนักแล้ว ไขมันที่สะสมในร่างกายโดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง ซึ่งมีคุณสมบัติต่างจากไขมันใต้ผิวหนัง กล่าวคือ ไขมันในช่องท้องสามารถสร้างและหลั่งกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) นอกจากนี้ยังสามารถหลั่งสาร Cytokines และ Hormones ซึ่งรวมเรียกว่า Adipocytokines มาทำให้เกิดผลเสียต่อสมดุการทำงานของร่างกาย กรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acid) ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน มีการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายผิดปกติไป ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและเป็นเบาหวานในที่สุด สำหรับ Adipocytokines ซึ่งเป็นสารหลายชนิด จึงทำให้เกิดผลหลายอย่างเช่น ความไวต่ออินซูลินลดลง หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดและหลอดเลือดอักเสบ เซลล์ไขมันอักเสบ ทำให้มีการสร้างและหลั่ง ไขมันอิสระ และ Adipocytokines เพิ่มมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง (ศูนย์ข้อมูลธรรมชาติบำบัด, 2555, น. 1-2)

1) สาเหตุของการเกิดภาวะโภชนาการเกิน ประกอบด้วย

1.1) พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยงที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ พันธุกรรม โดยพบว่าถ้าพ่อหรือแม่อ้วน ลูกจะมีโอกาสอ้วน ร้อยละ 40 ยิ่งถ้าทั้งพ่อและแม่อ้วน ลูกจะมีโอกาสอ้วน ร้อยละ 80 และเด็กที่มีพ่อหรือแม่อ้วนจะมีโอกาสเป็นเด็กอ้วนเพิ่มขึ้น 4 ถึง 5 เท่า เทียบกับเด็กปกติ และจะเพิ่มขึ้นเป็น 13 เท่า ถ้าทั้งพ่อและแม่อ้วน

1.2) อาหารและโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นที่สังเกตได้ว่าภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ถ้าชอบรับประทานอาหารรสหวาน ไขมันสูง และในปัจจุบันบุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานขนมกรุบกรอบ การรับประทานอาหารจำพวก ฟาสต์ฟู้ด และการดื่มน้ำอัดลม นอกจากนี้การไม่รับประทานอาหารเช้ายังพบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการเกินได้ และการรับประทานอาหารที่มากเกินไปความต้องการของร่างกายจะได้รับพลังงานจากอาหารเกินกว่าที่ร่างกายใช้ไป และรวมถึงการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วน

1.3) การขาดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ปัจจุบันการใช้ชีวิตแบบสมัยใหม่ มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ซึ่งเน้นความสะดวกสบาย มีเครื่องอำนวยความสะดวก ทำให้บุคคลมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นเกมส์ คอมพิวเตอร์ วีดีโอ คอมพิวเตอร์ โทรทัศน์ หรือโทรศัพท์มือถือ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น เครื่องซักผ้า รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เครื่องล้างจาน อื่น ๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมที่ไม่ได้ใช้พลังงาน หรือไม่มีกิจกรรมที่จะทำให้การเคลื่อนไหว และพบว่าปัจจุบันบุคคลส่วนใหญ่ใช้เวลาในแต่ละวันอยู่กับคอมพิวเตอร์และใช้เวลาว่างในการดูทีวีหรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ทำให้ร่างกายไม่ได้ใช้พลังงาน

1.4) การเลี้ยงดูหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทั้งวิธีการและประเภทของอาหาร ซึ่งพ่อแม่หรือครอบครัวที่เลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะเลือกรับประทานอาหารที่เหมือนกับที่พ่อแม่เลือกให้รับประทานอยู่เป็นประจำ และในครอบครัวที่มีการควบคุมการบริโภคอาหาร เช่น การจำกัดการดื่มน้ำอัดลม การทานขนมกรุบกรอบ เป็นต้น บุคคลในครอบครัวนี้จะมีแนวโน้มที่มีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ และอิทธิพลของการเลี้ยงดูที่ชัดเจน เช่น ในครอบครัวที่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย พ่อแม่ที่ออกกำลังกายเป็นประจำก็จะพาลูก ๆ ไปด้วยซึ่งทำให้มีโอกาสได้ออกกำลังกายสูง

1.5) ปัจจัยแวดล้อมในชุมชน จะเห็นได้ชัดเจนในบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและนอกเมือง ซึ่งในเขตเมืองจะมีพื้นที่ที่ให้ทำกิจกรรมข้างนอกน้อยกว่าพื้นที่ชนบท อันเนื่องมาจากความแออัดของพื้นที่ที่อยู่อาศัย ในขณะที่เดียวกันพื้นที่ในเมืองมีความเสี่ยงอันตรายสูงจากอาชญากรรมและอุบัติเหตุ ด้วยสาเหตุนี้จึงทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจึงทำกิจกรรมหรือการใช้เวลาว่างในบ้านมากกว่านอกบ้าน ทำให้มีโอกาสของการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายน้อยกว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

1.6) การโฆษณา ปัจจุบันเจาะกลุ่มเป้าหมายเด็กและวัยรุ่นเป็นสำคัญ การใช้ดาราเป็นต้นแบบจูงใจ การแจกของแถมที่มากับขนม มาตรการลดราคา สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการสร้างค่านิยมและความสนใจในสินค้า

2) การรักษาภาวะโภชนาการเกิน

การรักษาภาวะโภชนาการเกินที่ได้ผลดีที่สุดก็คือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งนอกจากจะลดน้ำหนักแล้วยังช่วยลดเนื้อเยื่อไขมันในช่องท้อง ลดการติดต่ออินซูลิน ลดการอักเสบ ลดโอกาสเกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติทำได้ยาก เพราะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยอย่างสูง

2.1) การควบคุมอาหาร ควรควบคุมปริมาณพลังงานที่ได้รับทั้งหมดต่อวัน โดยควบคุมปริมาณทั้งไขมัน โปรตีน และคาร์โบไฮเดรต ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก อาจกำหนดพลังงานจากอาหารทั้งหมดที่ได้ต่อวัน ไม่เกิน 1,200 แคลอรี หรืออาจจะใช้วิธีควบคุมพลังงานที่บริโภคทั้งหมดให้ลดลงจากเดิม วันละ 500-1,000 แคลอรี ส่วนประกอบของอาหารควรได้จาก

2.1.1) คาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานซ้ำๆ ในรูปของข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ ประมาณ 3 ทัพพีต่อวัน ไม่ควรบริโภคมากกว่านั้น เฉลี่ยบริโภคมี้อละ 1 ทัพพี เพราะในอาหารประเภทอื่น ๆ เช่นเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และนม ก็มีพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตมาด้วยทุกชนิด หลีกเลี่ยงการใช้แป้งขาว ข้าวขัดขาว งดน้ำตาล และขนมอบกรอบ ซึ่งนอกจากจะให้พลังงานเร็วแล้วยังมีไขมันอิ่มตัวประเภททรานส์ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างยิ่ง

2.1.2) โปรตีน ควรเป็นโปรตีนที่มีไขมันต่ำ บริโภคประมาณวันละ 6 ช้อนแกง หรือมี้อละประมาณ 2 ช้อนแกง ในรูปของโปรตีนที่ไขมันต่ำ ได้แก่ ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วแระ ถั่วลันเตา ลูกเดือย ข้าวโพดโปรตีนที่ได้จากเนื้อปลาโดยเฉพาะปลาในทะเลน้ำลึก นอกจากนี้จะมีไขมันน้อยแล้ว ยังเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัวอีกด้วย หรืออาจจะดื่มนมพร่องมันเนยแทนวันละ 1 ถึง

2 แก้ว หลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ใหญ่ เช่น วัว และหมู เนื่องจากกระบวนการย่อยของคนเราทำให้อาหารเหล่านี้ค้างอยู่ในลำไส้ นานหลายวันทำให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกายมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา

2.1.3) ไขมัน ควรบริโภคเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และควรหลีกเลี่ยงไขมันชนิดอิ่มตัว ได้แก่ ไขมันสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว เนยเทียม และกะทิ ควรเลือกใช้ไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันมะกอก น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันเมล็ดทานตะวัน

2.1.4) ผัก เป็นกลุ่มอาหารที่ให้พลังงานน้อยที่สุด จึงควรรับประทานผักมาก ๆ ทั้งผักสด และผักสุกอย่างน้อยวันละ 6 ทัพพีของผักสุก หรือวันละไม่น้อยกว่า 12 ทัพพีของผักสด เพราะจะทำให้ได้กากอาหารที่เป็นเส้นใยซึ่งช่วยดักจับไขมันและน้ำตาลในลำไส้ ทำให้มีการดูดซึมน้อยลงและขับลงเป็นผลดีต่อสุขภาพเพราะน้ำตาลและไขมันถูกดูดซึมน้อยลง อีกทั้งยังช่วยให้ระบบขับถ่ายของร่างกายทำงานได้เป็นอย่างดี

2.1.5) ผลไม้ ควรได้รับวันละ 3 ถึง 4 ส่วน โดย 1 ส่วนของผลไม้แต่ละชนิดจะไม่เท่ากัน เช่น มะละกอสุกขนาดคำพอดีประมาณ 8 คำ

นอกจากนี้ยังควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารแห้ง และอาหารที่เก็บไว้นาน ๆ เกลือแกงไม่ควรเกินวันละ 6 กรัม ประมาณ 1 ช้อนชา พูนน้ำปลา 4 ช้อนชาครึ่ง ซอิ้วประมาณ 5 ช้อนชา ส่วนน้ำตาลไม่ควรเกินวันละ 4 ถึง 6 ช้อนชา

2.1.6) การออกกำลังกาย สามารถช่วยควบคุมน้ำหนักได้โดยการลดมวลไขมัน การออกกำลังกายควรเป็นแบบที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานานพอสมควร เช่น การว่ายน้ำ ฝึกโยคะ เต้นลีลาศ รำมวยจีน รำไม้พลอง แอโรบิค เดินเร็ว

2.5.1.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการให้ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะโภชนาการเกิน

นิชาภา เลิศชัยเพชร (2553, น. 1-3) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาวะกับภาวะน้ำหนักเกินของประชากรวัยแรงงาน : กรณีศึกษาพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าเพศชาย ผู้ที่ไม่มีรายได้อาจมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าผู้ที่มีรายได้ โดยผู้ที่มีโรคเรื้อรังจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคเรื้อรัง ส่วนผู้ที่บริโภคผลไม้ทุกวันจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าผู้ที่บริโภคผลไม้บางครั้ง และผู้ที่

บริโภคยานอนหลับนาน ๆ ครั้งจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าผู้ที่ไม่บริโภค นอกจากนี้ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผลการศึกษาชี้ให้ข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับลึก นอกจากนี้ งานด้านการส่งเสริมสุขภาพอาจต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเพศชาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางสรีรวิทยาอันเนื่องมาจากฮอร์โมนเพศหญิง หรือความเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์

มนัส ฉายาวิจิตรศิลป์ (2536, น. 79) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในชุมชนเมือง : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีการบริโภคอาหารครบทั้ง 5 หมู่ แต่ไม่ได้สัดส่วนกัน บริโภคไขมันเกินพอในทุกกลุ่มอาชีพ ยกเว้นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน จึงมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคอ้วนและโรคอื่น ๆ ตามมา ซึ่งถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้ถูกต้องในอนาคตอันใกล้สุขภาพของคนในกรุงเทพมหานคร ย่อมประสบปัญหาารุนแรงมากขึ้น และยากที่จะแก้ไข แต่ยังไม่สายเกินไปที่จะเรียนรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารและหาทางป้องกันได้

ศิริจรรยา นงนุช (2548, น. 63) ได้สรุปไว้ว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการกินอาหารหลักครบ 3 มื้อ ใน 1 วันเป็นสิ่งสมควรปฏิบัติควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเลือกกินตามความต้องการของร่างกายที่กำลังเจริญเติบโต โดยลดอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตและเพิ่มปริมาณพืชผักและผลไม้ เพื่อให้ได้เส้นใยที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและส่งเสริมการปฏิบัติอย่างแท้จริง

ประพัฒน์ ลักษณะพิสุทธิ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2553) การแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน สู่ปัญหาภาวะ “โรคอ้วน” อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยการบูรณาการศาสตร์ และการปฏิรูป ‘วิถี’ การให้การศึกษา ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนปัจจัยแวดล้อมอื่น อันมีส่วนกำหนดพฤติกรรมของผู้คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก โดยมุ่งเน้นไปที่การสร้างตระหนักรู้คุณค่าของอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย ในปริมาณที่เหมาะสม ตลอดจนการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อให้เด็กได้ตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายและเล่นกีฬา

1) ระดับของความรู้

Bloom (1971, p. 355) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้หรือความสามารถทางด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) เป็น 6 ระดับเรียงจากพฤติกรรมชั้นง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นโดยบุคคลอาจจะเพียงแค่จำได้ นึกได้หรือโดยการมองเห็นได้ยื่งก็อาจจะจำได้ เช่น การรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา เป็นต้นซึ่งพฤติกรรมขั้นนี้ไม่ได้ใช้ความคิดที่ซ้ำซ้อนหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่ได้ใช้ความสามารถของสมองมากนัก

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมขั้นที่สูงขึ้นมาจากความรู้ ความจำ บุคคลจะสามารถจัดหมวดหมู่การรับรู้ได้ แล่งได้อธิบายได้ คาดคะเนได้

3. การนำความรู้ไปใช้ (Application) เป็นพฤติกรรมความรู้ขั้นสูงขึ้นมาอีก ซึ่งจะต้องอาศัยความสามารถหรือทักษะทางด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา เช่น การแปลความหมายได้ดัดแปลงได้ เป็นต้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถแยกส่วนประกอบย่อย ๆ ของส่วนรวมออกเป็นส่วน ๆ เพื่อให้เข้าใจส่วนรวมได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งอาจจะแบ่งได้เป็นชั้นย่อย ๆ 3 ชั้นด้วยกัน คือ

ขั้นที่ 1 สามารถแยกองค์ประกอบของปัญหาหรือสภาพการณ์ออกเป็นส่วน ๆ เพื่อทำความเข้าใจกับส่วนประกอบต่าง ๆ ให้ละเอียด

ขั้นที่ 2 สามารถมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบเหล่านั้น

ขั้นที่ 3 สามารถมองเห็นหลักของการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเข้ากับปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างความสามารถในการวิเคราะห์ เช่น คำนวณออกมาได้ ตรวจสอบได้ วิเคราะห์ได้ เป็นต้น

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถนำเอาส่วนประกอบย่อย ๆ หลายส่วนมารวมกันเข้าเป็นส่วนรวม ซึ่งมีโครงสร้างที่แน่ชัดโดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการนำเอาประสบการณ์เก่าและใหม่มาเชื่อมโยงกันแล้วสร้างแบบแผนหรือหลักปฏิบัติ เช่น วางแผนได้ ประกอบได้ จัดตั้งได้ ออกแบบได้ บริหารได้ เป็นต้น

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การเปรียบเทียบได้ วัดได้ จัดอันดับได้ เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากการที่บุคคลในครอบครัวไม่มีความรู้ในเรื่องของการบริโภคที่ถูกต้องและไม่ตระหนักถึงอันตรายของการมีภาวะโภชนาการเกินจะทำให้ไม่ใส่ใจในการดูแลป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกิน และจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้พบว่าปัจจัยการให้ความรู้เกี่ยวกับการโภชนาการและภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน

2.5.1.4 การวัด

ในการวิจัย ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้ ของกมลวรรณ สาคร (2557, น. 214)

2.5.2 ปัจจัยด้านความตระหนัก

2.5.2.1 ความหมายของความตระหนัก

พจนานุกรมทางการศึกษา (Dictionary of Education) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความตระหนักหมายถึง การกระทำที่แสดงว่า จำได้ การรับรู้ หรือมีความรู้ หรือมีความสำนึก (Consciousness)

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary, 1961, p. 152) ได้ให้ความหมายไว้ว่าความตระหนัก หมายถึง ลักษณะหรือสภาพของความรู้สึกตัว รู้สำนึกหรือระวังระไว การรู้จักคิดหรือความสำนึกทางสังคมและการเมืองในระดับสูง

Runes (1971, p. 32) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความตระหนักเป็นการกระทำที่เกิดจากความสำนึก

Good (1973, p. 54) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความตระหนัก หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงการเกิดความรู้ของบุคคล หรือการที่บุคคลแสดงความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

Wolman (1973, p. 38) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความตระหนัก เป็นภาวะที่บุคคลเข้าใจ หรือสำนึกถึงบางอย่างของเหตุ ประสบการณ์ หรือวัตถุสิ่งของได้

Bloom (1971, p. 213) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความตระหนักรู้เป็นขั้นต่ำสุดของภาคอารมณ์และความรู้สึก (Affective Domain) ความตระหนักรู้เกือบคล้ายกับความรู้อย่างที่ทั้งความรู้และความตระหนักไม่เป็นลักษณะของสิ่งเร้า ความตระหนักไม่จำเป็นต้องเน้นปรากฏการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความตระหนักจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้ามาเร้าให้เกิดความตระหนัก

จรินทร์ ธานีรัตน์ (2517, น. 64) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความตระหนักรู้หมายถึง ความรู้สึกหรือความสำนึกหาเหตุผลในพฤติกรรมที่ได้กระทำไปทุกครั้ง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520, น. 24) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความตระหนักรู้หมายถึง การที่บุคคลนึกคิดได้ หรือการเกิดขึ้นในความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง เหตุการณ์หนึ่งหรือสถานที่หนึ่ง ซึ่งการรู้สึกว่ามีหรือการได้นึกคิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นความรู้สึกที่เกิดในสภาวะของจิตใจ แต่ไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นสามารถจำได้หรือระลึกได้ถึงลักษณะบางอย่างของสิ่งนั้น

วิชัย วงษ์ใหญ่ (2530, น. 113) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความตระหนักรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต่ำสุดทางด้านความรู้สึก (Affective Domain) แต่ความตระหนักรู้ไม่ได้เกี่ยวกับความจำหรือความระลึกได้ ความตระหนักรู้หมายถึง ความสามารถนึกคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสภาวะของจิตใจจากความหมายของความตระหนักรู้ที่นักวิชาการในสาขาต่าง ๆ ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้น พอสรุปความหมายได้ว่า ความตระหนักรู้ หมายถึง ความสำนึกซึ่งบุคคลเคยมีการรับรู้ หรือเคยมีความรู้มาก่อน โดยเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจะทำให้เกิดความสำนึกขึ้นหรือเกิดความตระหนักรู้ขึ้น ความตระหนักรู้จึงเป็นภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความคิด และความปรารถนาต่าง ๆ อันเกิดจากการรับรู้และความสำนึก ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลได้รับรู้ หรือได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว โดยมีการประเมินค่าและตระหนักรู้ถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ ความตระหนักรู้จึงเป็นการตื่นตัวทางจิตใจต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งหมายความว่า ระยะเวลาหรือประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมจะทำให้เกิดการรับรู้ (Perceptions) ขึ้น และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด การเรียนรู้และ ความตระหนักรู้ ตามลำดับ

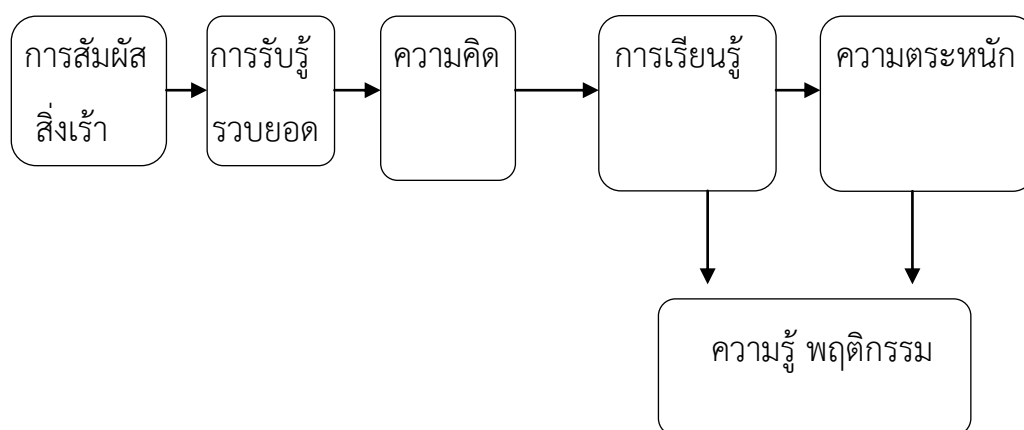
จากความหมายของความตระหนัก (Awareness) ของนักวิชาการที่กล่าวถึงข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความตระหนัก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความสำนึก ความปรารถนาต้องการ ซึ่งบุคคลเคยมีการรับรู้ หรือเคยมีความรู้ เคยมีประสบการณ์มาก่อน เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจะทำให้เกิดความสำนึกขึ้นหรือเกิดความตระหนักขึ้น และจะมีการประเมินค่าถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด การเรียนรู้และ ความตระหนัก ตามลำดับ

ความตระหนักในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน หมายถึง ความสำนึก ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ที่จะจัดการกับภาวะโภชนาการเกิน เช่น การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การปรับพฤติกรรมในการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายให้เหมาะสม การปรับพฤติกรรมการนอนให้ถูกสุขลักษณะ โดยมีสิ่งจูงใจ หรือสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้นให้เกิดความตระหนัก

2.5.2.2 แนวคิดทฤษฎี

1) ขั้นตอนการเกิดความตระหนัก

ความตระหนัก เป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า หรือได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้ว จะเกิดการรับรู้ (Perception) และเมื่อเกิดการรับรู้ในขั้นต่อ ๆ ไป ก็จะเข้าใจในสิ่งเร้านั้น เกิดความคิดรวบยอดและนำไปสู่การเรียนรู้ คือ มีความรู้ในสิ่งนั้น และนำไปสู่การเกิดความตระหนักในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักต่างก็นำไปสู่การกระทำ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ การที่บุคคลจะเกิดความตระหนักขึ้นได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้มาก่อน ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนมองเห็นความสำคัญ ความรับผิดชอบและผลกระทบ ที่จะเกิดขึ้นตามมาจะส่งผลให้ผู้เรียน เกิดความตระหนักต่อสิ่งนั้น ๆ ต่อไปนี้ในที่สุด ซึ่งขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก แสดงเป็นภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก. โดย Good, Carter V. (1973). Dictionary of Education. New York : Mac Graw – Hill Book Company.

2) องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความตระหนัก

Beckler (1974. p. 45) ได้กล่าวเอาไว้ว่า ความตระหนักเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้าอันได้แก่ บุคคล สถานการณ์ กลุ่มสังคม และสิ่งต่าง ๆ ที่โน้มน้าว หรือที่จะตอบสนองในทางบวกหรือทางลบ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ โดยองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความตระหนักมีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) จะเริ่มต้นจากระดับง่าย และมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ
2. อารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) เป็นความรู้สึกด้านทัศนคติ ค่านิยม ความตระหนัก ชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี เป็นองค์ประกอบในการประเมินสิ่งเร้าต่าง ๆ
3. พฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยา ท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้า หรือแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำ

จากแนวความคิดของเบรกเลอร์ ดังกล่าวนี้ สามารถนำมาอธิบายความตระหนักของผู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังจากได้รับความรู้ในเรื่องของภาวะโภชนาการเกินว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไรและผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาามาเพียงใด บุคคลก็จะมองเห็นความสำคัญในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้

3) ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักและความรู้

ความตระหนักเป็นพฤติกรรมด้านอารมณ์ หรือความรู้สึก (Affective Domain) อันเป็นพฤติกรรมขั้นต่ำสุดของความรู้ ความคิด (Cognitive Domain) ปัจจัยด้านความรู้สึกหรืออารมณ์นั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้และความคิดเสมอ อาจกล่าวได้ว่าความรู้เป็นสิ่งที่เกิดจากข้อเท็จจริง ประสบการณ์ การสัมผัส และการใช้จิตไตร่ตรอง คิดหาเหตุผล ในขณะที่ความตระหนักเป็นเรื่องของโอกาส การได้สัมผัสจากสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมโดยไม่ตั้งใจ ประสาท อิศรปริดา (2533, น. 177)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความตระหนักและความรู้มีความสัมพันธ์กันคือ ทั้งความตระหนักและความรู้ต่างก็เกี่ยวข้องกับการสัมผัส และการใช้จิตไตร่ตรอง โดยความรู้เป็นเรื่องของข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ซึ่งได้จากการสังเกตและรับรู้ที่ต้องอาศัยเวลา ส่วนความตระหนักเป็นเรื่องของ

ความรู้สึกที่เกิดในสภาวะจิตที่ไม่เน้นความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ อย่างไรก็ตาม การที่จะเกิดความตระหนักขึ้นมาได้นั้นก็ต้องผ่านการมีความรู้เบื้องต้นมาก่อน

4) ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้

ความตระหนักรู้ (Awareness) เป็นพฤติกรรมทางด้านอารมณ์หรือความรู้สึก (Affective Domain) ซึ่งคล้ายกับความรู้ (Knowledge) ซึ่งเป็นพฤติกรรมขั้นต่ำสุดของความรู้ ความคิด (Cognitive Domain) ปัจจัยด้านความรู้สึกหรืออารมณ์นั้น จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ความคิดเสมอ (ประสาธ อิศรปริดา, 2540, น. 177) ดังที่กล่าวมาแล้วว่าความรู้เป็นสิ่งที่เกิดจากข้อเท็จจริง จากประสบการณ์ การสัมผัส และการใช้จิตไตร่ตรองคิดหาเหตุผล แต่ความตระหนักรู้เป็นเรื่องของโอกาสการได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้าโดยไม่ตั้งใจ การใช้จิตไตร่ตรองแล้ว จึงเกิดสำนึกต่อปรากฏการณ์ หรือสถานการณ์นั้น ๆ และในเรื่องของความตระหนักรู้จะไม่เกี่ยวข้องกับความจำหรือการระลึกมากนัก เพียงแต่รู้สึกรู้ว่ามีสิ่งนั้นอยู่ (Conscious of Something) จำแนกและรับรู้ (Recognitive) ลักษณะของสิ่งนั้นเป็นสิ่งเร้า ออกมาตรงว่ามีลักษณะเป็นเช่นไร โดยไม่มีความรู้สึกในการประเมินเข้าร่วมด้วย และยังไม่สามารถแบ่งออกมาว่ามีลักษณะอย่างไร หรืออาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าความรู้หรือการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความตระหนักรู้นั่นเอง

ทงศักดิ์ ประสบกิตติคุณ (2535, น. 22-23) กล่าวว่า เนื่องจากความตระหนักรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้จึงมีผลต่อความตระหนักรู้ด้วยเช่นกัน ซึ่งได้แก่

1. ประสบการณ์ที่มีต่อการรับรู้
2. ความเคยชินต่อสภาพแวดล้อม ถ้าบุคคลใดที่มีความเคยชินต่อสภาพแวดล้อมนั้นก็จะทำให้บุคคลนั้นไม่ตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น
3. ความใส่ใจและการเห็นคุณค่า ถ้ามนุษย์มีความใส่ใจเรื่องใดมาก ก็จะมีความตระหนักรู้ในเรื่องนั้นมาก
4. ลักษณะและรูปแบบของสิ่งเร้าเหล่านั้นสามารถทำให้ผู้พบเห็นเกิดความสนใจ ย่อมทำให้ผู้พบเห็นเกิดการรับรู้และความตระหนักรู้ขึ้น
5. ระยะเวลาและความถี่ในการรับรู้ ถ้ามนุษย์ได้รับการรับรู้บ่อยครั้งเท่าใดหรือนานเท่าไรก็ยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดความตระหนักรู้ได้มากขึ้นเท่านั้น

2.5.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญลือ คชเสนีย์ (2532, น. 84-85) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และความตระหนักของประชาชนในท้องถิ่นที่มีต่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมบริเวณสถานที่ท่องเที่ยวชายทะเล ศึกษาเฉพาะกรณีเกาะเสม็ด จังหวัดระยอง พบว่า ประชาชนในท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมบริเวณสถานที่ท่องเที่ยวชายทะเลในระดับสูง โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีความตระหนักมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นน้อยกว่ามีความตระหนักมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผู้ที่มีพฤติกรรมมารับข่าวสารที่แตกต่างกัน มีความตระหนักที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วินัย บำรุงกิจ (2535, น. 128-129) ศึกษาเรื่องความรู้และความตระหนักต่อภาวะมลพิษทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนพลตำรวจโรงเรียนตำรวจนครบาลผลการศึกษา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวก และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความตระหนัก ต่อภาวะมลพิษทางสิ่งแวดล้อมด้านอากาศและเสียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และความตระหนักคือ อายุ และการได้รับข่าวสาร ซึ่งพบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความตระหนัก เกี่ยวกับภาวะมลพิษทางสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประพล มิลินทจินดา (2542, น. 96) ศึกษาความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรีผลการวิจัย พบว่า ระดับความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับสูง อายุ การศึกษา อาชีพ การรับรู้ข่าวสาร และความรู้ความเข้าใจในปัญหาสิ่งแวดล้อม มีผลต่อความตระหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วน เพศ และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ในปัญหาสิ่งแวดล้อมไม่มีผลต่อความตระหนัก ผลการทดสอบถดถอยพหุคูณแสดงว่า ความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ข่าวสาร

ราชัน พิมพา (2544, น. 102) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้ความตระหนักและการปฏิบัติงาน ด้านสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจังหวัดนครปฐมผลการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล มีความรู้ความ ตระหนัก และการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ความ ตระหนัก และการปฏิบัติงานไม่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและ

ประสบการณ์การทำงาน แต่ขึ้นอยู่กับ การได้รับข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อมจากสื่อประเภทสื่อบุคคล สื่อเอกสาร สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้สึกรู้สึกมีความสัมพันธ์กับความตระหนักในเชิงบวก ความตระหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในเชิงบวก แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กมลวรรณ สาคร (2557, น. ก) ศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผล รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและส่งผลทางอ้อม ต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุ 8 ปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกินในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 395 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตามระดับชั้น อย่างเป็นสัดส่วน Proportional Stratified Random Sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) และใช้รูปแบบการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) ระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ นำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คน ใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้งให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มทดลองคือ ประชาชนผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินในตำบลนาตง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 คน เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA) โดยใช้ค่าตัวครอบเอา เป็นตัวแปรควบคุม (Covariate) ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยตรงและ

โดยอ้อมต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้ ด้านแรงจูงใจ (0.15) และด้านความตระหนัก (0.15) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.14) ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน (0.13) ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.11) ด้านความกระตือรือร้นมุ่งมั่น (0.11) 2) รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชนจังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนา รูปแบบการจัดการ จำนวน 9 กิจกรรม คือ 1) เรียนรู้ สู้ อ้วน 2) ปรับนิสัย แก้ไขการกิน 3) เอวก๊ว หุ่นดี เป้าหมาย 4) ตัวตน คนอ้วน 5) เยี่ยมบ้าน 6) เดินพญานาค 7) พีรามิด เพื่อสุขภาพ 8) เคล็ดลับ ไม่กลับมาอ้วน และ 9) หุ่นสวย ด้วยบัดดี้ และ 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งการทดสอบโดยรวม (Multivariate Test) และการทดสอบทีละตัวแปร (Univariate Test)

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์สิ่งเร้าที่มากระตุ้น 2) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 3) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ 4) ปัจจัยด้านความตระหนักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

2.5.2.4 การวัดความตระหนัก

ความตระหนัก (Awareness) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรู้สำนึกว่าสิ่งนั้นมีอยู่ (Conscious of Something) จำแนกและรับรู้ (Recognitive) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับด้านความรู้สึกและอารมณ์ ดังนั้นการที่จะทำการวัดและการประเมิน จึงต้องมีหลักการและวิธีการตลอดจนเทคนิคเฉพาะ จึงจะวัดความรู้สึกและอารมณ์นั้นมีหลายประเภทด้วยกัน

1) กระบวนการวัดความตระหนัก

ทิตนา แชมมณี (2546, น. 125) ได้กล่าวว่ากระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้ผู้เรียนให้ความสนใจ เอาใจใส่ รับรู้ เห็นคุณค่าในปรากฏการณ์หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ขั้นตอนการดำเนินการมีดังนี้

1. สังเกต ให้ข้อมูลที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ เอาใจใส่ และเห็นคุณค่า

2. วิจาร์ณ ให้ตัวอย่าง สถานการณ์ ประสบการณ์ตรง เพื่อให้ผู้เรียน ได้วิเคราะห์หาสาเหตุและผลดีผลเสียที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

3. สรุปลให้อภิปรายหาข้อมูลหรือหลักฐานมาสนับสนุนคุณค่าของสิ่งที่จะต้องตระหนักและวางเป้าหมายที่จะพัฒนาตนเองในเรื่องนั้น

2) การวัดความตระหนัก

เนื่องจากความตระหนักเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการได้รับสัมผัสจากสิ่งเร้า

ชวาล แพร์ตกล (2552, น. 29-30) ได้กล่าวถึง เครื่องมือวัดความตระหนักไว้ ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ (Interviewing) โดยอาจจะเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Item) โดยการสร้างคำถามและมีคำตอบให้เลือกเหมือนกันและมีการตั้งคำถามไว้ก่อน หรือเป็นแบบที่ไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Item) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่มีหัวข้อใหญ่ ๆ ให้ผู้ตอบสามารถตอบได้อย่างเสรีและคำถามก็เป็นไปตามโอกาสอำนวยในขณะที่สนทนากัน

2. แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยอาจเป็นแบบสอบถามปลายเปิดหรือปลายปิดหรือเป็นแบบผสมทั้งสองอย่างก็ได้

3. แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดชนิดที่ให้ผู้ตอบ ตรวจสอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มีหรือไม่มีสิ่งที่กำหนดไว้ในรายการอาจอยู่ในรูปของการทำเครื่องหมายตอบหรือเลือกว่าใช่หรือไม่ก็ได้

4. มาตรวัดอันดับคุณภาพ (Rating Scale) เครื่องมือชนิดนี้เหมาะสำหรับวัดอารมณ์และความรู้สึก โดยต้องการทราบความเข้มข้น (Intensity) ว่ามีมากน้อยเพียงใด

5. การให้ความหมายของภาษา (Semantic Differential Technique - S.D - T.) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้วัดได้ครอบคลุมชนิดหนึ่ง เครื่องมือวัดชนิดนี้จะประกอบด้วยเรื่องซึ่งถือว่าเป็น "สั้กกับ" และมักจะมีคุณศัพท์ที่ตรงข้ามกันเป็นคู่ ๆ หลายสั้กกับ แต่ละคู่จะมี 2 ขั้วช่องห่างระหว่าง 2 ขั้วนี้ บ่งด้วยตัวเลข ถ้าใกล้ข้างใดมาก ก็จะมีลักษณะตามคุณศัพท์ขั้วนั้นมาก

คุณศัพท์ที่ประกอบเป็น 2 ขั้วนี้แยกออกเป็น 3 พวกใหญ่ ๆ คือพวกที่เกี่ยวข้องกับการประเมินค่า (Evaluation) พวกที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพ (Potential) และพวกที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม (Activity)

3) วิธีการสร้างแบบวัดความตระหนักมีลำดับขั้นดังนี้

3.1) การรวบรวมข้อมูลข้อมูลนี้อาจจะนำมาจากเอกสารบทวิเคราะห์ การศึกษาวิจัย

3.2) การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่นำมาใช้ในการสร้างแบบวัดนั้นมีความเหมาะสมกับการที่จะตอบหรือใช้วัดกับกลุ่มตัวอย่าง

3.3) สร้างแบบวัดโดยการสร้างข้อคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองออกมา

3.4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านความตระหนักจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก

4) แบบสอบถาม กระบวนการนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวน้ำหนักเกิน

พัฒนามาจากกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง (Process of Change) ตามแนวคิด Trans Theoretical Model (Norcross, Prochaska, A. Diclemente, 1992, Rossi, Rossi & Prochaska, 1991) แปลและปรับปรุงโดย อังศินันท์ อินทรกำแหง เพื่อใช้ในโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดและการกระทำนี้เป็นประสบการณ์ที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักของบุคคลในการตัดสินใจที่จะลดหรือปล่อยน้ำหนักเพิ่มขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จะทำให้บุคคลเข้าใจหลักของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วนมากขึ้น

5) องค์ประกอบของกระบวนการเปลี่ยนแปลง (Process of Change)

5.1) การเพิ่มความตระหนักรู้ (Consciousness Rating)

5.2) การตั้งเงื่อนไขตรงข้าม (Counter Conditioning)

5.3) การปลดปล่อยทางอารมณ์ (Dramatic Relief)

5.4) การทบทวนผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Reevaluation)

5.5) สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล (Helping Relationships)

5.6) การให้การเสริมแรง (Reinforcement Management)

- 5.7) ความอิสระในตนเอง (Self Liberation)
- 5.8) การทบทวนผลกระทบต่อตนเอง (Self Reevaluation)
- 5.9) ความอิสระทางสังคม (Social Liberation)
- 5.10) การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control)

6) ความหมาย

กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงโรคอ้วน เป็นความเชื่อ ความคิด กิจกรรมหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในการพยายามที่จะปรับพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ มีวิธีการ เทคนิคที่หลากหลายที่นำไปสู่ความสำเร็จของการปรับพฤติกรรม โรคอ้วน ในที่นี้วัดจาก 10 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

6.1) การเพิ่มความตระหนักรู้ (Consciousness Rating) หมายถึง การเพิ่มขึ้นโดยบุคคลแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ สร้างความเข้าใจ การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงปัญหาด้านสุขภาพจากการสังเกต จากการอธิบาย การตีความ การศึกษาเอกสาร เป็นต้น

6.2) การตั้งเงื่อนไขตรงข้าม (Counter Conditioning) หมายถึง การหาทางเลือกอื่นทดแทนเพื่อการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การผ่อนคลาย การลดความไวต่อความรู้สึก การผ่อนคลาย การยืนยัน และการประกาศกับตนเองในเชิงบวก เพื่อป้องกันการชักชวนไปมีพฤติกรรมเสี่ยง

6.3) การปลดปล่อยทางอารมณ์ (Dramatic Relief) หมายถึง ประสบการณ์และการแสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและศักยภาพในการแก้ปัญหา การแสดงบทบาทสมมติ การแสดงอารมณ์ให้เกิดความอยากเปลี่ยนแปลง

6.4) การทบทวนผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Reevaluation) หมายถึง การพิจารณาและประเมินถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีผลต่อร่างกาย และสภาพแวดล้อมทางสังคม การฝึกให้เข้าใจผู้อื่น และวิเคราะห์ข้อเท็จจริง

6.5) สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล (Helping Relationships) หมายถึง ความไว้วางใจ การยอมรับ พร้อมให้การช่วยเหลือ และการสนับสนุนดูแล ระหว่างที่มีความพยายามในการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

6.6) การให้การเสริมแรง (Reinforcement Management) หมายถึง การให้รางวัลกับตนเองหรือการรับรางวัลจากผู้อื่น เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การให้การเสริมแรงและการลงโทษ การชื่นชม

6.7) ความอิสระในตนเอง (Self Distribution) หมายถึง ทางเลือกและคำสั่งสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงความเชื่อในความสามารถที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การตัดสินใจเด็ดขาด ใช้เทคนิคการให้สัญญา เทคนิคการแสดงสัญลักษณ์ของตนเอง

6.8) การทบทวนผลกระทบต่อตนเอง (Self Reevaluation) หมายถึง การประเมินอย่างรู้คิดที่เป็นกลางถึงคุณค่าในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง การทบทวนค่านิยมของตนเอง การจินตนาการ การทบทวนประสบการณ์ทางอารมณ์บนฐานความถูกต้อง

6.9) ความอิสระทางสังคม (Social Liberation) หมายถึง ความตระหนักรู้ ความเหมาะสมและการยอมรับของสังคม การมีวิถีชีวิตที่อิสระจากการควบคุมโดยสังคมที่เป็นปัญหา การให้พลังอำนาจ การกำหนดนโยบายทางสังคม

6.10) การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) หมายถึง การควบคุมสถานการณ์และสาเหตุอื่น ๆ ที่นำมาสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา การส่งเสริมพฤติกรรมทางเลือก การสร้างสภาพแวดล้อมใหม่ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรม

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดความตระหนักรู้ โดยการปรับใช้แบบสอบถาม ของ ผศ.ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง ในด้านการเพิ่มความตระหนักรู้ (Consciousness Rating)

2.5.3 ปัจจัยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.5.3.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ดังนั้น พฤติกรรมของคนจึงหมายถึงปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทั้งสิ่งที่สมัครใจจะกระทำหรือละเว้นการกระทำ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะหรือการกระทำที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเลือกที่จะรับประทานอาหารหรือไม่รับประทานอาหารบางอย่าง และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือพฤติกรรมการกินที่สะสมมาตั้งแต่เด็ก ไม่ใช่การเรียนรู้ด้วยตนเองตามสัญชาตญาณธรรมชาติ มนุษย์เราบริโภคอาหารหรือรู้ว่าอะไรเป็นอาหารจากขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมที่คนในสังคมวัฒนธรรมยึดถือปฏิบัติแล้วถ่ายทอดทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเนื่องกันมาเรื่อยๆจนกลายเป็นวัฒนธรรมอาหาร (Food Culture)

อย่างไรก็ดีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ได้มีมาแต่กำเนิดแต่เกิดจากการเรียนรู้ เลียนแบบจากครอบครัวและสภาวะแวดล้อม จึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และประการสำคัญคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีพลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายจะทำให้เกิดการสะสมของพลังงานในรูปของไขมัน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้แก่ การรับประทานอาหารจุบจิบ การรับประทานอาหารบ่อยครั้งหรือการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ซึ่งมีทั้งเครื่องดื่มและขนมที่มีไขมันและน้ำตาลในปริมาณที่สูง สิริพันธ์ จุลกรังคะ (2542, น. 75) นอกจากนี้การทำงานที่ต้องมีบทบาทในการร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับประทานอาหารอาจเป็นไปตามที่ต้องการ การรับประทานอาหารในงานเลี้ยง การรับประทานอาหารตามร้านอาหารชั้นดี ซึ่งมีการเลี้ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง อดิศักดิ์ สัตยธรรม (2538, น. 63) และเนื่องจากภาวะครอบครัว หน้าที่การงานความรับผิดชอบทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเร่งรีบ ทำให้การรับประทานอาหารเช้าหลัก 3 มื้อ โดยรับประทานอาหารเช้าและมื้อกลางวันในปริมาณน้อย แต่จะมาชดเชยโดยการรับประทานอาหารเช้าเย็นแล้วถือเป็นการพักผ่อนอยู่กับบ้านไม่มีกิจกรรมเหมือนตอนเช้าและตอนบ่าย เพราะฉะนั้นพลังงานที่เหลือในร่างกายจะไม่ถูกนำไปใช้ ทำให้ไขมันสะสมอยู่ในร่างกายโดยเฉพาะตามหน้าท้อง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการรับประทานอาหารจานด่วนหรือ Fast Food แบบตะวันตกมากยิ่งขึ้น มีการศึกษา พบว่า เด็กชายรับประทานอาหารทอดมากกว่าเด็กหญิงแต่เด็กหญิงมีความรู้เกี่ยวกับสารอาหารและมีทัศนคติที่ดีต่อร้านอาหารมากกว่าเด็กชาย Chang HS and Roh SM (2004, p. 92) อาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารกลุ่มไขมัน ซึ่งนอกจากให้พลังงานมากกว่ากลุ่มอื่นในปริมาณอาหารที่หนักเท่ากันแล้ว ในปริมาณที่คิดเป็นพลังงานเท่ากันอาหารไขมันก็ยังถูกสะสมไว้ในร่างกายมากกว่าอาหารกลุ่มอื่นด้วย ขจิต ชูปัญญา (2540, น. 69) รวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผลิตอาหารทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ เกิดขึ้น การเก็บรักษาตลอดจนการบรรจุภัณฑ์รูปแบบนานาชนิดที่อำนวยความสะดวกในการรับประทานอาหาร การทำอาหาร และการเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่ายขึ้น ประกอบกับกลยุทธ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมในการรับประทานอาหาร โดยหันมารับประทานตามคำโฆษณาโดยไม่คำนึงปริมาณสารอาหารที่จะได้รับ วิณะ วีระไวทยะ (2535, น. 84) นอกจากนี้โรคอ้วนยังพบในกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ โดยพบในสตรีสังคมระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนมากกว่าสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง Wardlaw (2000, p. 95)

2.5.3.2 แนวคิดทฤษฎี

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จากการศึกษาพบว่าสามารถจำแนกพฤติกรรมการบริโภคอาหารออกเป็น 2 ประเภท คือ ชนิดของอาหารที่รับประทานและการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

1) ชนิดของอาหารที่รับประทาน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย การบริโภคอาหาร Fast Food และอาหารที่ให้พลังงานสูง

1.1) การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย

อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย ได้แก่ น้ำหวาน น้ำอัดลม ท็อฟฟี่ ลูกอม ซึ่งอาหารเหล่านี้จะเป็นอาหารที่ให้พลังงานอย่างเดียว ไม่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์หรือมีในอัตราส่วนที่ต่ำมาก ทางด้านโภชนาการเรียกอาหารเหล่านี้ว่าอาหารขยะ (Junk Food) ถ้ารับประทานโดยไม่มีการควบคุม จะทำให้เกิดการสะสมของพลังงานส่วนเกิน จนทำให้เกิดภาวะอ้วนได้

1.2) การบริโภคอาหารจานด่วน และอาหารที่ให้พลังงานสูง

อาหารจานด่วน ได้แก่ แฮมเบอร์เกอร์ มันทอด มันฝรั่งทอด ซึ่งอาหารในกลุ่มนี้มักจะขาดผักและผลไม้ เป็นอาหารที่ให้พลังงานมาก เมื่อรับประทานจะได้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน และถ้าได้รับประทานบ่อยๆหรือรับประทานเป็นประจำอาจทำให้อ้วนได้ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าอาหารเหล่านี้กำลังเป็นที่นิยมของผู้บริโภคโดยเฉพาะในเขตเมือง

2) การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ จำนวนและลักษณะของการบริโภคอาหารแต่ละมื้อ ลักษณะนิสัยของการบริโภค

2.1) จำนวนและลักษณะของการบริโภคอาหารแต่ละมื้อ

อาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน คือ อาหารหลัก 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวันและมื้อเย็น โดยในแต่ละมื้อควรมีสารอาหารต่างๆครบถ้วน และได้สัดส่วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ในปัจจุบันพบว่าบุคคลจำนวนมากที่รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารมื้อเย็นมากกว่ามื้ออื่น ๆ ซึ่งทำให้เกิดภาวะโรคอ้วนได้ เนื่องจากมีการใช้พลังงานน้อยลงหลังจากการรับประทานอาหาร และอีกหนึ่งพฤติกรรมที่พบคือคนที่มีความโภชนาการเกินมักจะรับประทานอาหารก่อนนอน และรับประทานอาหารจุกจิกอีกด้วย

2.2) ลักษณะนิสัยของการบริโภคอาหาร

ลักษณะนิสัยของการบริโภคอาหารที่บุคคลปฏิบัติ ได้แก่ การรับประทาน อาหารจุบจิบ การรับประทานอาหารสลัดกับการดื่มน้ำ การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะอาหารที่ชอบ การรับประทานอาหารด้วยอัตราเร็ว ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้ล้วนทำให้ได้รับปริมาณอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย

3) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภค

3.1) อาหารที่มีในท้องถิ่น หากท้องถิ่นใดมีอาหารบริบูรณ์ คนในท้องถิ่นนั้นย่อมมีโอกาสจะได้ บริโภคอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ท้องถิ่นใดขาดแคลนอาหาร คนในท้องถิ่นก็จำเป็นต้องกินอย่างจำกัด

3.2) ฐานะทางเศรษฐกิจ แต่ละครอบครัวจะสามารถซื้ออาหารที่มีขายในท้องตลาดมารับประทานได้มากน้อยเพียงไร และซื้ออาหารจำพวกใดบ้างนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับรายได้ของครอบครัว โดยส่วนมากพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูง ย่อมมีโอกาสรับประทานอาหารที่ดีและมีคุณภาพ แต่มีความเสี่ยงต่อการได้รับอาหารในปริมาณที่มากเกินไป

3.3) ครอบครัวเป็นกลุ่มแรกที่มีอิทธิพลสูงต่อการบริโภคอาหารของบุคคล เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอนในสิ่งที่ครอบครัวคิดและยึดถือปฏิบัติมา บุคคลในครอบครัวจะมีอิทธิพลในการตัดสินใจซื้อและเป็นผู้ถ่ายทอดนิสัยที่มีผลต่อการพัฒนาการบริโภคอาหารของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการเกิดการเรียนรู้ การยอมรับหรือลักษณะความชอบของอาหารของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นระดับการศึกษาของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการ การเลือกซื้ออาหาร หากบุคคลมีความรู้ในเรื่องเหล่านี้ดีย่อมมีส่วนในการจัดการอาหารให้กับตนเองได้อย่างเหมาะสมและถูกหลักโภชนาการ เพราะอาหารที่ดีและคุณภาพไม่จำเป็นต้องมีราคาแพง หากมีความรู้ก็จะสามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพและได้รับการบริโภคอาหารที่มีโภชนาการที่ดี

3.4) ขนบธรรมเนียมประเพณี การปฏิบัติสืบต่อกันนานในเรื่องของการกินทำให้เกิดเป็นธรรมเนียม วัฒนธรรมและความเชื่อในเรื่องของการกินของสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ ซึ่งอาหารแต่ละพื้นที่แต่ละสังคมจะมีความแตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกันได้ ทั้งวิธีการปรุงและการกิน เช่น ในภาคกลางนิยมปรุงอาหารด้วยน้ำตาล ในขณะที่ภาคเหนือไม่นิยม หรือในภาคใต้ปรุงอาหารที่มีรสเผ็ดมากกว่าภาคอื่น ๆ หรือชนชาติตะวันตกมักมีวิธีการปรุงอาหารด้วยวิธี อบ ต้ม เคี้ยวและคลุก ในขณะที่ชาติตะวันออกมีวิธีการปรุงอาหารที่หลากหลายกว่า ไม่ว่าจะเป็นการ แกง ต้ม ผัด ทอด ปิ้ง

อย่าง นึ่ง อบ ยำ และ โขลก หรือชาติตะวันตกมักทานอาหารจำพวกแป้งมาก เพื่อให้ร่างกายได้พลังงานมาก ๆ เพราะภูมิอากาศที่หนาวเย็นทำให้ร่างกายต้องการพลังงานสูง จะเห็นว่าความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณีส่งผลถึงการบริโภคโดยตรง ซึ่งการบริโภคอาหารในเด็กย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยนี้สูงเช่นกัน

3.5) ภาวะทางอารมณ์และจิตใจ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความสุขหรือทุกข์ หรืออ่อนไหวใจ ความชอบหรือไม่ชอบในอาหาร โดยเฉพาะความชอบและไม่ชอบมีปัจจัยอย่างมากต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคล

3.6) ปฏิกริยาต่อกลิ่นและรสอาหาร บุคคลแต่ละคนมีปฏิกริยาต่อกลิ่นและรสของอาหารไม่เหมือนกัน ซึ่งปัจจัยนี้มีผลอย่างมากเช่นเดียวกัน

3.7) แรงขับความหิว เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร เราหิวอาหารเพราะร่างกายขาดอาหาร เกิดการบีบตัว หรือหดตัวของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหาร สาเหตุประการสำคัญที่ทำให้เกิดการหิวอีกอย่าง คือ การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต นอกจากนี้การหิวบางครั้งเราหิวเฉพาะอย่าง การหิวเฉพาะอย่างเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ อีกประการหนึ่งในการหิวเฉพาะอย่างเกิดจากร่างกายขาดอาหารประเภทนั้นทำให้เราต้องการอาหารประเภทนั้น ๆ ความหิวนับเป็นแรงขับที่มีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรม

3.8) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และวัฒนธรรมทางอาหาร สภาพแวดล้อมของชุมชน ได้แก่ ถิ่นที่อยู่ ทรัพยากรธรรมชาติที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตอาหาร รวมทั้งความสะดวก ในการซื้อหรือการหามาได้ซึ่งอาหารชนิดต่าง ๆ เช่น ประชาชนในเขตเมืองนิยมรับประทานสำเร็จรูป อาหารพร้อมปรุง หรืออาหาร จานด่วนกันมากขึ้น ประกอบอาหารในครัวเรือนลดลง วัฒนธรรมทางอาหารมีผลต่อ พฤติกรรมการเลือกซื้อ การเตรียมหรือประกอบอาหาร และการรับประทาน โดยถูก ถ่ายทอดจากบรรพบุรุษหรือคนรุ่นก่อนสู่ลูกหลาน

3.9) สภาพสังคม เศรษฐกิจ สภาพสังคมที่เร่งรีบ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้ในปัจจุบันครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาประกอบอาหารรับประทานเอง การมีร้านค้าจำหน่ายอาหาร เพิ่มมากขึ้น พร้อมกับการรับเอาวัฒนธรรมทางตะวันตกเข้ามา มีอาหาร Fast Food อาหารสำเร็จรูปขาย ซึ่งอาหารเหล่านี้จะเป็นคำตอบที่ดีให้กับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน โดยอาหารเหล่านี้จะเป็นอาหารที่สามารถซื้อหาได้ง่าย สะดวกในการจัดเตรียมและการรับประทาน ให้มีความสะดวกแก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น

พร้อมรสชาติอร่อย ถูกปาก ทำให้คนส่วนใหญ่นิยมซื้ออาหารเหล่านี้รับประทาน โดยที่อาจไม่ได้คำนึงถึงส่วนประกอบที่อยู่ในอาหาร รวมทั้งผลดีและผลเสียที่จะได้รับจากอาหารเหล่านั้น ซึ่งอาหารเหล่านี้จะเป็นอาหารที่มีไขมันสูงและน้ำตาลสูง

2.5.3.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ (2546, น. 58) กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพโดยส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพและการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีที่ดีในการป้องกันและจัดการโรคอ้วน

จันทิมา บุญศรี (2552, น. 5) สามารถสรุปได้ว่า ภาวะโภชนาการเกินสามารถจัดการได้โดยที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยให้มีการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและถูกส่วนสัดส่วน

ศิริจรรยา นงนุช (2548, น. 10) พบว่า การที่เด็กบริโภคอาหารและได้รับสารอาหารที่ผิด เช่น การกินอาหารฟาสต์ฟู้ด การกินขนมถุง ดื่มน้ำอัดลม ทำให้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ดังนั้นเพื่อการจัดการที่ดี การที่จะปรับให้เด็กมีการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยให้ได้อย่างมากในการลดภาวะโภชนาการเกิน

มนัส ฉายาวิจิตรศิลป์ (2536, น. 79) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในชุมชนเมือง : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีการบริโภคอาหารครบทั้ง 5 หมู่ แต่ไม่ได้สัดส่วนกัน บริโภคไขมันเกินพอในทุกกลุ่มอาชีพ ยกเว้นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน จึงมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคอ้วนและโรคอื่น ๆ ตามมา ซึ่งถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้ถูกต้องในอนาคตอันใกล้สุขภาพของคนในกรุงเทพมหานคร ย่อมประสบปัญหารุนแรงมากขึ้น และยากที่จะแก้ไข แต่ยังไม่สายเกินไปที่จะเรียนรู้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและหาทางป้องกันได้

อัมพวัลย์ วชิรวิธานนท์ (2541, น. 1-3) ได้ศึกษาวิถีชีวิตของคนไทยรุ่นใหม่ : ศึกษากรณีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ของวัยรุ่นไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนวัยรุ่นนักร้องละคร 90 มีหลักการเลือกบริโภคอาหาร แต่มีจำนวนเพียงร้อยละ 30.9 เท่านั้น ที่คำนึงถึงหลักโภชนาการส่วนใหญ่แม้เป็นผู้เตรียมอาหาร และบริโภคอาหารร่วมกันในวันธรรมดาพร้อมกันเพียงวันละ 1 มื้อ ส่วนในวันหยุดจะบริโภคอาหารมื้อเย็นร่วมกันมากที่สุด (ร้อยละ 64.6) และหากจะไปบริโภคอาหารนอกบ้านก็จะไปเฉพาะโอกาสพิเศษ หรือสัปดาห์ละครั้ง นักเรียนวัยรุ่นประมาณ 2 ใน 3

จะเลือกบริโภคอาหารประเภทจานเดียว และอาหารว่างประเภทน้ำอัดลม หรือขนมหวานเป็นส่วนใหญ่ สื่อโฆษณาทางโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อนักเรียนวัยรุ่น ในการบริโภคอาหารพฤติกรรมบริโภคอาหารเหมาะสมถูกหลักโภชนาการอยู่ในระดับต่าง ๆ กัน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคอาหาร (โดยรวม) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนที่อยู่ในระดับสูง และต่ำมีจำนวนน้อยกว่า และมีสัดส่วนที่พอกัน

การวิจัยของ นายแพทย์จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน โครงการ วิเคราะห์เอกสารและผลการวิจัยภาวะโภชนาการเกิน (2544, น. 36) พบว่า การที่เด็กมีการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นสิ่งที่ช่วยให้เด็กสามารถลดการเป็นภาวะโภชนาการเกินได้ ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยพฤติกรรมบริโภคอาหาร มีส่วนสำคัญอย่างมากในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะโภชนาการเกินคือ การบริโภคอาหารที่มากเกินไป ไม่มีความสมดุลกับความต้องการของร่างกาย อีกทั้งบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณค่าและไม่ถูกต้องหากบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ถูกต้องก็จะทำให้ลดภาวะโภชนาการเกินได้

2.5.3.4 การวัด

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้เครื่องมือในการวัดพฤติกรรมบริโภค โดยการปรับใช้แบบสอบถาม ของ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข จากเอกสารประกอบการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานคลินิกไร้พุง (DPAC) ปี 2555

2.5.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.5.4.1 ความหมายของพฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวหรือ การทำงานของส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อโครงสร้าง (Skeletal Muscle) และทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าในขณะพัก

การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการวางแผนหรือมีการเตรียมตัว โดยจะเป็นกิจกรรมที่มีการทำซ้ำๆ เพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกาย (Physical Fitness)

การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง การทำงานของกล้ามเนื้อ และกระดูกซึ่งส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกาย มีการใช้พลังงาน และมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ กิจกรรมทางกายสามารถทำเป็นส่วนหนึ่งของงาน หรือระหว่างที่มีเวลาว่าง

2.5.4.2 แนวคิดทฤษฎี

การออกกำลังกาย เป็นการฝึกฝนร่างกายอย่างเป็นแบบแผนแน่นอนซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง และการออกกำลังกายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางกายซึ่งหลักในการออกกำลังกาย จะต้องคำนึงถึงระยะเวลา (Duration) ความแรง (Intensity) ความบ่อย (Frequency) รวมทั้งมีการอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) และผ่อนคลาย (Cool Down) การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำจะทำให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจากการเผาผลาญพลังงาน ทำให้ร่างกายมีเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อและมีการใช้พลังงานพื้นฐานเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวไว้ไม่ให้เพิ่มขึ้นในระยะยาว กิจกรรมทางกายที่ช่วยในการควบคุมน้ำหนักนั้นได้แก่ กิจกรรมทางกายที่ใช้แรงปานกลาง เป็นกิจกรรมทางกายที่มีการเต้นของหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เช่น เดินเร็ว ทำสวน ทำงานบ้าน ปั่นจักรยานอย่างช้า และกิจกรรมทางกายที่ใช้แรงมาก เป็นกิจกรรมทางกายที่มีการเต้นของหัวใจเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เช่น การวิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก แบดมินตัน เป็นต้น ช่วงเวลาในการทำกิจกรรมที่เหมาะสมคือ 20 ถึง 30 นาทีขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สิ่งสำคัญที่ทำให้การควบคุมน้ำหนักประสบผลสำเร็จคือ การทำกิจกรรมทางกายให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน สำหรับคนที่มีเวลาน้อย หรือไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมทางกายก็อาจเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายได้โดยการเดินมากขึ้น เช่น การเดินหรือปั่นจักรยานไปทำงาน การเดินขึ้นหรือลงบันไดแทนการใช้บันไดเลื่อนหรือลิฟท์ สิ่งเหล่านี้จะช่วยในการรักษาน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะสำหรับการออกกำลังกายที่ช่วยการควบคุมน้ำหนัก ดังนี้ ถ้าเราเดินวันละ 1 ชั่วโมงด้วยความเร็วพอสมควร วิ่ง ปั่นจักรยานหรือว่ายน้ำวันละ 20 ถึง 25 นาที 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถลดน้ำหนักตัวได้ประมาณ 0.1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ การทำสวนปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ก็จะช่วยลดน้ำหนักได้เช่นเดียวกัน การขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ เป็นการออกกำลังกาย ที่ทำได้ง่าย และช่วยลดน้ำหนักด้วย คนอ้วนที่ไม่เป็นโรคหัวใจ หรือความดันโลหิตสูง ควรพยายามเคลื่อนไหว ออกกำลังกายให้มาก และพยายามทำให้สม่ำเสมอทุกวัน ควบคู่กันไปกับการลดอาหาร และต้องปรับทัศนคติเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น

1) ความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย

ร่างกายมนุษย์ถูกสร้างขึ้นมาให้มีการเคลื่อนไหว เพื่อความเจริญเติบโตและรักษาสภาพการทำงานที่ดีเอาไว้ การเคลื่อนไหวน้อยหรือไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสมรรถภาพทางกายหรือสุขภาพ แต่ยังเป็นสาเหตุของความผิดปกติของร่างกายและโรคภัยหลายชนิดที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่พบมากในปัจจุบัน

ในทางการแพทย์ การออกกำลังกายอาจเปรียบได้กับยาสารพัดประโยชน์ เพราะใช้เป็นยาบำรุงก็ได้ เป็นยาป้องกันก็ได้ และเป็นยาบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายก็ได้ แต่ขึ้นชื่อว่ายาแล้วไม่ว่าจะวิเศษเพียงไรก็จะต้องใช้ด้วยขนาดหรือปริมาณที่เหมาะสมกับคนแต่ละคน การใช้โดยไม่คำนึงถึงขนาดหรือปริมาณที่เหมาะสม นอกจากอาจไม่ได้ผลแล้วยังอาจเกิดโทษจากยาได้ด้วย ดังนั้นถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ควรใช้

การออกกำลังกายให้เกิดประโยชน์แก่สุขภาพคือ การจัดชนิดของความหนัก ความนาน และความบ่อยของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับเพศ วัย สภาพร่างกาย สภาพแวดล้อม และจุดประสงค์ของแต่ละคน เปรียบได้กับการใช้ยาซึ่งถ้าหากสามารถจัดได้เหมาะสม ก็จะทำให้คุณประโยชน์ดังต่อไปนี้

2) การเจริญเติบโต การออกกำลังกายจัดเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโต เด็กที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายแต่มีอาหารกินอุดมสมบูรณ์ อาจมีส่วนสูงและน้ำหนักตัวมากกว่าเด็กในวัยเดียวกันโดยเฉลี่ย แต่ส่วนใหญ่แล้วจะมีไขมันมากเกินไป มีกระดูกเล็ก หัวใจมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวและรูปร่างอาจผิดปกติได้ เช่น เข่าชิดกัน อ้วนแบบอู เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ ตรงข้ามกับเด็กที่ออกกำลังกายถูกต้องสม่ำเสมอ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการเจริญเติบโตอย่างถูกส่วน จึงกระตุ้นให้อวัยวะต่าง ๆ เจริญขึ้นพร้อมกันไป ทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การทำงาน และเมื่อประกอบกับผลของการออกกำลังกายที่ทำให้เจริญอาหาร การย่อยอาหารและการขับถ่ายดี เด็กที่ออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจึงมีการเจริญเติบโตดีกว่าเด็กที่ขาดการออกกำลังกาย

3) รูปร่างและทรวดทรง ดังได้กล่าวแล้วว่า การออกกำลังกายเป็นได้ทั้งยาป้องกันและยารักษาโรค การเสียทรวดทรงในช่วงการเจริญเติบโตตั้งข้อ 1 ย่อมป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย แต่เมื่อ เติบโตเต็มที่แล้วยังขาดการออกกำลังกาย ก็จะทำให้ทรวดทรงเสียไปได้ เช่น ตัวเอียง หลังอวบ พุงป่อง ซึ่งทำให้เสียบุคลิกภาพได้อย่างมาก ในระยะนี้ ถ้ากลับมาออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เป็นประจำสม่ำเสมอยังสามารถแก้ไขให้ทรวดทรงกลับดีขึ้นมาได้ แต่การแก้ไขบางอย่าง

อาจต้องใช้เวลานานเป็นเดือน เป็นปี แต่บางอย่างอาจเห็นผลภายในเวลาไม่ถึง 1 เดือน เช่น พุงป่อง การบริหารกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องเพียง 2 สัปดาห์ ก็ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีความตึงตัวเพิ่มขึ้นจนกระชับอวัยวะภายในไว้ไม่ให้ดันออกมาเห็นพุงป่องได้

3.1) สุขภาพทั่วไป เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพถึงแม้ว่าจะไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าการออกกำลังกายจะสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อได้ แต่มีหลักฐานที่พบบ่อยครั้งว่า เมื่อนักกีฬาเกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อจะสามารถหายได้เร็วกว่า และมีโรคแทรกซ้อนน้อยกว่า ข้อที่ทำให้เชื่อได้ว่าผู้ที่ออกกำลังกายย่อมมีสุขภาพดีกว่า ผู้ขาดการออกกำลังกาย คือ การที่อวัยวะต่าง ๆ มีการพัฒนาทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การทำงาน โอกาสของการเกิดโรคที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น โรคเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะจึงมีน้อยกว่า

3.2) สมรรถภาพทางกาย ถ้าจัดการออกกำลังกายเป็นยาบำรุง การออกกำลังกายถือเป็นยาบำรุงเพียงอย่างเดียวที่สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้ เพราะไม่มียาใด ๆ ที่สามารถทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างแท้จริงและถาวร ยาบางอย่างอาจทำให้ผู้ใช้สามารถทนทำงานบางอย่างได้นานกว่าปกติ แต่เมื่อทำไปแล้วร่างกายก็จะอ่อนเพลียกว่าปกติจนต้องพักผ่อนนานกว่าปกติ หรือร่างกาย ทрудโทรมลงไป ในทางปฏิบัติเราสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายทุก ๆ ด้านได้ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว ความอดทนของกล้ามเนื้อ ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ความคล่องตัว

3.3) การป้องกันโรค การออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคได้หลายชนิด โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะอันเนื่องจากการมีอายุมากขึ้น ซึ่งประกอบกับปัจจัยอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันเช่น การกินอาหารมากเกินไป ความเครียด การสูบบุหรี่มาก หรือกรรมพันธุ์ โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคประสาทเสียดุลยภาพ หลอดเลือดหัวใจเสื่อมสภาพ ความดันเลือดสูง โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคข้อต่อเสื่อมสภาพ เป็นต้น ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีโอกาสเกิดโรคเหล่านี้ได้ช้ากว่าผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย หรืออาจไม่เกิดขึ้นเลยจนชั่วชีวิต การออกกำลังกายจึงช่วยชะลอชรา

3.4) การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพโรคต่าง ๆ ที่กล่าวในข้อ 5 หากเกิดขึ้นแล้ว การเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมจัดเป็นวิธีรักษาและฟื้นฟูสภาพที่สำคัญในปัจจุบัน แต่ในการจัดการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีปัญหามาก เพราะบางครั้งโรคกำเริบรุนแรงจนการออกกำลังกายแม้เพียงเบา ๆ ก็เป็นข้อห้าม ในกรณีดังกล่าว การควบคุมโดยใกล้ชิดจากแพทย์ผู้ทำการรักษาและการตรวจสอบสภาพร่างกายโดยละเอียดเป็นระยะเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

4) ผลของการออกกำลังกายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

การออกกำลังกายส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้

4.1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและช่วยส่งเสริมสุขภาพของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งกลไกที่แท้จริงในการลดระดับความดันโลหิตนั้นยังไม่เป็นที่ชัดเจนมีข้อเสนอแนะว่า การลดลงของระดับความดันโลหิตนั้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย จากมีการยับยั้งระบบประสาทซิมพาเทติก และมีการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของหลอดเลือด

การออกกำลังกายมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยจะทำให้มีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดโตขึ้น แข็งแรงขึ้นและบีบตัวได้แรงขึ้น ปริมาณเลือดที่สูบฉีดแต่ละครั้งและแต่ละนาทีมากขึ้น ผนังหลอดเลือดมีการทำงานต่อเนื่องยืดหยุ่นไม่เปราะแข็ง การออกกำลังกายจะช่วยให้หลอดเลือดคลายตัวทำให้หลอดเลือดมีขนาดกว้างเพิ่มมากขึ้นพอที่จะให้อนุภาคของ คอเลสเตอรอล ผ่านไปได้มากกว่าที่จะอุดตันในหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง เป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง เนื่องจากในขณะออกกำลังกายจะทำให้ลดการส่งผ่านของประสาทซิมพาเทติก ไปยังหลอดเลือดส่วนปลาย และหลังสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว มีการเพิ่มเลือดไปยังกล้ามเนื้อ ทำให้การตอบสนองของหลอดเลือดต่อแอลฟา อดรีนาลินลดลง เป็นผลให้หลอดเลือดขยายตัว และลดแรงต้านทานส่วนปลาย รวมทั้งมีการหลั่งสารไนตริกออกไซด์ สารโพรสตาแกลนดิน สารอดีโนซีน จะเพิ่มมากขึ้นระหว่างการออกกำลังกาย ซึ่งสารเหล่านี้มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ระดับความดันโลหิตจึงลดลงทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ดี

นอกจากนั้นการออกกำลังกายจะทำให้มีการใช้พลังงานจากไขมันที่สะสมในร่างกายเพิ่มขึ้น มีผลให้ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง การออกกำลังกายยังทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ช่วยลดการตีบแคบและการอุดตันของหลอดเลือดแดง โดยช่วยลดปริมาณไขมันในเลือดชนิดที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein; LDL) ซึ่ง LDL จะไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดอุดตัน และการออกกำลังกายทำให้ไขมันในเลือดชนิดความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein; HDL) เพิ่มขึ้น ซึ่ง HDL มีหน้าที่ขนส่งโคเลสเตอรอลที่สะสมบริเวณผนังเนื้อเยื่อชั้นในของหลอดเลือดเข้าสู่ตับ ลดการตีบแคบของหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายลดลง มีผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง นอกจากนั้น

การออกกำลังกายยังทำให้เกิดความเพลิดเพลิน คลายความวิตกกังวล เนื่องจาก มีการหลั่งสาร เอนดอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน ช่วยลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก และช่วยผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ และความวิตกกังวล

จะเห็นว่าการออกกำลังกายมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยตรงจะ ช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จากงานวิจัยที่ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จำนวน 21 งานวิจัย การศึกษาพบว่า มี 20 งานวิจัย ที่ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกทำให้ ระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยลดระดับไดแอสโตลิก ได้ 6 - 7 มิลลิเมตรปรอท และลดระดับซิสโตลิกได้ 5 - 10 มิลลิเมตรปรอท ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มความ ผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Metabolic Syndrome) การออก กายมีผลทำให้ระดับ LDL ต่ำลงระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นการออกกำลังกายยังมีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแทรก ซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย และ จอรับภาพตาเสื่อม

4.2) ระบบหายใจ ในระหว่างออกกำลังกาย จะมีการทำงานของ กล้ามเนื้อทรวงอกเพิ่มขึ้นมีการหายใจมากกว่าตอนพัก และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับ คาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างเลือดกับอากาศผ่านผนังถุงลมในขณะที่ออกกำลังกายอย่างหนักจะมีการ หายใจอย่างเต็มที่ ช่วยให้ปริมาตรการหายใจเข้าออก (Tidal Volume) เพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาตรของปอด (Lung Volume) ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Diffusion Capacity)

4.3) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ขณะออกกำลังกายจะมีปริมาณเลือดที่ ไหลเวียนในกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น ซึ่งสารพวกแป้งและสารเร่ง ปฏิกริยาในการเผาผลาญอาหารเกิดพลังงานมากขึ้น กล้ามเนื้อมีความทนทาน มีกำลัง แข็งแรงและ ยืดหยุ่นขึ้น ส่วนผลต่อกระดูกและข้อต่อก็จะทำให้มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น และเอ็นก็จะแข็งแรงขึ้นการ เคลื่อนไหว และทรงตัวดี

4.4) ระบบประสาท การออกกำลังกายจะช่วยให้สมองจะทำงานดีขึ้น การสั่งงาน การทำงานของกล้ามเนื้อจะมีการเคลื่อนไหวดีขึ้น แบบแผนการนอนหลับและความจำดี ขึ้น การออกกำลังกายจะทำให้ระบบประสาทส่วนกลาง และส่วนปลายทำงานประสานกันได้ดีขึ้น ใน ระบบของประสาทอัตโนมัตินั้นเมื่อมีการออกกำลังกาย จะมีการไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ซึ่งจะ มีฤทธิ์ส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อ เช่น เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต เพิ่มการหายใจ ส่วนประสาท

พาราซิมพาเทติก มีหน้าที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มการเสริมสร้างและสะสมพลังงานในการทำงานครั้งต่อไปในผู้ที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีความตึงตัวของพาราซิมพาเทติก สูง (Parasympathectonia) อัตราการเต้นของหัวใจจะต่ำ ทำให้เหนื่อยยาก ส่วนในผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย จะเหนื่อยง่าย ตื่นเต้นหัวใจเต้นเร็ว

4.5) ระบบต่อมไร้ท่อ การออกกำลังกายจะกระตุ้นการทำงานของต่อมไร้ท่อให้มีการเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนที่ลดลงยกเว้นอินซูลิน การออกกำลังกายจะมีการกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งสารแคที โคลามีน ประกอบด้วย นอร์อิพิเนพริน และอะดรีนาลีน ซึ่งมีฤทธิ์ในการเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ รวมทั้งกลูคากอนเพิ่มขึ้น มีการนำพลังงานจากอาหารมาใช้ โดยการสลายไกลโคเจนจากตับและไขมันจากแหล่งสะสมซึ่งมีผลทำให้อินซูลิน ในกระแสเลือดลดลง แต่จะมีประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ดีขึ้น

5) ชนิดของการออกกำลังกาย

ร่างกายของเรามีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับความร้อน ความเย็น ความกดอากาศ การทำงานหนัก รวมทั้งการไม่ออกกำลังกายหรือไม่เคลื่อนไหวเลย การปรับตัวนี้มีผลไปถึงรูปร่างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปได้ทั้งในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง จากการศึกษาถึงผลร้ายของการขาดการออกกำลังกายด้วยการให้ผู้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์นอนเตียงโดยไม่ให้ใช้กำลังกายเลยเป็นเวลา 2 – 3 สัปดาห์ พบว่า ร่างกายมีการปรับตัวไปในทางเลวลง กล่าวคือ ผู้ถูกทดลองมีกระดูกบางลง เม็ดเลือดและปริมาณเลือดน้อยลง กล้ามเนื้อลีบกว่าเดิม ความสามารถในการจับและขนส่งออกซิเจนน้อยลง แรงบีบตัวของหัวใจและปริมาณเลือดที่สูบฉีดแต่ละครั้งน้อยลง ซึ่งทำให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักเพิ่มขึ้นกว่าปกติ ผู้ถูกทดลองรู้สึกเหนื่อย ใจสั่นเมื่อใช้กำลังเพียงเล็กน้อย เช่น ลุก นั่ง เดิน หรือมีอาการหน้ามืดเมื่อลุกจากเตียงเร็ว นอกจากนั้นเมื่อนำมาทดสอบสมรรถภาพทางกายยังพบว่า สมรรถภาพทางกายน้อยลงทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง ผู้ถูกทดลองได้เข้ารับการทดสอบโดยซีจิกรยานวัตงานซึ่งกำหนดความฝืดระดับหนึ่ง คือให้หัวใจเต้นเร็วเพียง 120 ครั้ง ต่อนาที และไม่เหนื่อย แต่หลังจากนอน 2 ถึง 3 สัปดาห์ เมื่อให้ทำงานในปริมาณเดิม อัตราการเต้นหัวใจกลับเพิ่มเป็น 170 ครั้ง ต่อนาที และเหนื่อยกว่าเดิม

การออกกำลังกายเป็นวิถีธรรมชาติที่ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายต้องทำงานมากกว่าปกติโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบโครงสร้าง ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจและระบบประสาทซึ่งจะต้องทำงานความสัมพันธ์กันด้วยความเหมาะสม ดังนั้น การออกกำลังกายจึงแบ่งออกได้ 2 ชนิด ดังนี้

6) การแบ่งตามลักษณะการทำงานของกล้ามเนื้อ

6.1) การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise or Static Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่มีการเกร็งหรือตึงตัว (Tension) ของกล้ามเนื้อเพื่อต้านกับแรงต้านทาน ดังนั้น เมื่อมีการออกกำลังกายชนิดนี้ อวัยวะต่าง ๆ จึงไม่มีการเคลื่อนไหวแต่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อในลักษณะออกแรงเต็มที่ในระยะสั้น ๆ เช่น ออกแรงดันผนังกำแพง ออกแรงบีบวัตถุหรือกำมัดไว้แน่น หรือในขณะที่ทำงานเอวฝ่ามือกดลงบนโต๊ะเต็มที่

จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกนี้ หากกระทำบ่อย ๆ เป็นประจำจะมีผลต่อการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น แต่มีผลน้อยมากในการเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจหรือระบบไหลเวียนเลือด

การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกนี้ เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ค่อยมีเวลา หรือสถานที่สำหรับออกกำลังกายด้วยวิธีอื่น ๆ เพราะเป็นการออกกำลังกายที่ใช้เวลาน้อย และสามารถกระทำได้เกือบทุกสถานที่ นอกจากนั้น ยังเหมาะสำหรับนักกีฬาที่เพิ่งฟื้นจากการบาดเจ็บ เพราะไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะบางส่วนได้เต็มที่

สำหรับผู้ที่ เป็นโรคหัวใจหรือโรคความดันเลือดสูง ไม่ควรออกกำลังกายด้วยวิธีนี้ เพราะเมื่อมีการเกร็งกล้ามเนื้อจะทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นพร้อม ๆ กับการเพิ่มความดันเลือดเกือบทันทีจึงอาจเป็นอันตรายในขั้นที่รุนแรงได้

6.2) การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic Exercise or Dynamic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลง และอวัยวะมีการเคลื่อนไหว เป็นการบริหารกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยตรงซึ่งสามารถแบ่งการทำงานของกล้ามเนื้อออกเป็น 2 ลักษณะคือ

6.2.1) คอนเซนตริก (Concentric) คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อหดสั้นเข้าทำให้น้ำหนักเคลื่อนเข้าหาลำตัว เช่น ยกน้ำหนักเข้าหาลำตัว ทำวิดพื้นในขณะที่ลำตัวลงสู่พื้น

6.2.2) เอกเซนตริก (Eccentric) คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อและความยาวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น ยกน้ำหนักออกจากลำตัว ทำวิดพื้นในขณะที่ยก ลำตัวขึ้น

6.3) ไอโซไคเนติก (Isokinetic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกาย ชนิดที่การทำงานของกล้ามเนื้อเป็นไปอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาของการเคลื่อนไหว เช่น การขี่จักรยานวัดงาน การก้าวขึ้นลงตามแบบทดสอบของฮาร์วาร์ด (Harvard Step Test) หรือการใช้เครื่องมือ อื่น ๆ เข้าช่วย

7) การแบ่งตามลักษณะการใช้ออกซิเจน

7.1) การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบไม่ต้องใช้ออกซิเจน หรือในขณะที่ออกกำลังกายแต่ไม่ต้องหายใจเอาอากาศเข้าสู่ปอดเลย เช่น การวิ่งเร็วระยะสั้น หรือการวิ่งในกีฬาบางอย่าง เช่น การวิ่งเต็มทีเพื่อเข้าไปรับลูกเทนนิสที่ข้ามตาข่ายมา การกระโดดสูง กระโดดไกล ขว้างจักร พุ่งแหลน ทุ่มน้ำหนัก ซึ่งผลจากการออกกำลังกายแบบ แอนแอโรบิก คล้ายกับการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก

7.2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่ต้องใช้ออกซิเจน หรือมีการหายใจในขณะที่ออกกำลังกาย เป็นการบริหารให้ร่างกายเพิ่มความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน

ในการออกกำลังกาย ร่างกายจะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ดังนั้น ในการขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์ของกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องและการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นนี้ ระบบการลำเลียงออกซิเจนไปยังจุดหมายปลายทางก็คือระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ จำเป็นต้องทำงานเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นประจำจึงทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดและระบบหายใจปรับตัวในทางดีขึ้น โดยสามารถเพิ่มการขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น ซึ่งเป็นผลกลับกันกับการขาดการออกกำลังกายที่กล่าวข้างต้น ตัวอย่างเช่น เคยทำงานหนึ่งซึ่งเป็นงานในขณะที่ไม่เคยออกกำลังกาย ต้องให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายมากถึง 170 ครั้งต่อนาทีแต่หลังจากออกกำลังกายเป็นประจำระยะหนึ่งแล้ว อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายอาจลดเหลือเพียง 130 ครั้งต่อนาที และถ้าจะให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายมากถึง 170 ครั้งต่อนาที ก็จะต้องเพิ่มความหนักของงานขึ้นอีกมาก ซึ่งแสดงว่าร่างกายยังมีกำลังสำรองอยู่มาก ผลของการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ขณะพัก หัวใจทำงานอย่างประหยัดหรือไม่หนักโดยบีบตัวน้อยครั้งลง ผู้ที่เคยมีอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก 70 ครั้งต่อนาที หลังจากการออกกำลังกายเป็นประจำที่ทำให้หัวใจเต้นเพิ่มขึ้นเพียง 1,500 ถึง 2,000 ครั้งต่อวัน ติดต่อกันเพียง 2 ถึง 3 เดือน อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักอาจลดลงเหลือ 60 ครั้งต่อนาที ซึ่งทำให้

ประหยัดการทำงานของหัวใจได้กว่า 10,000 ครั้งต่อวัน ผลคือหัวใจมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่าการออกกำลังกายแบบ แอโรบิก มีผลดังต่อไปนี้

7.2.1) ได้ปริมาณอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพราะอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น

7.2.2) อัตราการเต้นของหัวใจและประสิทธิภาพในการสูบน้ำเลือดเพิ่มขึ้น

7.2.3) การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น

7.2.4) ออกซิเจนถูกส่งไปตามอวัยวะต่าง ๆ ได้สะดวกและรวดเร็ว

7.2.5) ลดอาการเมื่อยล้า ทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้นานขึ้น

7.2.6) ส่งเสริมบุคลิกภาพ ทำให้ร่างกายได้สัดส่วน

7.2.7) กล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ แข็งแรงมากขึ้น

8) หลักและวิธีการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีหลักและวิธีการที่เป็นสากล ดังนี้

8.1) ปริมาณความหนัก ความนาน และความบ่อยในการออกกำลังกาย

ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งถ้าต้องการให้ได้ประโยชน์สูงสุด ผู้ออกกำลังกายควรมีหลักปฏิบัติเพื่อความเหมาะสมพอดี คือ

8.1.1) ความหนักของการออกกำลังกาย

ผู้ออกกำลังกายมีความจำเป็นจะต้องทราบว่าควรออกกำลังกายเท่าใด จึงจะไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายและได้ผลดีที่สุด โดยปกติเราจะใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัววัดความหนักของงาน ถ้าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อัตราการเต้นของหัวใจของผู้ออกกำลังกายควรอยู่ในอัตรา 70 ถึง 80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดมีสูตรในการคำนวณดังต่อไปนี้

$$\text{ชีพจรสูงสุด} = (220 - \text{อายุปี}) \times (70 - 80 \%) / 100$$

8.1.2) ความนานของการออกกำลังกาย

ในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ละครั้ง โดยทั่ว ๆ ไปควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 ถึง 30 นาที (แต่สำหรับผู้ที่เป็่นนักกีฬาควรเพิ่มเวลาให้มากขึ้น) โดยให้อัตราการเต้นของหัวใจคงที่ (ตามการคำนวณได้ในข้อ 1) ไปตลอดเวลานั้น และควรออกกำลังกายเป็นเวลาเดียวกันทุกครั้ง

8.1.3) ความบ่อยของการออกกำลังกาย

ความเหมาะสมในการออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์นั้นควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 วัน และไม่เกิน 6 วัน และควรมีวันพักผ่อนสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 1 วัน

9) การออกกำลังกายกับการควบคุมน้ำหนัก

คนปกติจะหยุดการเจริญเติบโตเมื่ออายุเกิน 25 ปี หลังจากวัยนี้แล้ววัยจะจะเริ่มเสื่อมลง การที่น้ำหนักตัวลดลง 2 ถึง 3 กิโลกรัม หลังอายุ 25 ปี จึงเป็นสิ่งปกติ แต่มักพบว่าคนส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ด้วยไขมันที่สะสมในร่างกาย เนื่องจากการใช้ร่างกายและออกกำลังน้อยลง รับประทานอาหารมากเกินไป และไม่ได้สัดส่วน และมีความเครียดผสมผสานเข้าไป โดยทั่วไปมักถือว่าถ้าน้ำหนักตัวมากกว่า 20 % ของน้ำหนักตัวมาตรฐานถือว่าอ้วน

การชั่งน้ำหนักตัวทุก ๆ วันในเวลาตื่นนอนตอนเช้าจะเป็นสิ่งบ่งบอกที่ดีถึงความสมดุลของอาหารที่บริโภคกับพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน ถ้าบริโภคอาหารที่พอเหมาะแล้ว น้ำหนักตัวแต่ละวันไม่ควรต่างกันเกินกว่า 1 กก. ซึ่งน้ำหนัก 1 กก. นี้เป็นค่าของปริมาณน้ำในร่างกายที่อาจเปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน อาหารที่รับประทานมากเกินไปในแต่ละวันไม่ว่าจะเป็นไขมัน แป้งหรือโปรตีนจะเปลี่ยนแปลงเป็นไขมันไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้อ้วน อาหารเหล่านี้มักเป็นอาหารจานด่วน (Fast food) หรือ อาหารขยะ (Junk Food) เช่น พิซซ่า โดนัท สปาเกตตี้

ความอ้วนอาจเกิดได้ทั้งจากภาวะโรคบางชนิด หรือจากการไม่สมดุลของการรับประทานอาหารกับการใช้พลังงาน กิจกรรมประจำวันของคนอ้วนส่วนใหญ่จะใช้พลังงานน้อย และไม่ค่อยออกกำลังกาย รวมทั้งไม่ชอบออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา แต่ชอบบริโภคอาหารมากกว่าคนทั่วไป และชอบอยู่เฉย ๆ หรือนั่งดูโทรทัศน์

ปกติคนที่มีอายุมากกว่า 25 ปี และมีกิจกรรมซึ่งไม่ต้องใช้พลังงานมากและไม่ได้ออกกำลังกายต้องการพลังงานในวันหนึ่งประมาณ 1,800 ถึง 2,500 กิโลแคลอรี (ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวของแต่ละคน) ส่วนใหญ่ผู้ทำงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหามหรือผู้เล่นกีฬานานกว่า 1 ถึง 2 ชั่วโมงต่อวัน อาจต้องการพลังงานถึง 5,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ความอ้วนมีผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจอย่างมาก ผลเสียต่อวัยชราในร่างกายที่สำคัญคือ ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบการหายใจ และระบบการเคลื่อนไหว เช่น ข้อต่อต่าง ๆ ถ้าเรากินอาหารมากกว่าที่ร่างกายต้องการวันละ 50 กิโลแคลอรี ต่อ วัน (น้ำตาลทรายประมาณ 1 ช้อนโต๊ะ) ใน 1 ปีเราจะมีพลังงานเกินประมาณ 18,000 กิโลแคลอรี ซึ่งจะสะสมไว้ในร่างกายในรูปไขมันทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นประมาณ 3 กิโลกรัม

ฉะนั้น ถ้าเรากินอาหารเกิน 50 กิโลแคลอรีต่อวัน ใช้เครื่องทุ่นแรงต่าง ๆ แทนการออกกำลังกาย และใช้เวลาว่างพักผ่อนนอนหลับหรือนั่งดูโทรทัศน์แทนการเล่นกีฬา เราจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 30 กิโลกรัมหรือ 58 % ของน้ำหนักเฉลี่ยของชายไทย (ชายไทย 166 ซม.โดยเฉลี่ย) ภายใน 10 ปี และผลเสีย ของการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานก็จะเด่นชัดมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ถ้าขณะนี้ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐานแล้ว สิ่งที่ต้องทำคือ กำจัดน้ำหนักส่วนที่เกิน ออกโดยวิธีลดปริมาณอาหารและออกกำลังกายควบคู่กันไป ไม่ควรใช้ยาทุกชนิดเพราะจะมีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้นถ้าลดอาหารลงประมาณวันละ 100 กิโลแคลอรี และใช้พลังงานเพิ่มขึ้นวันละ 200 กิโลแคลอรีใน 1 เดือน จะเสียพลังงาน 6,000 กิโลแคลอรี ซึ่งเป็นไขมันเกือบ 1 กิโลกรัม (ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี แต่ไขมันในร่างกายมีน้ำเป็นส่วนประกอบด้วย 14 % ฉะนั้นเนื้อเยื่อไขมัน 1 กรัม จะให้พลังงานเพียง 7.7 กิโลแคลอรี) ถ้าเราต้องการลดน้ำหนักลงเร็วกว่านี้อาจลดได้ไม่เกิน 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ถ้าลดลงมากกว่านี้ จะรู้สึกเพลียและผิวแห้งเหี่ยว

จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายนั้นมีประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ การออกกำลังกายทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดดีขึ้น ทำให้การทำงานของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกดีขึ้น การทำงานของสมองดีขึ้น ทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ และโดยเฉพาะในระบบหัวใจและหลอดเลือดนั้นเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด เป็นการช่วยลดการอุดตันของหลอดเลือดทำให้แรงต้านภายในของหลอดเลือดลดลง ซึ่งทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง และทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดใหญ่และแข็งแรงเพิ่มขึ้น มีการบีบตัว และการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้นทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้นรวมถึงป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมองไตวาย และจอภาพตาเสื่อม และการออกกำลังกายยังมีผลต่อจิตใจ ช่วยให้ผ่อนคลาย และลดความเครียดได้

ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญที่ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดภาวะโภชนาการเกิน และป้องกันโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกินได้

10) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเปลี่ยนใจและการออกกำลังกาย

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ อุตสาหกรรม และเทคโนโลยี ทำให้ปัจจุบันประชาชนมีชีวิตประจำวันที่สะดวกสบาย มีเครื่องทุ่นแรงและอุปกรณ์อำนวยความสะดวก หลายอย่าง

ลดการใช้แรงงาน นอกจากนี้ความก้าวหน้าด้านการคมนาคม ขนส่ง และการสื่อสาร เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนลดการใช้พลังงานลง การมีจักรยานยนต์รับจ้าง ลิฟต์โดยสาร บันไดเลื่อน ตลอดจนรีโมท โทรศัพท์มือถือ และเครือข่ายอินเทอร์เน็ต อีเมล ล้วนช่วยลด การเคลื่อนไหวและการใช้พลังงานของร่างกายทั้งสิ้น และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกาย ทำให้โอกาสในการออกกำลังกายลดลง

ปัจจัยอื่น ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย ยังรวมถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งได้แก่ลักษณะที่อยู่อาศัยบุคคลที่อาศัยอยู่ในอพาร์ทเมนต์ ตึกแถว หรือ คอนโดมิเนียม มักมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากสถานที่คับแคบและจำกัด หรือมีสถานที่ที่ให้ออกกำลังกายได้น้อย

11) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกองค์ประกอบหนึ่งที่จะทำให้การออกกำลังกายดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าเปรียบการออกกำลังกายเสมือนต้นไม้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายก็คือ กิ่ง ก้าน และใบ ซึ่งต่างก็มีหน้าที่ที่จะทำให้ต้นไม้ต้นนั้นเจริญงอกงามมีดอกผลต่อไป และหากส่วนประกอบของต้นไม้ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่สามารถทำหน้าที่ของมันได้ ต้นไม้ต้นนั้นก็เหี่ยวแห้งและตายไปในที่สุด แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายมีด้วยกันหลายด้าน ในที่นี้จะขอกล่าวถึงปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเท่านั้น

11.1) สภาพอากาศกับการออกกำลังกาย

11.1.1) อากาศร้อน

อากาศร้อนมีผลต่อสมรรถภาพทางกายขณะออกกำลังกายอย่างมาก ถ้าเป็นกีฬาที่อาศัยความเร็ว ความว่องไว และใช้เวลาเล่นครั้งละไม่นาน มีช่วงพักระหว่างแข่งขัน เช่น วิ่งระยะสั้น อากาศร้อนจะกระตุ้นให้สมรรถภาพทางกายสูงขึ้นได้ แต่ในการออกกำลังกายทั่ว ๆ ไปที่ใช้เวลานานกว่า 3 นาทีจะมีความร้อนเกิดขึ้นในร่างกายและร่างกายต้องมีวิธีการระบายความร้อนออก ซึ่งได้แก่การนำความร้อน ออกโดยตรงระหว่างร่างกายกับอากาศ การพาความร้อน โดยการเคลื่อนที่ของอากาศหรือลม การแผ่รังสี และที่สำคัญที่สุดคือ การหลั่งเหงื่อ ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่สุดในการระบายความร้อน เพราะขณะเหงื่อระเหยจะต้องใช้ความร้อนแฝงซึ่งดึงมาจากร่างกายนั่นเอง แต่ในขณะที่อากาศร้อนและมีความชื้นสูงการระเหยของเหงื่อจะทำได้ไม่ดี ร่างกาย

ต้องเพิ่มจำนวนเหงื่อให้มากขึ้น ดังนั้นหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดจึงต้องทำงานมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น นอกจากนี้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อยังเลวลงเนื่องจากอุณหภูมิของร่างกายที่สูงขึ้น และจะเพิ่มการทำงานของระบบอื่น ๆ ของร่างกายทำให้ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีกด้วย ฉะนั้นผลรวมที่เห็นคือสมรรถภาพทางกายลดลงมาก และถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขณะออกกำลังกายในอากาศร้อนขึ้นจะนำอันตรายมาสู่ร่างกายอย่างมาก

ผู้ที่ต้องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และนักกีฬาทั่ว ๆ ไปที่ต้องการฝึกความอดทนควรจะเลือกออกกำลังกายในเวลาเช้าหรือเย็นที่อากาศไม่ร้อนจัด ยกเว้นนักกีฬาที่ต้องการความเร็วและความว่องไว ซึ่งอาจฝึกในเวลาบ่ายได้

การเสียเหงื่อ การป้องกัน และการชดเชย เหงื่อมีความเข้มข้นของเกลือประมาณ 0.12 ถึง 0.4 % ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นของเลือดมากเพราะในเลือดมีเกลือประมาณ 0.9 % เมื่อมีการเสียเหงื่อมากขึ้นจะเป็นการเสียน้ำมากกว่าการเสียเกลือผู้ที่เสียเหงื่อมากจะรู้สึกเพลีย ความอดทนของร่างกายลดลง เหนื่อยง่ายขึ้น ที่สำคัญที่สุดคือรู้สึกกระหายน้ำมาก ปากแห้ง ซึ่งถ้าเป็นดังนี้เรียกว่ามี อาการเพลียแดด (Heat Exhaustion) มักเกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับการออกกำลังกายมาก่อน ทำให้ร่างกายไม่ชินต่อการแก้ไขภาวะที่อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น และต้องเพิ่มการไหลเวียนเลือดและการทำงานของหัวใจ การป้องกันการเพลียแดด อาจทำได้โดย การดื่มน้ำก่อนการออกกำลังกาย 10 นาที ประมาณ 1 แก้ว ไม่ควรดื่มมากกว่านี้ เพราะร่างกายจะขับออกเป็นปัสสาวะขณะออกกำลังกาย ถ้ารู้สึกปากแห้ง กระหายน้ำ เพลียขณะออกกำลังกายอาจดื่มน้ำธรรมดาครั้งละไม่เกิน 1 แก้ว ทุก ๆ 10 ถึง 15 นาทีจนหายกระหายน้ำ ถ้าออกกำลังกายเกิน 1 ชั่วโมงแล้วต่อไปควรดื่มน้ำผลไม้ที่ผสมให้จางกว่าปกติ 2 ถึง 3 เท่า และเติมเกลือแกงเล็กน้อย น้ำผลไม้มีประโยชน์มากเพราะช่วยชดเชยเกลือที่ร่างกายสูญเสียไปกับเหงื่อ

หลังการออกกำลังกายแล้วควรพักในที่ร่ม ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัวเพื่อลดความร้อน เครื่องดื่มที่เหมาะสมหลังออกกำลังกายคือ น้ำผลไม้ที่ผสมเกลือแกงเล็กน้อย ดื่มได้ตามความต้องการของร่างกาย (อาจสังเกตปริมาณน้ำที่เสียไปได้จากน้ำหนักตัวที่ลดลง) และเมื่อน้ำและเกลือได้รับการทดแทนพอเพียงแล้วจะไม่มีอาการกระหายน้ำ ไม่เพลียและเหนื่อยมาก หลังพักผ่อนแล้วถ้าไม่ได้รับประทานผลไม้หรืออาหารว่างด้วย ก็ไม่ควรดื่มน้ำเปล่าอย่างเดียวกินไปกว่า 2 แก้วในครั้งเดียวกัน การดื่มน้ำอย่างเดียวในปริมาณมากและเวลาจำกัดทำให้ความเข้มข้นของเกลือแร่ภายนอกเซลล์ลดลงอย่างรวดเร็ว จนอาจเกิดภาวะมีน้ำเกิน ซึ่งทำให้เซลล์ของสมองบวมจากการที่น้ำนอกเซลล์มากขึ้น เกิดอาการเป็นพิษจากภาวะน้ำเกิน (Water Intoxication) คือ เวียนศีรษะ ปวดหัวในสมอง

หลังการออกกำลังกายเป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง ไม่ควรดื่มน้ำธรรมดาอย่างเดียว เพราะเป็นการชดเชยน้ำอย่างเดียว ทำให้มีภาวะขาดเกลือได้ และเกลือที่สำคัญคือเกลือโพแทสเซียม ซึ่งเสียไป เป็นจำนวนมากขณะออกกำลังกาย การชดเชยเกลือที่ขาดโดยกินแต่เกลือแกงไม่อาจทดแทนการขาด โพแทสเซียมได้ ดังนั้น น้ำผลไม้จึงเป็นสิ่งที่ทดแทนที่เหมาะสมที่สุด

11.1.2) อากาศเย็น

การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในภาวะอากาศเย็น มักทำได้นานกว่าในสภาวะอากาศร้อน ทั้งนี้เพราะการออกกำลังกายในอากาศร้อนนั้น ร่างกายจะสูญเสียน้ำและเกลือแร่มากกว่าในขณะอากาศเย็น แต่อากาศเย็นจะมีสมบัติประการหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาคือความแห้งของอากาศ ซึ่งจะส่งผลให้มีอาการเหนื่อยเร็ว คอแห้ง หายใจไม่ทันจากการที่ทางเดินของอากาศขาดความชุ่มชื้น ดังนั้นผู้ออกกำลังกายหรือนักกีฬา จึงควรฝึกร่างกายให้คุ้นเคยกับสภาพภูมิอากาศที่เย็นเสียก่อนและอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายให้นานมากขึ้นหรือการสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม เช่น การใช้ชุดวอร์มซึ่งค่อนข้างได้ผลดี

โดยทั่วไปควรเลือกการออกกำลังกายในตอนเช้าหรือเย็น เลือกเครื่องแต่งกายและสถานที่ที่เหมาะสม ถ้าจำเป็นต้องออกกำลังกายในอากาศร้อนจัดและเป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง การทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่ถูกต้องดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงด้วย

2.5.4.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

จากผลการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาโดยการจำกัดอาหาร 100 กิโลแคลอรีต่อวันร่วมกับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่า 2000 ก้าวต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์พบว่า ร้อยละ 71 ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถควบคุมน้ำหนักตัวหรือน้ำหนักตัวลดลง จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกายและการบริโภคอาหารหรือปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต กลายเป็นกลวิธีสำคัญในการป้องกันโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เป็นอย่างดี (กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2553, น. 2-3)

Marie - Pierre St.Onge (2003, p. 1071) พบว่า การมีพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวน้อย และดูโทรทัศน์มากมีผลเกี่ยวข้องโดยตรงกับการมีภาวะน้ำหนักเกิน

James O.Hill and Holly R.Wyatt (2005, p. 765) พบว่า ปัจจัยของการขาดพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหว มีนัยสำคัญอย่างมากต่อการเป็นภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน

กมลวรรณ สาคร (2557) ศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผล รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและส่งผลทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุ 8 ปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกินในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 395 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตามระดับชั้น อย่างเป็นสัดส่วน Proportional Stratified Random Sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) และใช้รูปแบบการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) ระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ นำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คน ใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้ง ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มทดลองคือ ประชาชนผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินในตำบลนาตง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 คน เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA) โดยใช้ค่าตัวครอบเอา เป็นตัวแปรควบคุม (Covariate) ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้ ด้านแรงจูงใจ (0.15) และด้านความตระหนัก (0.15) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.14) ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน (0.13) ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.11) ด้านความกระตือรือร้นมุ่งมั่น (0.11)

2) รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชนจังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการจัดการ จำนวน 9 กิจกรรม คือ 1) เรียนรู้ สู้อ้วน 2) ปรับนิสัย แก้ไขการกิน 3) เอวกีว หุ่นดี เป้าหมาย 4) ตัวตน คนอ้วน 5) เยี่ยมบ้าน 6) เดินพญานาค 7) ปิรามิด เพื่อสุขภาพ 8) เคล็ดลับ ไม่กลับมาอ้วน และ 9) หุ่นสวย ด้วยบัดดี้ และ 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งการทดสอบโดยรวม (Multivariate Test) และการทดสอบทีละตัวแปร (Univariate Test)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมีนัยสำคัญอย่างมากต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกิน สาเหตุที่ทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการเกินคือการที่บุคคลขาดการใช้พลังงาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายที่น้อยกว่าการบริโภคอาหารเข้าไป จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ พบว่า ปัจจัยพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับทางบวกกับความสำเร็จในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน

2.5.4.4 การวัด

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับใช้เครื่องมือวัดของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ สู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน

2.5.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการพักผ่อน

2.5.5.1 ความหมายของพฤติกรรมกรรมการพักผ่อน

พฤติกรรมกรรมการพักผ่อน หมายถึง สุขนิสัยการนอนหรือการกระทำที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับจนส่งผลต่อสุขภาพ

2.5.5.2 แนวคิดทฤษฎี

การนอนหลับกับภาวะสุขภาพ การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนทุกคน คนเรานอนหลับประมาณ 3,000 ชั่วโมงใน 1 ปี หรือประมาณ 14 ปี ในช่วงชีวิต การนอนหลับจึงเป็นเรื่องน่าติดตามศึกษาเพราะใช้เวลาหนึ่งในสามของชีวิตไปในการนอน

1) ความหมายของการนอนหลับ

การนอนหลับ หมายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อนและสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางผ่อนคลายลักษณะการนอนหลับคือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงหรือไม่มีเลย โดยแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่งและหลับตา มีการหยุดพักของร่างกาย หัวใจเต้นช้าลง หายใจช้าลง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถูกปลุกให้ตื่นได้ โดยการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่เหมาะสม

2) หน้าที่ของการนอนหลับ

การนอนหลับ เป็นกระบวนการของการฟื้นฟู (Restorative) เป็นสัจพจน์ที่ซึ่งถูกกำหนดทางพันธุกรรมที่กำหนดให้การไม่เคลื่อนไหวตอนกลางคืนเป็นวิธีการที่จะอยู่รอดที่ดีที่สุด กลุ่มการนอนหลับเป็นกระบวนการ 2 อย่างมารวมกัน และเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน คือ เป็นการนอนหลับตามความจำเป็น (Obligatory Sleep) และการนอนหลับเพื่อการฟื้นฟูร่างกาย (Restorative Sleep) ซึ่งเป็นผลจากการฟื้นฟูในสมองและไปเร่งให้เกิดการนอนหลับให้เกิดขึ้น

มีการศึกษามากมายที่ว่า การสังเคราะห์โปรตีนการแบ่งเซลล์เพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อในอวัยวะ ได้แก่ ผิวหนัง ไชกระดูก และอื่นๆ เกิดมากที่สุดในช่วงการพักผ่อนและการนอนหลับ การที่ทารกแรกเกิดใช้เวลาอนหลับมากถึง 17 ชั่วโมงต่อวัน เป็นผลจากการที่มีพัฒนาการทางสมองและการเจริญเติบโต โดยมีสารหลังสาร Growth Hormone ในระยะเริ่มต้นหลับ ซึ่งเป็น Hormone ที่เสริมสร้างการเจริญเติบโต

นอกจากนี้ระหว่างการนอนหลับ ระบบประสาทส่วนกลางจะมีการปรับสมดุลในการทำงานซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจที่ดี รวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะความกดดันทางอารมณ์ด้วย

การนอนหลับนั้นจำเป็นต่อร่างกายถ้าขาดการนอนหลับจะทำให้หน้าที่การทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป บุคคลที่ได้นอนหลับอย่างพอเพียงจะตื่นขึ้นด้วยความรู้สึกสดชื่น รู้สึกว่าได้พักผ่อนเต็มที่ที่มีความพึงพอใจกับการนอนหลับที่ผ่านมา และกระปรี้กระเปร่า พร้อมทั้งจะทำงาน ส่วนบุคคลที่ได้รับการนอนหลับไม่เพียงพอทั้งในปริมาณและคุณภาพจะส่งผลกระทบต่อระบบวงจรชีวภาพแปรปรวนไปกระบวนการทำงานในระบบต่าง ๆ ไม่สัมพันธ์และขาดความสมดุล เช่น การควบคุมอุณหภูมิ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การปรับสมดุลอิเล็กโทรไลต์ และ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเพิ่มภาวะเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยแสดงอาการที่ผิดไปจากปกติ เช่น โกรธง่าย ไม่แน่ใจ ลุกสี่ลุกกลน การตัดสินใจไม่ดี และอาจมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นมีอาการจิตประสาทร่วมด้วย เช่นประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ สับสน เป็นต้น

3) คนเราต้องนอนหลับอย่างน้อยเพียงใด

บุคคลทั่วไปมักพิจารณาความเพียงพอของการนอนหลับจากระยะที่สามารถหลับได้ และมักเข้าใจว่าการนอนหลับได้นานเป็นการพักผ่อนได้ดี แต่ในความเป็นจริงความต้องการการนอนหลับของบุคคลนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ระยะการนอนหลับของแต่ละคนแตกต่างกันและไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอนอนที่จะบอกได้ว่าแต่ละคนต้องการเวลาในการนอนหลับเท่าใด บางคนต้องการการนอนหลับที่เป็นธรรมชาติ และผ่อนคลายได้เต็มที่เพียง 2 ถึง 3 ชั่วโมง และมีคุณภาพดีได้ นอกจากนี้ความต้องการระยะเวลาในการนอนหลับแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุโดยความต้องการการนอนหลับจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉลี่ยเด็กทารก ใช้เวลานอน 14 ถึง 20 ชั่วโมงต่อวัน เด็กที่กำลังเจริญเติบโตต้องการการนอนหลับ 10 ถึง 14 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนวัยรุ่นและผู้ใหญ่ต้องการการนอนหลับเฉลี่ย 7 ถึง 9 ชั่วโมงต่อวัน

4) ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ

4.1) อายุ เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระยะเวลา และขั้นตอนการนอนหลับของเรา ระยะเวลาอนทั้งหมดในเด็กทารกแรกเกิดประมาณ 16 ถึง 17 ชั่วโมงต่อวัน และจะลดลงเหลือประมาณ 8 ถึง 5 ชั่วโมงต่อวัน เมื่ออายุ 16 ปี และจะเหลือประมาณ 7 หรือ 8 ชั่วโมงต่อวัน ในคนอายุ 25 ถึง 45 ปี และเหลือประมาณ 6.5 ชั่วโมงต่อวันในคนสูงอายุ

4.2) เพศ จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนการนอนหลับตามระยะพัฒนาการระหว่างผู้ชายและผู้หญิง พบว่าผู้ชายมีความแปรปรวนของแบบแผนการนอนหลับมากกว่า และเร็วกว่า ผู้หญิงประมาณ 10 ถึง 20 ปี ในเพศชายมีเหตุรบกวนการนอนมากกว่าผู้หญิง โดยธรรมชาติเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เป็นต้นไป อาทิเช่น การแข็งตัวของอวัยวะเพศในเวลากลางคืน มีการศึกษาพบว่าเพศหญิงจะมีการนอนหลับต่อเนื่องได้นานกว่าผู้ชาย แต่ในความเป็นจริงเพศหญิงมักจะบ่นถึงปัญหาในการนอนมากกว่าเพศชาย และกินยาช่วยให้นอนหลับมากกว่าผู้ชาย

4.3) ภาวะสุขภาพร่างกาย ความไม่สุขสบายต่าง ๆ จะมีผลต่อชีวภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งวงจรการนอนหลับการตื่น โดยทำให้มีลักษณะการนอนหลับยากขึ้น หลับไม่ได้ปะติดปะต่อ มีการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพ

การนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ที่มีพยาธิสภาพร่างกายมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าผู้ที่มีสุขภาพปกติ

4.4) มีกลุ่มยาหลายชนิดมีผลต่อปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ โดยเฉพาะกลุ่มยานอนหลับพบว่ามีการใช้ร้อยละ 80 เพื่อให้การนอนหลับได้ดีขึ้น แต่การใช้ยาเพื่อให้หลับอย่างเดียวโดยไม่หาสาเหตุของการนอนไม่หลับอาจนำไปสู่ปัญหาการติดยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อเวลาการนอนหลับทั้งหมด หรือทำให้การนอนแต่ละระยะของการนอนหลับแปรปรวนไปจากธรรมชาติ

4.5) การสูบบุหรี่ก่อนนอนจะทำให้ช่วงนอนช้ากว่าปกติ และกลางคืนจะนอนไม่หลับและผู้สูบบุหรี่มากจะบ่นว่านอนน้อยกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

4.6) ผลของแอลกอฮอล์ต่อการนอนหลับผู้ดื่มแอลกอฮอล์มากจะพบว่ามี การแปรปรวนการนอนหลับรวมทั้งการนอนไม่หลับ ง่วงนอนตอนกลางวัน และขัดขวางวงจรการหลับคืนกับการงีบหลับเกิดขึ้น

4.7) คาเฟอีน เป็นสารเคมีที่พบในเครื่องดื่มมากและบางครั้งพบในองค์ประกอบของยา และผลของกาแฟต่อการนอนหลับจะเพิ่มจำนวนของการตื่น นอกจากนี้คาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งสารที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เส้นเลือดบีบตัว ความดันโลหิตเพิ่ม ร่างกายมีความตื่นตัวมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การนอนหลับมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ การนอนหลับที่มีคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย

5) พฤติกรรมการนอนหลับที่ถูกต้อง

ข้อควรปฏิบัติเพื่อการนอนหลับที่ดี ควรทำติดต่อกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์

5.1) ควรเข้านอนและตื่นนอนให้ตรงเวลาเป็นประจำ ทั้งวันทำงานปกติและวันหยุด เพื่อให้นาฬิกาชีวิตทำงานตรงเวลา

5.2) รับแสงแดดให้เพียงพอในตอนเช้า อย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน เนื่องจากแสงแดดเป็นตัวกระตุ้นการควบคุมนาฬิกาชีวิตที่สำคัญ และการที่ตาได้รับแสงแดดธรรมชาติที่เปลี่ยนไปในแต่ละวัน จะช่วยกระตุ้นจังหวะการหลับการตื่นให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

5.3) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนหรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคาเฟอีนที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น โกโก้ ช็อกโกแลต น้ำอัดลม หรือยาแก้ปวดบางชนิด หลังอาหารมื้อเที่ยง

5.4) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ก่อนการนอนหลับ 3 ชั่วโมง

5.5) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหนักก่อนนอนหลับอย่างน้อย 2 ชั่วโมง แต่การกินอาหารเล็กน้อย เช่น นม หรือขนมขบเคี้ยวเล็กน้อยก่อนนอนจะทำให้การนอนหลับง่ายขึ้น

5.6) หลีกเลี่ยงงูหรือก่อนนอนหลับ 2 ชั่วโมง

5.7) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนนอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

5.8) หลีกเลี่ยงการงีบหลับตอนกลางวัน

5.9) ควรเตรียมพร้อมเพื่อช่วยการนอนหลับให้ง่ายขึ้นโดยดด้วยกิจกรรมง่ายๆ แบบผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้สมาธิ โต้เถียง คุยโทรศัพท์ หรือดูภาพยนตร์ ตื่นเต้นสยองขวัญ

5.10) ห้องนอนควรเงียบสงบสบาย มีอุณหภูมิที่พอเหมาะ ไม่มีเสียงหรือแสงรบกวนขณะหลับ หรือแสงแดดยามเช้า ที่นอนที่สบายควรมีผ้าห่ม หมอนข้างและม่านกันแสงแดดเพื่อช่วยให้งานนอนหลับง่ายขึ้น หากห้องนอนมีเสียงรบกวนตลอดเวลาจากภายนอก อาจใช้เสียงเพลงเบา ๆ หรือเสียงที่ทำให้ผ่อนคลายเปิดคลอไปตลอดคืน หรืออาจจำเป็นต้องใช้จุกหูฟังปิดหูเพื่อป้องกันเสียงรบกวน

5.11) ควรใช้ห้องนอนเพื่อการนอน อาจมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ เช่น เปลี่ยนชุดนอน อาบน้ำ แปรงฟัน เท่านั้น กิจกรรมอื่น เช่น ทำงาน กินอาหาร ดูโทรทัศน์ ไม่ควรใช้ห้องนอน

5.12) หากนอนไม่หลับภายใน 10 นาที ไม่ควรกังวล ไม่ควรมองนาฬิกา ควรลุกจากที่นอนหาทำกิจกรรมอื่นทำ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ แล้วกลับมานอนใหม่อีกครั้งเมื่อว่าง

5.13) ฝึกจิตใจและสมองให้เรียนรู้ว่าห้องนอนคือสถานที่ที่เราใช้พักผ่อนเท่านั้น ก่อนการนอนหลับจิตใจและสมองต้องผ่อนคลายโดยให้สัมพันธ์กับร่างกายที่ผ่อนคลาย ห้องนอนที่ผ่อนคลาย รวมถึงเตรียมกิจวัตรประจำวันพร้อมในการนอน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน

5.14) ควบคุมหรือจัดการกับความเครียดของตนเอง ให้เวลากับตนเองเพื่อค้นหาสาเหตุของความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น อาจหาบทความ

หรือคำแนะนำต่างๆเพื่อจะได้เป็นแนวทางหรือวิธีในการกำจัดความเครียด ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การสะกดจิต เป็นต้น แต่มีอีกเทคนิคหนึ่งที่น่าสนใจและผู้เขียนอยากแนะนำ คือ การเผชิญหน้ากับความเครียดโดยตรง โดยให้เวลากับตัวเอง เช่น ให้เวลา 30 นาที ตอนเย็นอยู่กับตัวเองเพียงลำพัง ไม่มีสิ่งต่างๆรบกวน และให้เขียนความเครียดหลักๆที่ท่านเผชิญอยู่ลงในกระดาษ ขนาดเท่ากับรูปถ่าย 1 แผ่น ต่อ 1 ความเครียด โดยเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย เมื่อตื่นขึ้นในตอนเช้า พยายามตอบคำถามว่าท่านจะจัดการกับความเครียดแต่ละข้ออย่างไร ในความเครียดหรือความวิตกกังวลแต่ละข้อ อาจไม่มีคำตอบที่ง่าย แต่เมื่อเวลาผ่านไป คำตอบจะชัดเจนขึ้นหรือความเครียดนั้นจะลดความสำคัญลงไป

2.5.5.3 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีผลต่อฮอร์โมนในร่างกายที่ควบคุมความอยากอาหารของร่างกาย

นักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยชิคาโก Eve Van Cauter (2004) ได้ตีพิมพ์ผลงานวิจัยใน วารสารทางกายแพทย์ "Annals of Internal Medicine" เมื่อ 7 ธันวาคม 2547 ว่า การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีผลต่อฮอร์โมนในร่างกายที่ควบคุมความอยากอาหารของร่างกาย

นักวิจัยพบว่า การนอนหลับเพียง 4 ชั่วโมงต่อคืน เป็นเวลา 2 คืนติดต่อกัน จะทำให้ ฮอร์โมน Leptin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้ไม่อยากอาหาร ลดลงถึง 18% และฮอร์โมน Ghrelin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นให้เกิดความหิวนั้น เพิ่มขึ้นถึง 28%

อาสาสมัครรายงานว่า ความรู้สึหิวของตนเองเพิ่มขึ้นถึง 24 % และนอกจากนั้น ลักษณะอาหารที่ตนเองต้องการก็เปลี่ยนไปด้วย โดยมีความอยากอาหารหวาน ๆ เช่น ลูกกวาด คุกกี้ อาหารเค็ม ๆ เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ ถั่วอบ และอาหารประเภทแป้ง เช่น ขนมปังและ พาสต้ามากขึ้น ในขณะที่ความอยากอาหารในการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ผัก ผลไม้ กลับลดน้อยลง

การนอนหลับเป็นปัจจัยหลักในการควบคุมฮอร์โมนความหิว Eve Van Cauter กล่าวว่า "เนื่องจากการที่สมองเป็นอวัยวะที่ใช้ Glucose เป็นพลังงาน จึงเป็นเหตุให้ อาสาสมัครเหล่านั้น เลือกรับประทานอาหารกลุ่มที่เป็น คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (เช่น แป้งขัดขาว น้ำตาลทรายขาว) เพื่อชดเชยการนอนไม่พอ

การวิจัยในครั้งแรกนี้แสดงให้เห็นว่าการนอนหลับเป็นปัจจัยหลักในการควบคุมฮอร์โมนความหิว 2 ตัวนี้ ซึ่งทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความอยากอาหารและรวมไปถึงการเลือก

ชนิดของอาหารในการรับประทานด้วย "การค้นพบนี้ทำให้พบเหตุเชื่อมโยงระหว่างปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรังกับโรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง Metabolic Syndrome รวมไปถึงโรคเบาหวานด้วย

กมลวรรณ สาคร (2557) ศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผล รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและส่งผลทางอ้อม ต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุ 8 ปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกินในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 395 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตามระดับชั้น อย่างเป็นสัดส่วน Proportional Stratified Random Sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) และใช้รูปแบบการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) ระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ นำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คน ใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้งให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มทดลองคือ ประชาชนผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินในตำบลนาตง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 คน เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA) โดยใช้ค่าตัวครอบเอา เป็นตัวแปรควบคุม (Covariate) ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้ ด้านแรงจูงใจ (0.15) และด้านความตระหนัก

(0.15) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.14) ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน (0.13) ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.11) ด้านความกระตือรือร้นมุ่งมั่น (0.11)

2) รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชนจังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการจัดการ จำนวน 9 กิจกรรม คือ 1) เรียนรู้ สู้อ้วน 2) ปรับนิสัย แก้ไขการกิน 3) เอวกีว หุ่นดี เป้าหมาย 4) ตัวตน คนอ้วน 5) เยี่ยมบ้าน 6) เดินพญานาค 7) ปิรามิด เพื่อสุขภาพ 8) เคล็ดลับ ไม่กลับมาอ้วน และ 9) หุ่นสวย ด้วยบัดดี้ และ 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งการทดสอบโดยรวม (Multivariate Test) และการทดสอบทีละตัวแปร (Univariate Test)

สรุปว่า การนอนไม่เพียงพอมีผลต่อภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนและจากปัญหาของโรคอ้วนก็ส่งผลถึงโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด ถ้าไม่ออกกำลังกายและได้ผลพวงของโรคจากความอ้วนเป็นของแถม นอกจากการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายแล้ว ก็ควรนอนหลับให้ได้อย่างน้อย 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อวัน จะดีต่อสุขภาพที่สุด

2.5.5.4 การวัด

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการนอน ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (2555, น. 25)

2.5.6 ปัจจัยด้านรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต

2.5.6.1 ความหมายของการดำเนินชีวิต

วิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยที่ลักษณะของพฤติกรรมต่าง ๆ จะเป็นตัวบ่งบอกถึง รูปแบบการดำเนินชีวิต แต่ละแบบ เช่น พฤติกรรมในการเข้าสังคม ในการบริโภค ในการหาความบันเทิง การพักผ่อนหย่อนใจใช้เวลาว่าง และการแต่งตัว ล้วนเป็นส่วนประกอบของรูปแบบการดำเนินชีวิต รูปแบบการดำเนินชีวิตจะถูกดำเนินเป็นอุปนิสัย เป็นวิธีประจำที่กระทำสิ่งต่าง ๆ

2.5.6.2 แนวคิดทฤษฎี

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายวิถีชีวิต คือ นิสัยหรือแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่มีความคงที่ภายใน สะท้อนทัศนคติ และค่านิยมของบุคคลหรือวัฒนธรรมทั้งในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคม และองค์ทางสังคม (WHO, 1981)

Pender (1996, pp. 66-73) กล่าวถึง วิถีชีวิตว่าหมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สนับสนุนซึ่งกันและกันในการก่อให้เกิดวิถีชีวิตที่มีสุขภาพที่ดี พฤติกรรมป้องกันโรคหมายถึง แนวโน้มของการคงสภาพของมนุษย์ โดยมุ่งลดโอกาสที่จะเจ็บป่วยน้อยลง สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการเสริมสร้างความรับผิดชอบ และเพิ่มศักยภาพให้กับประชาชน ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง โดยเฉพาะการเสริมสร้างสุขภาพและปรับเปลี่ยนลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนเพิ่มศักยภาพให้สามารถควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

วิถีชีวิตจึงเป็นการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นสมำเสมอ เป็นนิสัยซึ่งสะท้อนทัศนคติและวัฒนธรรมของบุคคล เป็นเอกลักษณ์ของบุคคลในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ การดูแลสุขภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมด้วยเช่นกัน ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลทั้งที่สังเกตได้และไม่ได้ ซึ่งจะต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรมโดยได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว รวมทั้งสถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต ดังนั้นพฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก วัดได้ และสังเกตได้ ส่วนพฤติกรรมภายในเป็นพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสมและสั่งการทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

2.5.6.3 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Pender (1989) ในบุคคลทั่วไปพบว่า วิธีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ แบบแผนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย วิธีเผชิญความเครียด การพักผ่อนนอนหลับ นันทนาการ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ส่วนการรับประทานอาหารมากเกินไป และออกกำลังกายไม่เพียงพอ ทำให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งสัมพันธ์กับโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดตีบ เบาหวานและความดันโลหิตสูง

Walker, Valkan, Sechrist and Pender (1988, p. 1) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกับผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุซึ่งถือว่าเป็นลักษณะทางสังคม ประชากรที่มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตโดยวัด 6 ด้านของวิถีการดำเนินชีวิต โดยใช้ HPLP กลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คนอายุระหว่าง 18 ถึง 88 ปี ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อตนเอง การเลือกรับประทานอาหารและการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ

กมลวรรณ สาคร (2557) ศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผล รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและส่งผลทางอ้อม ต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุ 8 ปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกินในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 395 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตามระดับชั้น อย่างเป็นสัดส่วน Proportional Stratified Random Sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) และใช้รูปแบบการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) ระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ นำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คน ใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้งให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มทดลองคือ ประชาชนผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินในตำบลนาตง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 คน เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการ

วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA) โดยใช้ค่าวัตรอบแหว เป็นตัวแปรควบคุม (Covariate) ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้ ด้านแรงจูงใจ (0.15) และด้านความตระหนัก (0.15) ด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร (0.14) ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน (0.13) ด้านพฤติกรรมกรเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.11) ด้านความกระตือรือร้นมุ่งมั่น(0.11) 2) รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชนจังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนา รูปแบบการจัดการ จำนวน 9 กิจกรรม คือ 1) เรียนรู้ สู้อ้วน 2) ปรับนิสัย แก้ไขการกิน 3) เอาแก้วหุนตี เป้าหมาย 4) ตัวตน คนอ้วน 5) เยี่ยมบ้าน 6) เดินพญานาค 7) พีรามิด เพื่อสุขภาพ 8) เคล็ดลับไม่กลับมาอ้วน และ 9) หุ่นสวย ด้วยบัดดี้ และ 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยรอบแหวกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งการทดสอบโดยรวม (Multivariate Test) และการทดสอบทีละตัวแปร (Univariate Test)

2.5.6.4 การวัด

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต โดยการปรับใช้แบบสอบถาม ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง

2.5.7 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ

2.5.7.1 ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าโดยจงใจให้กระทำหรือดิ้นรนเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์บางอย่างซึ่งจะเห็นได้พฤติกรรมที่เกิดจากการจูงใจเป็นพฤติกรรมที่มีใช่เป็นเพียงการตอบสนองสิ่งเร้าปกติธรรมดา ยกตัวอย่างลักษณะของการตอบสนองสิ่งเร้าปกติคือ การขานรับเมื่อได้ยินเสียงเรียก แต่การตอบสนองสิ่งเร้าจัดว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการจูงใจ

แรงจูงใจ คือ พลังผลักดันให้คนมีพฤติกรรมและยังกำหนดทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรมนั้นด้วย คนที่มีแรงจูงใจสูง จะใช้ความพยายามในการกระทำไปสู่เป้าหมายโดยไม่ลดละแต่คนที่มีแรงจูงใจต่ำ จะไม่แสดงพฤติกรรม หรือไม่ก็ล้มเลิก การกระทำ ก่อนบรรลุเป้าหมาย

Flippo (1971, p. 70) ได้ให้ความหมาย การจูงใจว่าการกระตุ้นหรือเร้า เพื่อให้เกิดอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของคน อันจะเป็นผลให้คนที่เกิดความรู้สึกภายในที่เป็นพลัง ที่จะดำเนินการใด ๆ หรือแสดงพฤติกรรมให้มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ทั้งนี้การกระตุ้นหรือการเร้า ที่จะดำเนินการเพื่อสนองความต้องการหรือความปรารถนาต่าง ๆ ให้เป็นที่พอใจนั้นจะมีทั้งที่ด้วยวิธีการเชิงบวกและเชิงลบ

2.5.7.2 แนวคิดทฤษฎี

แรงจูงใจจะทำให้แต่ละบุคคลเลือกพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เหมาะสมที่สุดในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป พฤติกรรมที่เลือกแสดงนี้ เป็นผลจากลักษณะในตัวบุคคล สภาพแวดล้อม ดังนี้

- 1) ความต้องการจะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการนั้น
- 2) ค่านิยมที่เป็นคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ เช่น ค่านิยมทางเศรษฐกิจ สังคม ความงาม จริยธรรม วิชาการเหล่านี้จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดแรงขับของพฤติกรรมตามค่านิยมนั้น
- 3) ทักษะที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็มีผลต่อพฤติกรรมนั้น เช่น ถ้ามีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน ก็จะทำงานด้วยความทุ่มเท
- 4) ความมุ่งหวังที่ต่างระดับกันก็เกิดแรงกระตุ้นที่ต่างระดับกันด้วย คนที่ตั้งระดับความมุ่งหวังไว้สูงจะพยายามมากกว่าผู้ที่ตั้งระดับความมุ่งหวังไว้ต่ำ
- 5) การแสดงออกของความต้องการในแต่ละสังคมจะแตกต่างกันออกไปตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมของตน ยิ่งไปกว่านั้นคนในสังคมเดียวกัน ยังมีพฤติกรรมในการแสดงความต้องการที่ต่างกันอีกด้วยเพราะสิ่งเหล่านี้เกิดจากการเรียนรู้ของตน
- 6) ความต้องการอย่างเดียวกัน ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้
- 7) แรงจูงใจที่แตกต่างกัน ทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมือนกันได้
- 8) พฤติกรรมอาจสนองความต้องการได้หลาย ๆ ทาง และมากกว่าหนึ่งอย่างในเวลาเดียวกัน เช่นตั้งใจทำงาน เพื่อไว้ขึ้นเงินเดือนและได้ชื่อเสียงเกียรติยศ ความยกย่องและยอมรับจากผู้อื่น

ลักษณะของแรงจูงใจ มี 2 ลักษณะคือ

1) แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motives)

แรงจูงใจภายในเป็นสิ่งผลักดันจากภายในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นเจตคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ความตั้งใจ การมองเห็นคุณค่า ความพอใจ ความต้องการ สิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวมาเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมค่อนข้างถาวร เช่น คนงานที่เห็นคุณค่าของงาน มองว่าองค์การคือสถานที่ให้ชีวิตแก่เขาและครอบครัว เขาก็จะจงรักภักดีต่อองค์การ กระทำการต่าง ๆ ให้องค์การเจริญก้าวหน้า หรือในกรณีที่บ้านเมืองประสบปัญหาเศรษฐกิจ ในช่วงเวลาของเศรษฐกิจขาลง องค์การจำนวนมากอยู่ในภาวะขาดทุน ไม่มีเงินจ่ายค่าตอบแทน แต่ด้วยความผูกพัน เห็นใจกันและกัน ทั้งเจ้าของกิจการและพนักงานต่างร่วมกันค้าขายอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ ทั้งประเภทแซนวิช กวยเตี๋ยว เพียงเพื่อให้มีรายได้ประทังกันไปทั้งผู้บริหารและลูกน้อง และในภาวะดังกล่าวนี้จะเห็นว่าพนักงานหลายรายที่ไม่ทิ้งเจ้านาย ทั้งเต็มใจไปทำงานวันหยุดโดยไม่มีค่าตอบแทน ถ้าการกระทำดังกล่าวเป็นไปโดย เนื่องจากความรู้สึก หรือเจตคติที่ดีต่อเจ้าของกิจการ หรือด้วยความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกคนหนึ่งขององค์การ มิใช่เพราะเกรงจะถูกไล่ออกหรือไม่มีที่ไป ก็กล่าวได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจภายใน

2) แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motives)

แรงจูงใจภายนอกเป็นสิ่งผลักดันภายนอกตัวบุคคลที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม อาจจะเป็นการได้รับรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม การได้รับการยอมรับยกย่อง แรงจูงใจนี้ไม่คงทนถาวรต่อพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองสิ่งจูงใจดังกล่าวเฉพาะในกรณีที่ต้องการรางวัล ต้องการเกียรติ ชื่อเสียง คำชม การยกย่อง การได้รับการยอมรับ ตัวอย่างแรงจูงใจภายนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น การที่คนงานทำงานเพียงเพื่อแลกกับค่าตอบแทนหรือเงินเดือน การแสดงความขยันตั้งใจทำงานเพียงเพื่อให้หัวหน้างานมองเห็นแล้วได้ความดีความชอบ เป็นต้น

ที่มาของแรงจูงใจ แรงจูงใจมีที่มาจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น อาจจะเป็นเนื่องมาจากความต้องการ หรือแรงขับ หรือสิ่งเร้าใจ หรือภาวะการตื่นตัวในบุคคล หรืออาจจะเป็นเนื่องมาจากการคาดหวัง หรือบางครั้งบางคราวก็อาจเป็นแรงจูงใจไร้สำนึก คือ เนื่องมาจากการเก็บกดซึ่งบางทีเจ้าตัวก็ไม่วู้ตัว จะเห็นได้ว่าการสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในคนเรานั้นไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอน เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์มีความซับซ้อน แรงจูงใจอย่างเดียวกันอาจทำให้เกิดพฤติกรรมต่างกัน แรงจูงใจ

ต่างกันอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเหมือนกัน พฤติกรรมอย่างหนึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจหลายอย่าง และในบุคคลต่างสังคม ก็มักมีแรงจูงใจต่างกัน เนื่องจากสังคมที่ต่างกัน มักทำให้เกิดแรงจูงใจต่างกัน

ในที่นี้จะกล่าวถึงที่มาของแรงจูงใจแต่ละอย่างโดยสังเขปเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน ซึ่งมีที่มาของแรงจูงใจบางอย่างนั้นจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ไม่สามารถแยกจากกันโดยเด็ดขาดได้

1. ความต้องการ

ความต้องการ (Needs) เป็นสภาพที่บุคคลขาดสมดุล เกิดแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อสร้างสมดุลให้ตัวเอง เช่น คนที่รู้สึกเหนื่อยล้าโดยการนอน หรือนั่งพัก หรือเปลี่ยนบรรยากาศ เปลี่ยนอิริยาบถ ดูหนังฟังเพลง คนที่ถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว เกิดความต้องการความรักความสนใจจากผู้อื่น เป็นแรงผลักดันให้คน ๆ นั้น กระทำการบางอย่างเพื่อให้ได้รับความรักความสนใจ ความต้องการมีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรม กล่าวได้ว่าสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อบรรลุจุดหมายปลายทางที่ต้องการนั้น ส่วนใหญ่เกิดเนื่องมาจากความต้องการของบุคคล ความต้องการในคนเรามีหลายประเภท นักจิตวิทยาแต่ละท่านจะอธิบายเรื่องความต้องการในรูปแบบต่าง ๆ กันแต่โดยทั่วไปแล้ว เราอาจแบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.1 ความต้องการทางกาย (Physical Needs) เป็นความต้องการที่เกิดจากธรรมชาติของร่างกาย เช่น ต้องการกินอาหาร หายใจ ขับถ่ายของเสีย การเคลื่อนไหว พักผ่อน และต้องการทางเพศ ความต้องการทางกายทำให้เกิดแรงจูงใจให้บุคคลกระทำการเพื่อสนองความต้องการดังกล่าว เรียกแรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการทางกายนี้ว่า แรงจูงใจทางชีวภาพ หรือทางสรีระ (Biological Motives)

1.2 ความต้องการทางสังคมหรือความต้องการทางจิตใจ (Social or Psychological Needs) เป็นความต้องการที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม เช่น ต้องการความรัก ความมั่นคงปลอดภัย การเป็นที่ยอมรับในสังคม ต้องการอิสรภาพ ความสำเร็จในชีวิต และตำแหน่งทางสังคม ความต้องการทางสังคมหรือทางจิตใจดังกล่าวนี้ เป็นเหตุให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่จุดหมายปลายทางได้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการดังกล่าวคือ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่เรียกว่าแรงจูงใจทางสังคม (Social Motives)

2. แรงขับ

แรงขับ (Drives) เป็นแรงผลักดันที่เกิดจากความต้องการทางกาย และสิ่งเร้าจากภายในตัวบุคคล ความต้องการ และแรงขับมักเกิดควบคู่กัน คือ เมื่อเกิดความต้องการแล้วความต้องการนั้น ๆ ไป ผลักดันให้เกิดพฤติกรรม เราเรียกว่า เป็นแรงขับนอกจากนั้นแรงขับยังหมายถึงสภาพทางจิตวิทยาที่เป็นผลเนื่องมาจากความต้องการทางกาย เช่น ความหิวทำให้เกิดสภาพทางจิตวิทยาคือ ใจสั่น ตาลอย หงุดหงิด อารมณ์เสีย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดในหน่วยงาน เช่น การเร่งร้อนหาข้อสรุปจากการประชุมในบรรยากาศที่ผู้เข้าประชุมทั้งหิว ทั้งเหนื่อย แทนที่จะได้ข้อสรุปที่ดี บางครั้งกลับก่อให้เกิดปัญหาขัดแย้ง ไม่ได้รับผลสำเร็จตามที่ต้องการ หรือเพราะด้วยความหิว ความเหนื่อย ทำให้รีบสรุปและตกลงเรื่องงานโดยขาดการไตร่ตรอง เพื่อจะได้รับประทานอาหารและพักผ่อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่องานได้ แต่ในบางกรณี บุคคลบางคนก็อาจฉวยโอกาสของการที่คนในที่ประชุมอยู่ในภาวะมีแรงขับด้านความหิว ความเหนื่อย มาเป็นประโยชน์ให้ลงมติบางเรื่องโดยง่ายและรวดเร็วเพื่อประโยชน์ต่องาน

3. สิ่งล่อใจ

สิ่งล่อใจ (Incentives) เป็นสิ่งชักนำบุคคลให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ จัดเป็นแรงจูงใจภายนอก เช่น การชักจูงให้คนงานมาทำงานอย่างสม่ำเสมอ โดยยกย่องพนักงานที่ไม่ขาดงานให้เป็นที่ปรากฏ การประกาศเกียรติคุณ หรือการจัดสรรรางวัลในการคัดเลือกพนักงานหรือบุคคลดีเด่นประจำปี การจัดทำเนียบ “Top Ten” หรือสิบสาขาดีเด่นขององค์กร การมอบโล่รางวัลแก่ฝ่ายงานที่มีผลงานยอดเยี่ยมในรอบปี ฯลฯ ตัวอย่างที่ยกมาเหล่านี้ จัดเป็นการใช้สิ่งล่อใจมาสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้เกิดแก่พนักงานขององค์กรทั้งสิ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าสิ่งล่อใจนั้นอาจเป็นวัตถุ เป็นสัญลักษณ์ หรือเป็นคำพูดที่ทำให้บุคคลพึงพอใจ

4. การตื่นตัว

การตื่นตัว (Arousal) เป็นภาวะที่บุคคลพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม สมองพร้อมที่จะคิด กล้ามเนื้อพร้อมที่จะเคลื่อนไหว นักกีฬาที่อุ่นเครื่องเสร็จพร้อมที่จะแข่งขันหรือเล่นกีฬา พนักงานต้อนรับที่พร้อมให้บริการแก่ลูกค้า ฯลฯ ลักษณะดังกล่าวนี้เปรียบเหมือนเครื่องยนต์ที่ติดเครื่องพร้อมจะทำงาน บุคลากรในองค์กรถ้ามีการตื่นตัวในการทำงาน ย่อมส่งผลให้ทำงานได้ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาธรรมชาติ พฤติกรรมของมนุษย์พบว่า การตื่นตัวมี 3 ระดับ คือ การตื่นตัวระดับสูง การตื่นตัวระดับกลาง และการตื่นตัวระดับต่ำ ระดับที่นักจิตวิทยาค้นพบว่าดีที่สุดได้แก่การตื่นตัว

ระดับกลาง ถ้าเป็นการตื่นตัวระดับสูง จะตื่นตัวมากไปจนกลายเป็นตื่นตกใจ หรือตื่นเต้น ขาดสมาธิในการทำงาน ถ้าตื่นตัวระดับต่ำก็มักทำงานเฉื่อยชา ผลงานเสร็จช้า และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลตื่นตัวมีทั้งสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายในตัวได้แก่ ลักษณะส่วนตัวของบุคคลแต่ละคนที่มีต่าง ๆ กัน ทั้งในส่วนที่เป็นบุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย และระบบสรีระภายในของผู้นั้น

นักจิตวิทยาที่ทำการศึกษารื่องการตื่นตัวในเชิงสรีระที่มีชื่อเสียงได้แก่ Donald O.Hebb ซึ่งได้ทำการศึกษาไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1955 และค้นคว้าเพิ่มเติมติดต่อกันเรื่อยมา ผลงานล่าสุดเท่าที่ค้นคว้าได้มีถึง ค.ศ.1972 เขากล่าวว่า การตื่นตัวกับอารมณ์ของมนุษย์มีความสัมพันธ์กัน และในขณะที่ตื่นตัวการทำงานทางสรีระของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลง เช่น การเต้นของหัวใจจะแรงขึ้น กล้ามเนื้อจะเกร็ง ระบบประสาทอัตโนมัติอยู่ในภาวะพร้อมจะทำงานเต็มที่ ซึ่งนักจิตวิทยามักเรียกภาวะพร้อมของคนดังกล่าวนี้ว่า “ปฏิกิริยาพร้อมสู้ และพร้อมหนี” ซึ่งคำกล่าวนี้ เป็นการเปรียบเทียบอาการตื่นตัวของหมีป่า ถ้ามันจมนุ่มมันก็พร้อมสู้กับศัตรู ดังคำกล่าวที่ว่า “สุนัขจรตรอก” แต่ถ้ามันมองเห็นช่องทางหนีมันก็จะหลบเร้นออกจากการต่อสู้ นั่นคือพร้อมที่จะทำได้ทุกรูปแบบ

5. การคาดหวัง

การคาดหวัง (Expectancy) เป็นการตั้งความปรารถนาหรือการพยากรณ์ล่วงหน้าของบุคคลในสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปตัวอย่างเช่น การที่คนงานคาดหวังว่าพวกเขาจะได้รับโบนัสประจำปีสัก 4-5 เท่าของเงินเดือน การคาดหวังดังกล่าวนี้ส่งผลให้พนักงานดังกล่าวกระปรี้กระเปร่า มีชีวิตชีวา ซึ่งบางคนก็อาจจะสมหวัง และมีอีกหลายคนที่ผิดหวังในชีวิตจริงของคนเราโดยทั่วไป สิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นมักไม่ตรงกันเสมอไป ช่วงห่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ถ้าห่างกันมากก็อาจทำให้คนงานคับข้องใจ และเกิดปัญหาขัดแย้งอื่นๆ ตามมา เจ้าของกิจการหรือผู้บริหารงานจึงควรระวังในเรื่องดังกล่าวที่จะต้องมีการสื่อสาร สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในกันและกัน การสร้างความหวังหรือการปล่อยให้พนักงานคาดหวังลม ๆ แล้ง ๆ โดยที่สภาพความเป็นจริงทำไม่ได้ อาจจะทำให้เกิดปัญหาที่ยากที่คาดไม่ถึงในเวลาต่อไป ดังตัวอย่างที่เห็นได้จากการที่กลุ่มคนงานของบริษัทใหญ่บางแห่งรวมตัวกันต่อต้านผู้บริหารและเผาโรงงานเนื่องมาจากไม่พอใจที่ไม่ได้โบนัสประจำปีตามที่คาดหวังไว้ว่าควรจะได้

การคาดหวังก่อให้เกิดแรงผลักดันหรือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญต่อพฤติกรรมอีกส่วนหนึ่ง ในองค์การถ้าได้มีการกระตุ้นให้พนักงานทำงานโดยวางแผนและเป้าหมาย ตั้งระดับของผลงานตามที่ควรจะเป็น อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยยกระดับมาตรฐานของผลงานของพนักงานซึ่งเมื่อได้

ผลงานดีขึ้นผู้บริหารก็พิจารณาผลตอบแทนที่ใกล้เคียงกับสิ่งที่พนักงานคาดว่าจะได้ เช่นนี้นับว่าได้รับประโยชน์พร้อมกันทั้งฝ่ายเจ้าของกิจการและผู้ปฏิบัติงาน

6. การตั้งเป้าหมาย

การตั้งเป้าหมาย (Goal Settings) เป็นการกำหนดทิศทางและจุดมุ่งหมายปลายทางของการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของบุคคล จัดเป็นแรงจูงใจจากภายในของบุคคลผู้นั้น ในการทำงานธุรกิจที่มุ่งเพิ่มปริมาณและคุณภาพ ถ้าพนักงานหรือนักธุรกิจมีการตั้งเป้าหมายในการทำงาน จะส่งผลให้ทำงานอย่างมีแผนและดำเนินไปสู่เป้าหมายดังกล่าวเสมือนเรือที่มีหางเสือ ซึ่งในชีวิตประจำวันของคนเรานั้นจะเห็นว่ามีคนบางคนที่ทำอะไรก็มักประสบความสำเร็จหรือไม่สำเร็จ ดังกล่าวอาจจะมีหลายประการ แต่ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลมากต่อความสำเร็จในการทำงาน คือการตั้งเป้าหมายในการทำงานแต่ละงานไว้ล่วงหน้า ซึ่งเจ้าของกิจการหรือผู้บริหารงาน ควรสนับสนุนให้พนักงานทำงานอย่างมีเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อความเจริญก้าวหน้าขององค์กร และตัวของพนักงานเอง

ที่กล่าวมาทั้งหมดในเรื่องที่มาของแรงจูงใจ ซึ่งได้แก่ ความต้องการ แรงขับ สิ่งล่อใจ การตื่นตัว การคาดหวัง และการตั้งเป้าหมาย จะเห็นได้ว่าค่อนข้างยากที่จะกล่าวอธิบายแต่ละเรื่องแยกจากกันโดยเอกเทศ ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละเรื่องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ตัวอย่างเช่น ความต้องการทำให้เกิดภาวะขาดสมดุลภายในร่างกายหรือจิตใจ มนุษย์อยู่ในภาวะขาดสมดุลไม่ได้ ต้องหาทางสนองความต้องการเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ส่งผลให้เกิดแรงขับหรือแรงผลักดันพฤติกรรม ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมอย่างมีทิศทาง มุ่งไปสู่เป้าหมาย เมื่อบรรลุเป้าหมายแล้ว แรงผลักดันพฤติกรรมก็ลดลง ภาวะสมดุลก็กลับคืนมาอีกครั้งหนึ่ง จากคำอธิบายดังนี้จะเห็นได้ว่าที่มาของแรงจูงใจหลายเรื่องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

ธรรมชาติของแรงจูงใจ (The Nature of Motivation) การจูงใจมีลักษณะที่เด่นชัดสามอย่างคือ

1. สภาวะบางอย่างที่กำลังจูงใจอยู่ในคนๆ นั้น ได้ผลักดันให้เขาไปสู่เป้าประสงค์
2. พฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นความพยายามเพื่อบรรลุเป้าประสงค์นั้น และ
3. การบรรลุผลสำเร็จของเป้าประสงค์ดังกล่าว

ลักษณะสามประการของการจูงใจนี้มักเกิดขึ้นเป็นวงกลม หรือวัฏจักร กล่าวคือ ภาวะที่กำลังจูงใจก่อให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมนำไปสู่เป้าประสงค์ และเมื่อถึงเป้าประสงค์แล้วแรงจูงใจจะหมดไปหรือลดลง อย่างน้อยก็ชั่วคราว

ขั้นที่ 1 คือสิ่งที่เรียกว่าแรงจูงใจ (Motive) คำนี้มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน ซึ่งแปลว่า เคลื่อนไหว ดังนั้นการจูงใจจึงมีลักษณะเหมือนกับตัวเคลื่อนไหวของพฤติกรรม (Mover of Behavior) มีคำอีกสองคำที่ถูกนำมาใช้ เกี่ยวกับเรื่องนี้คือ แรงขับ (Drive) และความต้องการ (Need) แรงขับมักจะเกี่ยวข้องกับแรงกระตุ้นทางสรีรวิทยา เช่น ความหิว ความกระหาย และเพศ ความต้องการมักถูกนำมาใช้กับแรงจูงใจสำหรับความสัมฤทธิ์ที่ซับซ้อนมากกว่า เช่น ความรัก ความอบอุ่นทางจิตใจ สถานภาพ การยอมรับทางสังคม และอื่น ๆ แม้ว่าแรงจูงใจทั้งหมดจะเป็นสภาวะภายในของอินทรีย์ก็ตาม สิ่งเหล่านี้มักจะถูกช่วยโดยสิ่งเร้าภายนอก ตัวอย่าง การซื้อคูปองที่เจ็บปวดจะก่อให้เกิดแรงจูงใจเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งนี้ ดังนั้นแรงจูงใจจึงไม่ได้เกิดขึ้นจากภายในคนเราเท่านั้น แต่ยังสามารถมาจากรีในสิ่งแวดล้อมด้วย

ขั้นที่ 2 คือพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งถูกกระตุ้นโดยแรงขับหรือความต้องการ พฤติกรรมเช่นนี้บางทีเรียกว่า Instrumental หรือ Operant Behavior เพราะมีการมุ่งไปที่เป้าประสงค์จนก่อให้เกิดความพอใจแก่แรงจูงใจที่แฝงอยู่ ตัวอย่างถ้าคนกระหายน้ำเขาก็ต้องแสดงพฤติกรรมในการแสวงหาน้ำมาดื่ม

ขั้นที่ 3 คือการบรรลุเป้าประสงค์ (Goal) เมื่อคนกระหายน้ำพบน้ำ (เป้าประสงค์) เขาจะดื่มจนความกระหายหมดไป (Relief) ทำให้วัฏจักรของการจูงใจหยุดลงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง

ทฤษฎีแรงจูงใจ และการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการสร้างแรงจูงใจมีมากมาย ในที่นี้ผู้วิจัยจะยกมากล่าวโดยเฉพาะที่ผู้วิจัยศึกษาแล้วเกี่ยวข้องและนำมาประยุกต์ใช้กับงานวิจัย ซึ่งการสร้างแรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นตัวบุคคลที่มีภาวะโภชนาการเกินต้องเกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. ทฤษฎี X และทฤษฎี Y ของ Mc Gregor

Mc Gregor (1960, p. 56) ได้ชี้ให้เห็นถึงแบบของการบริหาร 2 แบบ คือ ทฤษฎี X ซึ่งมีลักษณะเป็นเผด็จการ และทฤษฎี Y หรือการมีส่วนร่วม แต่ละแบบเกี่ยวข้องกับสมมุติฐานที่มีต่อลักษณะของมนุษย์ดังนี้

1. ผู้บริหารแบบทฤษฎี X เชื่อว่า

- 1.1 มนุษย์โดยทั่วไปไม่ชอบการทำงาน และพยายามหลีกเลี่ยงงานถ้าสามารถทำได้
- 1.2 เนื่องจากการไม่ชอบทำงานของมนุษย์ มนุษย์จึงถูกควบคุม บังคับ หรือข่มขู่ให้ทำงาน ชอบให้สั่งการและใช้วิธีการลงโทษ เพื่อให้ใช้ความพยายามได้เพียงพอ และบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ
- 1.3 มนุษย์โดยทั่วไปพอใจกับการชี้แนะสั่งการหรือการถูกบังคับ ต้องการหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ มีความทะเยอทะยานน้อย และต้องการความมั่นคงมากที่สุด ผู้บริหารตามทฤษฎี X จึงต้องสร้างแรงจูงใจโดยการข่มขู่ และลงโทษ เพื่อให้ลูกน้องใช้ความพยายามให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์การ

ผู้บริหารแบบทฤษฎี Y มีความเชื่อว่า

1. การทำงานเป็นการตอบสนองของความพอใจ
2. การข่มขู่ด้วยวิธีการลงโทษไม่ได้เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการจูงใจให้คนทำงาน บุคคลที่ผูกพันกับการบรรลุถึงความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์การ จะมีแรงจูงใจด้วยตนเองและควบคุมตนเอง
3. ความผูกพันของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายขึ้นอยู่กับรางวัล และผลตอบแทนที่พวกเขาคาดหวังว่าจะได้รับเมื่อเป้าหมายบรรลุถึงความสำเร็จ
4. ภายใต้อสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน เป็นการจูงใจให้บุคคลยอมรับและแสวงหาความรับผิดชอบ มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน

ทฤษฎี Y เน้นถึงการพัฒนาตนเองของมนุษย์ ซึ่งให้เห็นว่ามนุษย์นั้นรู้จักตัวเองได้ถูกต้อง รู้จักความสามารถของตนเอง ผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจโดยการสร้างสรรค์สถานการณ์ที่จะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในการทำงาน ในการบริหารนั้น มีการนำทฤษฎีเชิงจิตวิทยามาใช้จำนวนมาก เพราะการบริหารเป็นการทำงานกับ “คน” และทฤษฎีจิตวิทยาก็พูดถึงเรื่อง “คน” การศึกษาทฤษฎีจิตวิทยาที่เกี่ยวกับการควบคุมกำกับพฤติกรรมของมนุษย์ การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน และภาวะผู้นำ จึงเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้บริหาร Douglas Mc Gregor ได้ค้นพบแนวคิด “พฤติกรรมองค์การ” และสรุปว่า กิจกรรมการบริหารจัดการล้วนมีสาเหตุรากฐานมาจากทฤษฎีพฤติกรรมมนุษย์ (Human Behaviors) ซึ่งเป็นไปตามกรอบทฤษฎี X และทฤษฎี Y คือ

ทฤษฎี X (Theory x) คือคนประเภทเกียจคร้าน ในการบริหารจึงควรใช้มาตรการ บังคับ มีระเบียบกฎเกณฑ์คอยกำกับ มีการควบคุมการทำงานอย่างใกล้ชิด และมีการลงโทษเป็นหลัก

ทฤษฎี Y (Theory y) คือคนประเภทขยัน ควรมีการกำหนดหน้าที่การทำงานที่ เหมาะสม ท้าทายความสามารถ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเชิงบวก และควรเปิดโอกาสให้มีส่วน ร่วมในการบริหารงาน

สรุป Douglas Mc Gregor เห็นว่าคนมี 2 ประเภท และการบริหารคนทั้ง 2 ประเภท ต้องใช้วิธีการบริหารแตกต่างกัน

2. ทฤษฎีการจูงใจที่เนื่องมาจากสิ่งเร้าของกลุ่มพฤติกรรมนิยม (Stimulus-Response Theory)

ทฤษฎีการจูงใจที่เนื่องมาจากสิ่งเร้าส่วนใหญ่เป็นของนักจิตวิทยาในกลุ่มพฤติกรรม นิยมผู้นำสำคัญในเรื่องนี้คือ B.F Skinner (1953) ซึ่งเชื่อว่าสิ่งเร้าเป็นตัวควบคุมพฤติกรรม นอกจาก จะให้ความสำคัญกับสิ่งเร้าแล้ว ยังเน้นความสำคัญของการใช้ตัวเสริมแรงหรือแรงเสริม โดยเห็นว่าทำ ให้เกิดพฤติกรรมที่มีความคงทนถาวร คำว่า”ตัวเสริมแรง” หรือ “แรงเสริม” เป็นสิ่งที่บุคคลชอบและ ต้องการ ซึ่งบุคคลได้รับภายหลังจากที่มีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา เมื่อได้รับแรงเสริมจากพฤติกรรม ดังกล่าวบุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมแบบเดิมอีกในเวลาต่อไป ตัวอย่างเช่น พนักงานใน องค์กรที่ทำยอดปริมาณงานได้สูงและมีคุณภาพแล้วได้รับรางวัล เขามีแนวโน้มจะทำงานให้ได้อีกใน เวลาต่อไป ดังนั้นเทคนิคการจูงใจตามทฤษฎีนี้ คือ ต้องใช้สิ่งเร้าภายนอกที่เหมาะสมมาทำให้เกิด พฤติกรรม อาจจะเป็นคำชักชวน เป็นงานท้าทายที่มอบให้ทำ ฯลฯ และเมื่อเกิดพฤติกรรมที่พึง ปรารถนาแล้วก็ให้แรงเสริมกับพฤติกรรมนั้น เพื่อให้แสดงพฤติกรรมที่ดีนั้น ๆ อีกในเวลาต่อไป คำว่า แรงเสริมนั้นอาจจะเป็นอะไรก็ได้ที่บุคคลต้องการซึ่งไม่สามารถระบุแน่นอนได้ ทั้งนี้โดยขึ้นอยู่กับแต่ละ บุคคลอาจเป็นคำชม เป็นการแสดงความสนใจ ยอมรับ การยกย่อง การให้เกียรติ หรืออาจเป็นการให้ รางวัลเป็นสิ่งของ เงินค่าตอบแทน หรือตำแหน่งงาน

ทฤษฎีและการศึกษาเรื่องการจูงใจที่กล่าวมาในที่นี่ เป็นเพียงส่วนหนึ่งจากทฤษฎี และการศึกษาเรื่องการจูงใจจำนวนมาก โดยเลือกนำมากล่าวเพื่อให้ผู้ศึกษาได้เข้าใจเรื่องการจูงใจใน ลักษณะที่จะเลือกนำไปประยุกต์ใช้ในงานได้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะต้องเลือกไปใช้ให้เหมาะสมกับบุคคล และสถานการณ์ในทฤษฎีและการศึกษาบางเรื่อง อาจไม่ถึงขั้นเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานได้

อาจเป็นแต่เพียงช่วยให้ผู้ศึกษาได้แนวทางสร้างบรรยากาศที่ดีและเหมาะสมต่อการทำงาน ซึ่งก็นับว่าเป็นการประยุกต์ทฤษฎีและการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในงานได้อีกส่วนหนึ่ง

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับสมดุลภาพและแรงขับ (Homeostasis and Drive Theory)

พื้นฐานเกี่ยวกับ มโนภาพของแรงขับ คือ หลักการของสมดุลภาพ (Homeostasis) ซึ่งหมายถึง ความโน้มเอียงของร่างกาย ที่จะทำให้สิ่งแวดล้อมภายในคงที่อยู่เสมอ ตัวอย่าง คนที่มีสุขภาพดีย่อมสามารถ ทำให้อุณหภูมิใน ร่างกายคงที่อยู่ได้ใน ระดับปรกติไม่ว่าจะอยู่ในอากาศร้อนหรือหนาว ความหิว และความกระหาย แสดงให้เห็นถึงกลไกเกี่ยวกับ สมดุลภาพเช่นกัน เพราะว่าแรงขับดังกล่าว จะไปกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อก่อให้เกิดความสมดุลของส่วนประกอบหรือสารบางอย่างในเลือด ดังนั้นเมื่อเรามองในทัศนะของสมดุลภาพ ความต้องการเป็นความไม่สมดุลทางสรีรวิทยา อย่างหนึ่งอย่างใดหรือเป็น การเบี่ยงเบนจากสภาวะที่เหมาะสม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามมาก็คือแรงขับ เมื่อความไม่สมดุลทางสรีรวิทยา คืบสู่ภาวะปกติ แรงขับจะลดลงและการกระทำ ที่ถูกกระตุ้นด้วยแรงจูงใจก็จะหยุดลงด้วย นักจิตวิทยาเชื่อว่า หลักการของสมดุลภาพมิได้เป็นเรื่องของสรีรวิทยาเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับจิตใจด้วย กล่าวคือความไม่สมดุลทางสรีรวิทยา หรือทางจิตใจ (Physiological or Psychological Imbalance) มีส่วนจูงใจพฤติกรรม เพื่อให้ภาวะสมดุลกลับคืนมาเช่นเดิม

4. ทฤษฎีของความต้องการและแรงขับ (Theory of Needs and Drives)

เมื่อทฤษฎีของสัญชาตญาณซึ่งจะได้กล่าวต่อไปนั้นได้รับความนิยมนลดลง ได้มีผู้เสนอแนวความคิดของแรงขับขึ้นมาแทน แรงขับ (Drive) เป็นสภาพที่ถูกยั่วยุอันเกิดจากความต้องการ (Need) ทางร่างกายหรือเนื้อเยื่อบางอย่าง เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ ออกซิเจน หรือการหลีกหนีความเจ็บปวด สภาพที่ถูกยั่วยุเช่นนี้จะจูงใจอินทรีย์ให้เริ่มต้นแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น เช่น การขาดอาหารก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีบางอย่างในเลือด แสดงให้เห็นถึงความต้องการสำหรับอาหาร ซึ่งต่อมามีผลทำให้เกิดแรงขับ อันเป็นสภาพของความยั่วยุหรือความตึงเครียด อินทรีย์จะพยายามแสวงหาอาหารเพื่อลดแรงขับนี้ และเป็นการตอบสนองความต้องการไปในตัวด้วย บางครั้งความต้องการและแรงขับอาจถูกใช้แทนกันได้ แต่ความต้องการมักจะหมายถึง สภาพสรีรวิทยาของการที่เนื้อเยื่อขาดสิ่งที่จำเป็นบางอย่าง ส่วนแรงขับหมายถึงผลที่เกิดตามมาทาง สรีรวิทยาของความต้องการ ความต้องการและแรงขับเคียงคู่กัน แต่ไม่เหมือนกัน

5. ทฤษฎีเกี่ยวกับเหตุกระตุ้นใจ (Incentive Theory)

ในระยะต่อมาคือ ราว ค.ศ. 1950 นักจิตวิทยาหลายท่านเริ่มไม่พอใจทฤษฎีเกี่ยวกับการลดลงของแรงขับ (Drive - Reduction Theory) ในการอธิบายการจูงใจของพฤติกรรมทุกอย่าง จะเห็นได้ชัดว่าสิ่งเร้าจากภายนอกเป็นตัวกระตุ้นของพฤติกรรมได้ อินทรีย์ไม่เพียงแต่ถูกผลักดันให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ โดยแรงขับภายในเท่านั้น เหตุกระตุ้นใจหรือเครื่องชวนใจ (Incentives) บางอย่างก็มี ความสำคัญในการยั่วยุพฤติกรรม เราอาจมองการจูงใจได้ในฐานะเป็นการกระทำระหว่างกัน (Interaction) ของวัตถุที่เป็นสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมกับสภาพทางสรีรวิทยาของอินทรีย์อย่างหนึ่ง โดยเฉพาะ คนที่ไม่รู้สึกหิวอาจถูกกระตุ้นให้เกิดความหิวได้ เมื่อเห็นอาหารที่อร่อยในร้านอาหาร ในกรณีนี้เครื่องชวนใจคือ อาหารที่อร่อยสามารถกระตุ้นความหิวรวมทั้งทำให้ความรู้สึกเช่นนี้ลดลง สนุกที่กินอาหารจนอิ่ม อาจกินอีกเมื่อเห็นสุนัขอีกตัวกำลังกินอยู่ กิจกรรมที่เกิดขึ้นมิได้เป็นเรื่องของแรงขับภายใน แต่เป็นเหตุการณ์ภายนอก พนักงาน พอได้ยินเสียงกริ่งโทรศัพท์ก็รีบยกหูขึ้นพูด ตั้งนั้น จึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมที่มีการจูงใจ อาจเกิดขึ้นภายใต้การควบคุมของสิ่งเร้า หรือเหตุกระตุ้นใจ มากกว่าที่จะเกิดจากแรงขับ

6. ทฤษฎีและการศึกษาเรื่องแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ Mc Clelland

นักจิตวิทยาที่ศึกษาเรื่องแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ที่สำคัญมี 2 คน คือ เดวิด แมคคลีแลนด และจอห์น แอทคินสัน ซึ่งเน้นอธิบายการจูงใจของบุคคลที่กระทำการเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการความสำเร็จ มิได้หวังรางวัลตอบแทนจากการกระทำของเขา ซึ่งความต้องการความสำเร็จนี้ ในแง่ของการทำงานหมายถึงความต้องการทำงานที่ดี ทำงานนั้นให้ดีที่สุด และทำได้สำเร็จเมื่อทำได้สำเร็จแล้วจะเป็นแรงกระตุ้นให้ทำงานอื่นให้สำเร็จต่อไป ซึ่งจากที่กล่าวนี้จะเห็นได้ว่าพนักงานในองค์กรนั้น ถ้ามีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงไม่ว่าจะเป็นพนักงานระดับใด มักจะก้าวหน้าได้รวดเร็ว ในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีจากการศึกษาค้นคว้าของแมคคลีแลนด ซึ่งเป็นที่ยอมรับและกล่าวถึงกันโดยทั่วไป

จากผลการศึกษาวิจัย แมคคลีแลนดได้สรุปคุณลักษณะของคนที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง ว่าประกอบด้วยลักษณะต่อไปนี้ คือมีความต้องการรับผิดชอบมาก ไม่เกียจงาน และเมื่อเผชิญอุปสรรคก็มักค้นหาวิธีแก้ปัญหาให้ได้ ไม่ยอมแพ้ปัญหา ในองค์กรที่มีพนักงานลักษณะนี้มักเป็นพนักงานที่ทำงานคนเดียว หรือถ้าจะเลือกผู้ร่วมงานเขามักเลือกผู้มีความสามารถ ไม่เลือกโดยคำนึงถึงความเป็นพรรคพวกเดียวกัน ไม่เล่นพวก มีความต้องการผลสำเร็จสูง พนักงานลักษณะนี้มักตั้งเป้าหมายให้สูงเข้าไว้และพอใจกับการทำงาน ทำลายความสามารถเพื่อให้ถึงเป้าหมายนั้นให้ได้ ไม่

กลัวเหนื่อย ไม่คิดว่าตนทำงานมากกว่าคนอื่น มีความต้องการรับทราบผลการกระทำของตน พนักงานลักษณะนี้จะกระหายใคร่รู้ความคิดของคนอื่นมาก เขาอยากรู้ว่าคนอื่นคิดอย่างไรหรือรู้สึกอย่างไรกับผลงานของเขาและอยากรู้ว่าสิ่งที่เขาทำส่งผลต่องานของส่วนรวมหรือผู้อื่นอย่างไร ถ้าไม่ได้รับทราบจะกังวลใจ ถ้าทราบว่าให้ผลดีจะพึงพอใจและเป็นแรงกระตุ้นให้กระทำอย่างอื่นต่อไปด้วยคุณลักษณะของผู้มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง 3 ประการดังกล่าว เมื่อแมคคลีแลนด์ทำการศึกษาพนักงานในองค์กรที่มีลักษณะที่ว่ากันว่าพนักงานเหล่านี้เมื่อทำงานสำเร็จแล้ว เขาต้องการผลตอบแทนอย่างไร ผลการศึกษาพบว่าพนักงานไม่ต้องการแรงจูงใจอื่นใดอีกเพราะเขามีของเขาอยู่แล้ว แต่สิ่งที่ต้องการให้องค์กรจัดกระทำ คือ สภาพการทำงานที่เหมาะสมที่เอื้อให้เขาทำงานได้สำเร็จ ซึ่งจากการศึกษาของแมคคลีแลนด์และคนอื่น ๆ ได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจในเรื่องความต้องการของพนักงานที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง คือ พนักงานที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงมักต้องการทำงานที่มีลักษณะ 3 ประการด้วยกัน ดังนี้คือ

ประการที่ 1 พนักงานต้องการที่เปิดโอกาสให้เขารับผิดชอบเป็นส่วนเฉพาะของเขา เขามีอิสระที่จะตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเขาเอง

ประการที่ 2 พนักงานต้องการงานที่มีระดับยากง่ายพอดี ไม่ง่ายเกินไป หรือยากเกินไป กว่าความสามารถของเขา เขาเห็นว่า ถ้าง่ายเกินไปก็ประสบความสำเร็จระดับต่ำ ถ้ายากเกินไปก็อาจทำไม่สำเร็จ

ประการที่ 3 พนักงานต้องการงานที่มีความแน่นอนและต่อเนื่องของการได้รับทราบผลงานและความก้าวหน้าของเขา คือ ต้องการให้มีการสนับสนุนงานนั้น ๆ ให้ดำเนินไปได้ตลอด ต้องการการยอมรับในระดับที่พอดีในภาพรวมของผลงาน และโดยต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้เขาได้มีโอกาสแสดงผลงานได้เรื่อย ๆ เพื่อให้เห็นความก้าวหน้าและพิสูจน์ตนเอง

จากการศึกษาของแมคคลีแลนด์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการทำงานของพนักงานในองค์กรเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการทำงานของพนักงานช่วยให้ได้ผลงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สำหรับพนักงานที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง เงินเดือนหรือค่าตอบแทนหรือรางวัลเป็นสิ่งของอาจไม่สามารถดึงดูดใจเขาได้พอ สิ่งที่เขาต้องการคือลักษณะของงานที่เปิดโอกาสให้เขาได้รับความสำเร็จ

7. ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ (Need - Hirachy Theory) ของ Abraham H. Maslow

ตั้งบนสมมติฐานที่ว่ามนุษย์มีความต้องการตลอดเวลาและความต้องการของมนุษย์จะเป็นไปตามลำดับจาก 1) ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่เป็นพื้นฐานของชีวิต เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย 2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เป็นความต้องการความมั่นคงให้กับตนเอง เช่น การมีคนเอาใจใส่ดูแล หรือการจะไม่ถูกให้ออกจากงานโดยยุติธรรม 3) ความต้องการทางสังคม (Social Needs) เป็นความต้องการได้รับการยอมรับ หรือการได้รวมกลุ่มกับผู้อื่น 4) ความต้องการการยกย่อง (Esteem Needs) คือ การได้รับสถานภาพที่เป็นที่ยอมรับจากสังคมที่จะให้เกียรติยกย่องตน และ 5) ความต้องการประสบความสำเร็จ (The Needs for Self Actualization) เป็นความต้องการสูงสุดที่จะกระทำได้ในสิ่งที่เป็นความใฝ่ฝันของตนเอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองที่ระดับใดแล้ว จะเพิ่มความต้องการขึ้นไปในอีกระดับหนึ่งแต่หากความต้องการระดับใดยังไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลนั้นจะไม่ปรารถนาถึงความต้องการในระดับที่สูงกว่า

8. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2518 โดย Roger R.W. (1975, p. 91) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปี พ.ศ. 2526 โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ

ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล เช่น

1. ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived Probability)
3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)

จากองค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัว จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ในด้าน คือ

1. ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้
2. ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวนสถานการณ์ และเกิดความคาดหวังในการทบทวนสถานการณ์
3. ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทบทวนสถานการณ์
4. ความหวังในประสิทธิผลตน

สาระของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง เป็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติ ตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีประสิทธิผลของตนเอง ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง ประสิทธิผลของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในประสิทธิผลของตนเองในการปฏิบัติ ก็จะไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย องค์ประกอบตัวนี้จะทำให้ผลกระตุ้นทางด้านบวกกับบุคคล ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 3 ตัวที่เป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นในทางลบในลักษณะคุกคามสุขภาพ การให้ความสำคัญแก่โรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะเริ่มจากการประมวลผลลัพธ์ของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม อาจส่งผลเพิ่มหรือลดการปรับ

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น การหยุดสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ได้ประเมินว่า สิ่งคุกคามเนื่องจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ การไอระคายเคืองลำคอ ถ้าปล่อยไว้ความรุนแรงจะมาก และมีอาการอื่น ๆ รวมถึงมะเร็งในปอดบุคคลต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการดังกล่าว และจะมีอาการรุนแรงขึ้นถ้าหากไม่หยุดสูบบุหรี่ การขบคิดแก้ไข ปัญหาของบุคคล ขบวนการแก้ไขปัญหาคือปัจจัยกำหนดว่าจำเป็นหรือไม่ที่บุคคลนั้นต้องปรับท่าที การตอบสนอง สิ่งนี้เป็นเรื่องของการรับรู้ผลที่จะได้รับจากการตอบสนอง เพื่อที่จะขจัดสิ่งที่มาคุกคามตนเองอยู่ในขณะนี้ รวมถึงความสามารถของตนเองที่จะสามารถอดทนได้ หรือไม่ต่ออาการกระวนกระวายอันเกิดจากความต้องการสูบบุหรี่ เขาจะต้องใช้ความอดทนเพียงใดต่อขบวนการปรับตัวเพื่อได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของความต้องการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับ ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละคนซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้หรือไม่ บุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำได้ หรือขาดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองจะทำได้ มักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่าง ๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นจุดเด่นของทฤษฎีนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างการลดน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกาย และควบคุมการบริโภคอาหาร ถ้าต้องการจูงใจให้ ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการลดน้ำหนัก เช่นค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้น จำเป็นต้องสร้างมาตรฐานค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดี

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในทฤษฎี ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง และ ความหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความสัมพันธ์ระหว่างกันมาก โดยทั่ว ๆ ไป การยอมรับ และการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้อย่างสูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบมีดังนี้คือ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามสูงด้วย จะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำยิ่งสูงขึ้น แต่ในกรณีความสามารถในการปฏิบัติตามสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำน้อย การตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะน้อยลงไปด้วย โรเจอร์ นำ 4 องค์ประกอบ ข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วยตัวองค์ประกอบ

การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) การประเมินการทนรับสถานการณ์ (Coping Appraisal) ประกอบด้วยองค์ประกอบความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ข้อนี้ จะได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูล ข่าวสารดังนี้คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล (บุคลิก และประสบการณ์) ทำให้เกิดความตั้งใจจะปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติ การประเมินความน่ากลัว ต่อสุขภาพเป็นการประเมินปัจจัยที่เพิ่มหรือลด ความน่าจะเป็นในการทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นพฤติกรรมดังนี้ เช่น เริ่มต้นสูบบุหรี่ การเริ่มกินลูกอม หรือพฤติกรรมที่พบในปัจจุบัน เช่น ไม่ใส่เข็มขัดนิรภัย เป็นต้น ตัวแปรที่เพิ่มโอกาสของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้แก่รางวัลจากภายใน (Intrinsic Rewards) เช่น ความสุขทางกาย และรางวัลจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น ยอมรับจากสังคม ปัจจัยที่ลดโอกาสที่จะเกิดการตอบสนองไม่เหมาะสมคือ การประเมินอันตราย การรับรู้อันตรายและการรับรู้ความน่ากลัวของอันตราย การกระตุ้นด้วยความกลัวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความน่ากลัว แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมที่เป็นจริง โดยสรุปการประเมินความน่ากลัวเป็นผลบวกทางคณิตศาสตร์ ของตัวแปรเหล่านี้ ซึ่งจะเพิ่มหรือลดโอกาสในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการวิเคราะห์ความน่ากลัว บุคคลก็จะประเมินการทนต่อสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยบางส่วนของประสิทธิผลหรือการตอบสนองทางป้องกัน ซึ่งจะกระตุ้นการรับรู้ถึงความน่ากลัว (การตอบสนองประสิทธิผล) บวกกับการวิเคราะห์ความสามารถเริ่มต้นและทำให้สมบูรณ์ได้ (ประสิทธิผลตนเอง) องค์ประกอบของประสิทธิผลตนเอง นั้น เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ที่น่ากลัวเป็นไปได้

ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คือ การแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีกลุ่มความคาดหวัง และค่านิยมอื่น ๆ ซึ่งจะให้ผลเกี่ยวพันที่สำคัญคือ ทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ตัวแปรต่าง ๆ ที่จัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการป้องกันโรคแล้ว จะต้องให้บุคคลมีความเชื่อในตัวเอง เพื่อให้กิจกรรมป้องกันดำเนินไปได้แต่ต้องระลึกไว้ว่า ในทางทฤษฎีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองจะแยกจากองค์ประกอบด้านอุปสรรค แต่ในเชิงปฏิบัติบุคคลที่มีความรู้สึกของประสิทธิผลของตนเองสูง จะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรค (ความไม่สบาย ราคาแพง) ต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองต่ำ ก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ ครอบงำ

ประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้น การตอบสนองการทรมานรับสถานการณ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรค

การวัดผลประสิทธิผลการตอบสนอง และประสิทธิผลตนเองเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายของการตอบสนองสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายการตอบสนอง (Response Cost) ได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่ายการไม่มีความสุข ความยุ่งยาก ผลข้างเคียง สิ่งที่รบกวนชีวิตประจำวัน เป็นต้น การประเมินการทรมานรับสถานการณ์นั้น เกิดจากผลบวกของประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลในตนเอง ลบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่เหมาะสม จากแผนภาพ 2 จะพบว่าผลรวมของการประเมินความน่ากลัว และการทรมานรับสถานการณ์ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันจากลักษณะที่เป็นตัวแปร ที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะริเริ่ม ควบคุมประคองและชี้้นำให้เกิดพฤติกรรม การตอบสนองการทรมานรับสถานการณ์ที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอาจเป็นการแสดงพฤติกรรม (เช่น เริ่มออกกำลังกาย เริ่มแปร่งฟันอย่างสะอาด) หรือเป็นการหยุดการกระทำ (เช่น หยุดการสูบบุหรี่ หยุดการกินของหวาน เป็นต้น) ในฐานะที่เป็นตัวแปรที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรค อาจจะได้หลาย ๆ วิธีแต่จากสมมุติฐานในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะวัดได้โดยใช้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (Intension Behavior) จากการที่ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันนั้น พัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และวิธีวัดพฤติกรรมนั้น ใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัด แต่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัด มีข้อสังเกตว่าความตั้งใจนั้น อาจขึ้นกับเงื่อนไขของกิจกรรมครั้งเดียว การทำซ้ำ หรือหลาย ๆ ครั้ง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อ 1) บุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง 2) บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น 3) การตอบสนองที่เหมาะสมนั้น เป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ 4) บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้ 5) ผลดีที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเล็กน้อยมาก และ 6) ราคาค่าใช้จ่ายเพื่อการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นมีเพียงเล็กน้อย

ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและจะได้ผลตาม คือ ทำให้เกิดการตอบสนอง ที่เหมาะสมหรือการตอบสนองที่ทนต่อสถานการณ์ ในทฤษฎีแรงจูงใจนี้ ได้ทำให้เกิดสมมุติฐานเพิ่มขึ้นภายในกระบวนการประเมินคือ เมื่อรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมิน

ความน่ากลัวและการทรมานรับสถานการณ์ก็จะเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกันขึ้น ซึ่งสมมุติฐานนี้คาดเดาว่า ถ้าประสิทธิผลของการตอบสนองและหรือประสิทธิผลในตนเองสูงแล้ว การเพิ่มความรุนแรง และหรืออันตรายจะมีผลทางบวกที่สำคัญต่อความตั้งใจ ในอีกด้านหนึ่งถ้าประสิทธิผลการตอบสนองและ หรือประสิทธิผลในตนเองนั้นต่ำ การเพิ่มความรุนแรงและหรือ ความเป็นอันตรายจะไม่มีทั้งผล หรือผลจากการสะท้อนกลับ (Boomerang Effect) (ผลจากการสะท้อนกลับ ได้แก่ คนสูบบุหรี่อยู่ แล้วตั้งใจจะเพิ่มการสูบบุหรี่ หรือคนดื่มเหล้าอยู่แล้วตั้งใจจะเพิ่มการดื่มเหล้า เป็นต้น) แต่จะลดความตั้งใจที่จะยินยอมทำตามการแนะนำทางสุขภาพ ดังนั้น ทฤษฎีนี้จะคาดเดาผลลัพธ์ที่ทำลายกระบวนการตัดสินใจ โดยใช้เหตุผล (Rational Decision Making Process) อย่างสมบูรณ์ มีเงื่อนไขอยู่ 2 เงื่อนไข ที่บุคคลจะรู้สึกไม่สามารถจะปกป้องตนเองเมื่อ - การตอบสนองการทรมานรับสถานการณ์ที่มีอยู่นั้นไม่มีผล (ประสิทธิผลการตอบสนองต่ำ) ถ้าบุคคลเชื่อว่าเขาไม่สามารถสร้างการตอบสนอง การทรมานรับสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ มีงานวิจัยที่ยืนยันปฏิสัมพันธ์ที่คาดเดาได้ ระหว่างอันตรายและประสิทธิผลของการตอบสนอง ถ้าการตอบสนองการทรมานต่อสถานการณ์ที่แนะนำให้นั้นมีผลต่อการตอบสนองทางป้องกันสูง จะทำให้เพิ่มความเชื่อในอันตราย ซึ่งทำให้เพิ่มความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม แต่ถ้าเชื่อว่าการตอบสนองนั้น ไม่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มความรู้สึกว่าการมีอันตรายนั้นลดลง ทำให้ลดความตั้งใจที่จะยอมรับการตอบสนอง ทำให้เกิดผลจากการสะท้อนกลับ

การประยุกต์ความรู้เรื่องการจูงใจ

1. การประยุกต์ในการนำไปใช้ในเรื่องสุขภาพ หลังจากการศึกษาและค้นคว้าสามารถรวบรวมการประยุกต์การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนไว้ดังนี้

1.1 แนวทางการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจสำหรับกลุ่มเสี่ยง

1.1.1 บรรยายภาคการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำหายความอ้วนหรืออยากเห็น

1.1.2 บอกเป้าหมายของการออกกำลังกาย

1.1.3 ให้งานและให้โอกาสสมาชิกในกลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์กับ

ความสำเร็จ

1.1.4 ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มเสี่ยงในการช่วยปรับปรุงพฤติกรรม

1.1.5 มีการพบกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคลและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

1.1.6 บรรยายภาคของการพบกันต้องมีลักษณะอบอุ่น

- 1.1.7 ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงความกระตือรือร้น
- 1.2 ผู้ให้บริการต้องให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในการสร้างแรงจูงใจภายในด้วยวิธีการ
- 1.2.1 ควรให้กลุ่มเสี่ยงตั้งเป้าหมายเฉพาะตัวเองในการดูแลสุขภาพที่ตนเองต้องการ
- 1.2.2 ให้กลุ่มเสี่ยงวางแผนในการพัฒนาตนเองทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- 1.2.3 กลุ่มเสี่ยงมีการดูแลสุขภาพตามวิธีการที่ตนเองได้เลือกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- 1.2.4 ต้องช่วยให้กลุ่มเสี่ยงวิเคราะห์ความสำเร็จและไม่สำเร็จด้วยตนเอง
- 1.2.5 ต้องให้กลุ่มเสี่ยงได้เห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
- 1.2.6 ต้องช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้ค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองที่จะดูแลสุขภาพต่อไป
- 1.2.7 ชี้แจงให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล
- 1.2.8 ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงจัดตารางเวลาในการออกกำลังกาย
2. การประยุกต์ในการนำไปใช้ในเรื่องการทำงาน
- 2.1 การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน
- การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ประกอบขึ้นจากแรงกระตุ้น 2 ด้าน คือ แรงกระตุ้นจากภายใน และแรงกระตุ้นจากภายนอก เราจะใช้แรงกระตุ้นทั้ง 2 ด้านอย่างไร เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน
- 2.1.1 แรงกระตุ้นภายใน (Internal Inspiration)
- 2.1.1.1 การตั้งเป้าหมายในการทำงานอย่างชัดเจน เพื่อกำหนดอนาคตและความก้าวหน้าในอาชีพ
- 2.1.1.2 ความท้าทาย (Challenge) เป้าหมายที่เราตั้งเอาไว้จะกลายเป็นความท้าทายที่ทำให้เราก้าวไปจนประสบความสำเร็จ แต่ที่สำคัญเป้าหมายจะต้องไม่ไกลเกินตัว เพราะจะกลายเป็นความเพ้อฝันไม่มีวันจบสิ้น

2.1.1.3 ความมั่นใจ (Confident) เราต้องมั่นใจในตัวเอง มั่นใจในความสามารถ ความพยายาม ความพากเพียรและความอดทน ซึ่งจะนำมาสู่ความสำเร็จได้

2.1.1.4 คำมั่นสัญญา (Commitment) เราต้องมีคำมั่นสัญญากับตัวเราในการที่จะทำ ให้เป้าหมายที่วางเอาไว้ประสบความสำเร็จให้ได้ คำมั่นสัญญานี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เราสร้างวินัยใน ตัวเอง เพื่อความสำเร็จที่ตั้งเอาไว้

อาจจะสรุปได้ว่า เราจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวางเป้าหมายในการทำงานให้ชัดเจน มิใช่ การทำงานแบบวันต่อวัน เพื่อสร้างแรงจูงใจที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วาง เอาไว้

2.1.2 แรงกระตุ้นภายนอก (External Inspiration)

2.1.2.1 สถานที่ทำงาน บรรยากาศ สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

2.1.2.2 เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้บริหาร

2.1.2.3 กฎ กติกา ระเบียบ และการลงโทษ

2.1.2.4 การให้คำชมเชย หรือของรางวัลในความสำเร็จ

2.1.2.5 คำตำหนิ หรือการสอนสั่งต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้เราประสบความสำเร็จ

2.1.2.6 สิทธิ ผลประโยชน์ รายได้ หรือสวัสดิการต่าง ๆ ที่เหมาะสมพอเพียง (การ ทำงานไม่จำเป็นที่เราต้องหวังผลตอบแทนจนเกินตัว)

แรงกระตุ้นจากภายนอกเป็นสิ่งที่เราไม่สามารถควบคุมได้ แต่ให้เราพยายามมองให้มุม บวกให้มากที่สุด เพื่อที่จะทำให้เราสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข

แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน แรงจูงใจสามารถทำได้หลายแนวทาง ในที่นี้จะขอกล่าวแนวทางที่สอดคล้องกับสาเหตุตั้งที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนี้

1. การสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้สอดคล้องกับเรื่องของความต้องการ ตามที่ได้ กล่าวแล้วว่าความต้องการของคนเรานั้นมีหลายลำดับชั้น ตามทฤษฎีลำดับชั้นความต้องการของ มาสโลว์ ในแต่ละชั้นก็จะมีสิ่งจูงใจที่แตกต่างกัน

2. การสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้สอดคล้องกับเรื่องของสิ่งล่อใจ จากความรู้ใน สิ่งล่อใจที่ว่าสิ่งล่อใจเป็นแรงจูงใจภายนอก ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุประสงค์ คำพูด ท่าทีของผู้แวดล้อมที่ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในบุคคล ใช้เป็นการจูงใจในการทำงานได้ ดังนั้น ผู้จัดการหรือเจ้าขององค์การ จึงควรพยายามทำความเข้าใจพนักงาน แล้วใช้สิ่งที่เขาพอใจมาเป็นสิ่งล่อใจให้เกิดพฤติกรรมตาม

ต้องการอาจจะเป็นรางวัล สิ่งของ คำชม เกียรติ โล่สัญลักษณ์การจัดให้มีการประกวดชิงรางวัลหรือชิงความเป็นหนึ่งในงานบางงาน หรือแม้แต่การตั้งสัดส่วนโบนัสประจำปีตามอัตรายอดขายหรือปริมาณงานก็จัดว่ามีส่วนช่วยสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่พนักงานได้ ข้อควรระวังคือการเลือกสิ่งที่จะนำมาเป็นเครื่องล่อซึ่งจะต้องเลือกในสิ่งที่พนักงานพอใจหรืออยากได้

3. การสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้สอดคล้องกับเรื่องของการตื่นตัวที่ว่า การตื่นตัวในระดับที่พอดีมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมายที่ดีกว่าระดับอื่น ดังนั้น ในองค์การจึงควรจัดบรรยากาศที่เหมาะสมต่อการตื่นตัวในการทำงานของพนักงานในระดับที่พอดี ไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานวิธีการเพื่อให้พนักงานหรือผู้ปฏิบัติงานในภาวะตื่นตัว เช่น อาจจะเป็นการจัดสภาพแวดล้อม แสงเสียง หรือการให้พนักงานมุ่งแก้ปัญหา หรือแสวงหาช่องทางปฏิบัติงานที่เหมาะสมด้วยตนเอง ใ้รับผิดชอบงานเป็นส่วน ๆ และมีอำนาจตัดสินใจในงานนั้น จะดีกว่าการทำงานตามที่ได้รับคำสั่ง ซึ่งจะพบในหน่วยงานหลายแห่งที่หัวหน้าไม่เคยปล่อยให้ลูกน้องได้คิดและได้ทำด้วยตนเอง คอยรับงานและฟังคำสั่งที่หัวหน้าจะสั่งงานมาให้เท่านั้น เมื่อทำเสร็จแล้วก็นำผลงานไปมอบให้และรับงานใหม่มาทำงานตามที่สั่งอีกวิธีนี้ถ้าลูกน้องเป็นคนเก่งและมีประสิทธิภาพจะเกิดความเบื่อหน่าย ทำให้ขาดแรงจูงใจในการทำงาน

4. การสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้สอดคล้องกับเรื่องของการคาดหวังที่ว่า การตั้งระดับความคาดหวังที่เป็นไปได้ พอดีและเหมาะสมสำหรับตนเองซึ่งมักจะคาดหวังตามค่านิยมของตนจะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งท้าทายให้มีชีวิตชีวา และมานะพยายามให้บรรลุเป้าหมายให้ได้ ดังนั้น ผู้จัดการองค์การจึงควรสื่อสารสร้างความเข้าใจที่ดีให้เกิดแก่พนักงาน เพื่อให้ความคาดหวังนั้น ๆ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้เพื่อจะไม่เกิดความท้อแท้คับข้องใจ ซึ่งจะสร้างความเสียหายให้กับทั้งองค์การและตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าใช้วิธีหลอกลวงให้พนักงานตั้งความหวังลม ๆ แล้ง ๆ โดยเป็นจริงไม่ได้ จะเกิดผลเสียมากกว่าผลดีอย่างแน่นอนอนบางที่ถึงขั้นทำลายองค์การให้เสียหาย หรืออาจเกิดปัญหาแก้แค้นในรูปแบบต่าง ๆ

2.5.7.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านแรงจูงใจ

นุชนาถ ชูเกียรติ (2539, น. 86-88) ได้ศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบทจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภายหลังจากการจัดโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกัน

โรคมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ จรวยพร ธรณินทร์ (2544) สามารถสรุปได้ว่า ในการลดกลุ่มเสี่ยงของผู้เป็นภาวะโรคอ้วน 1 ในวิธีการ คือ การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

กมลวรรณ สาคร (2557) ศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผล รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและส่งผลทางอ้อม ต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุ 8 ปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกินในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 395 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตามระดับชั้น อย่างเป็นสัดส่วน Proportional Stratified Random Sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) และใช้รูปแบบการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL for Windows) ระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ นำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คน ใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้งให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มทดลองคือ ประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกินในตำบลนาตง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 คน เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA) โดยใช้

ค่าวัตรอบเอว เป็นตัวแปรควบคุม (Covariate) ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ดังนี้ ด้านแรงจูงใจ (0.15) และด้านความตระหนัก (0.15) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.14) ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน (0.13) ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.11) ด้านความกระตือรือร้นมุ่งมั่น (0.11) 2) รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชนจังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการจัดการ จำนวน 9 กิจกรรม คือ 1) เรียนรู้ สู้อ้วน 2) ปรับนิสัย แก้อาการกิน 3) เหวกิว หุ่นดี เป้าหมาย 4) ตัวตน คนอ้วน 5) เยี่ยมบ้าน 6) เดินพญานาค 7) พีรามิด เพื่อสุขภาพ 8) เคล็ดลับ ไม่กลับมาอ้วน และ 9) หุ่นสวย ด้วยบัดดี้ และ 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งการทดสอบโดยรวม (Multivariate Test) และการทดสอบทีละตัวแปร (Univariate Test)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกิน กระบวนการสร้างแรงจูงใจสามารถโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้บรรลุตามเป้าประสงค์ที่ตนเองตั้งไว้ จากการศึกษาทำให้พบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเพื่อลดภาวะโภชนาการเกิน

2.5.7.4 การวัด

1) การวัดแรงจูงใจ

โดยทั่วไป จะวัดแรงจูงใจในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือและความตั้งใจ ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามวัดแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เพื่อการจัดการกับภาวะโภชนาการเกิน เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยเฉย ๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวและสังคม ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะโภชนาการเกิน

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดแรงจูงใจ โดยการปรับใช้แบบสอบถามของ อังคินันท์ อินทรกำแหง

2.6 บริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.6.1 ประวัติความเป็นมา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนที่อาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ครอบครัวและเพื่อนบ้าน ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด (กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550

ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความเป็นมางานสาธารณสุขมูลฐาน เกิดขึ้นหลังจากมีคำประกาศ ปฏิญญาสากล ว่าประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะให้ความร่วมมือทั้งรายบุคคลและเป็นคณะ เพื่อให้บรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 องค์การอนามัยโลกได้จัดสรร ทรัพยากร เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขซึ่งดำเนินโดยชุมชนหรือที่เรียกว่าสาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมาดัดแปลงมาจากความคิดนี้ มีโครงการทดลองที่ จังหวัด พิษณุโลก ซึ่งนายแพทย์ สมบูรณ์ วัชรโรทัย ได้ทำไว้โดยคัดเลือกชาวบ้านบางคนมาทำการฝึกอบรม ให้ทำการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ ในระยะแรก ๆ พบอุปสรรคทางสถาบันการศึกษา กล่าวว่าเป็นการสร้างหมอเถื่อน จึงรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโครงการที่คล้าย ๆ กัน นำเสนอความคิดเรื่องอาสาสมัครเข้าสู่การวางแผนระดับชาติ โดยมีการประชุมปรึกษากันหลายครั้ง ในที่สุด ก็ได้รับความเข้าใจทุกฝ่าย ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปี พ.ศ. 2520 ในระยะแรกเป็นไปในลักษณะโครงการทดลองใน 20 จังหวัด โดยดำเนินการทดลองในทุกอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล ซึ่งตำบลที่เข้าไปดำเนินการต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เคยดำเนินการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาแล้ว

2. สะดวกต่อการเข้าไปเฝ้าตรวจและประเมินผล

3. มีสถานีอนามัยและมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. นั้น มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีความสมัครใจที่จะทำงานเพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละ และมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือ

ชุมชน

2. มีความรู้อ่านออกเขียนได้
3. เป็นผู้ที่ชาวบ้านไว้วางใจ
4. มีที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพในหมู่บ้านนั้น ๆ
5. มีอาชีพแน่นอนและมีรายได้เลี้ยงตนเอง
6. ตั้งบ้านเรือนอยู่ในสถานที่ที่ประชาชนไปติดต่อได้ง่าย
7. ไม่จำกัดเพศ และไม่จำกัดอายุ
8. ไม่ควรเป็นข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือแพทย์ประจำตำบล

ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะคัดเลือกโดยวิธีออกเสียงในที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน (ถ้ามี) กลุ่มผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล แต่จะไม่มี การแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากราชการ เพื่อหลีกเลี่ยงความเข้าใจ ว่า อสม. เป็นข้าราชการ

รัฐบาลได้ตระหนักถึงคุณค่าและคุณความดีของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงได้มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2536 กำหนดให้ วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ทั้งนี้เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2522 คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติในหลักการตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้เปลี่ยนคำว่า “การสาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “สาธารณสุขมูลฐาน” โดยมีกิจกรรมหลักคือ จัดให้มีการประกวดเพื่อคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น (อสม.ดีเด่น) และจัดนิทรรศการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นวันที่มีความสำคัญ และมีความหมายต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้น แต่ยังเป็นวันที่มีความสำคัญต่อการสาธารณสุขในประเทศไทยอีกด้วย เนื่องจากวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2522 เป็นวันที่รัฐบาลได้บรรจุให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายและโครงการระดับชาติ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ที่ พล 0037.3/ว 169 ลงวันที่ 19 เมษายน 2554 เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ได้มีมาตรฐานเดียวกัน เนื่องจากปัจจุบันได้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นจำนวนถึง 686,537 คน กระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท

2.6.2 บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีระเบียบเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2554 บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงได้ถูกกำหนดขึ้นใหม่อย่างเป็นระบบ โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพการเฝ้าระวังโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพสำหรับการรับผิดชอบดูแลหลังคาเรือนในหมู่บ้าน หรือชุมชน กำหนดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านหรือในชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10 – 15 หลังคาเรือน และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดคุณสมบัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระเบียบ พ.ศ. 2554 ใหม่ ไว้ดังนี้

1. อายุ ไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
2. มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
4. สมัยครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนตนเอง
6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจ และยกย่องจากประชาชน
7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
8. มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.6.2.1 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยการจัดการอบรมในโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุข (โรงเรียน อสม.) วิธีการอบรม โดยการฝึกอบรมตามมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำปี 2550 เป็นหลักสูตรมาตรฐานในการฝึกอบรม เนื้อหาวิชาแบ่งเป็น 2 หมวดใหญ่ ได้แก่

หมวดวิชาหลัก จำนวน 8 วิชา เวลาอบรม 37 ชั่วโมง ประกอบด้วย

- 1) วิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน
- 2) วิชาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 4) วิชาสุขภาพดีมีสุข
- 5) วิชาการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น
- 6) วิชาสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐาน
- 7) วิชาการจัดทำแผน / โครงการของชุมชน วิชาการบริหารจัดการ

หมวดวิชาเลือก เวลา 6 ชั่วโมง สอนตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ ซึ่งกำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ มีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการประเมินผลว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ ทุกคนมีความสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

2.6.2.2 การขึ้นทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้ผ่านการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินค่าป่วยการของ อสม.ปี 2552 กระทรวงสาธารณสุขจะจ่ายเงินค่าป่วยการให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เดือนละ 600 บาท (หกร้อยบาทถ้วน) ได้นั้น ก็ต่อเมื่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของบุคคลนั้น ได้ผ่านการคัดเลือก ผ่านการ

อบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้แล้ว

2.6.2.3 วาระและการฟื้นฟูสภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบกำหนดวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์การของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยตนเอง เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอยู่ ร่วมกับกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น การฟื้นฟูสภาพความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สิ้นสุดเมื่อ

- 1) ตาย
- 2) ลาออก
- 3) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนคนไร้ความสามารถแล้วแต่กรณี หรือ
- 4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร มีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน จำนวนไม่น้อยกว่าสองในสามของหลังคาเรือนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รับผิดชอบ ร่วมกับลงลายมือชื่อยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และอาจตั้งกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง ก่อนมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

4.1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

4.2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือมีความประพฤติเสียหายอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ได้มีระเบียบต่าง ๆ ที่ได้ออกมาก่อนหน้านี้ และเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ถึงความชัดเจนในการปฏิบัติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเอง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอีกหลายฉบับ ดังนี้

- 1) ระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินค่าป่วยการของ อสม.ปี 2552
- 2) หนังสือที่ สธ 0705.4/ว 777 ลว 17 ธ.ค.2553 ขอความร่วมมือช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ) ให้กับ อสม. และบุคคลในครอบครัว
- 3) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2543
- 4) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547
- 5) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2550
- 6) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550
- 7) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539
- 8) ระเบียบการลดค่าโดยสารให้กับ อสม. ปี 2547
- 9) เทียบตำแหน่ง อสม. เทียบเท่าข้าราชการระดับ 3
- 10) หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0409.7/10285 ว่าด้วยการเบิกค่าใช้จ่ายในการออกปฏิบัติงานของ อสม.ในภาวะฉุกเฉิน
- 11) หนังสือกระทรวงมหาดไทยที่ มท 0808.2/ว 2611 ลว 4 สค.2547 การตั้งงบประมาณและใช้จ่ายงบประมาณเงินอุดหนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- 12) ประกาศกระทรวงมหาดไทย ปี 2551 ว่าด้วยหลักเกณฑ์การเป็นกรรมการหมู่บ้าน
- 13) สิทธิประโยชน์ของ อสม.ในการเทียบโอนเรียนต่อ อสม.
- 14) หนังสือที่ สธ 0705.2/ว 565 ลว 23 ก.ย.2554 เรื่อง เปิดระบบรายงานโครงการ อสม.เชิงรุกปี 2555

2.6.3 แนวคิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การสร้างอาสาสมัครในรูปจิตอาสา ที่เกิดขึ้นกับประชาชน นับจากปี พ.ศ. 2520 ที่ใช้ชื่อว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีแนวคิด ดังนี้

2.6.3.1 เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพกันเองด้วยวิธีที่ง่ายประหยัด และทั่วถึง

2.6.3.2 เพื่อช่วยบรรเทาภาวะขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชนบท

2.6.3.3 เพื่อแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลหรือดูแลสุขภาพสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของประชาชน

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยุคใหม่ ได้มีกรอบแนวคิดสำหรับองค์การ โดยมีจุดเน้นที่แตกต่าง ดังนี้

1) ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มุ่งส่งเสริมบทบาทให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ปฏิบัติงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพประชาชนในท้องถิ่น และชุมชน โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และการควบคุมป้องกันโรค

2) สร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีชุมชนหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน

3) พัฒนารูปแบบประชาชน องค์การ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำหลักในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลและขับเคลื่อนร่วมกับบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. หรือสถานีอนามัยเดิม) โดยประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

จากการที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดระยะเวลากว่า 30 ปี พอสรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นองค์การที่เกิดขึ้นจากแนวคิดสาธารณะ เป็นผู้ไม่แสวงผลประโยชน์ และเป็นผู้มีจิตอาสาอย่างแท้จริง ความเสียสละในอดีตส่งผลถึงปัจจุบันที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องดูแล โดยการมีระเบียบต่าง ๆ มาไว้เพื่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเป็นการป้องกันเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นกับองค์การนี้ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือประชาชนให้มีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ช่วยให้ประเทศชาติลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลงได้อย่างมหาศาล

2.6.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

2.6.4.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

สมคิด เกาวัลย์ (2546, น. 15) นิยาม ของการสาธารณสุขมูลฐาน ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนกันยายน 2521 หมายถึง บริการสาธารณสุขที่มีลักษณะดังนี้

1. ปฏิบัติได้ (Practical)
2. มีความถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ (Scientifically Sound)
3. เป็นที่ยอมรับของสังคมและสอดคล้องกับประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งในด้านวิธีการและเทคโนโลยี (Socially Acceptable and Culturally Bound)
4. มีการกระจายอย่างทั่วถึงสามารถเข้าถึงได้โดยทุกคนในชุมชน (Universally Accessible to Individuals in The Community)
5. ประชาชนมีส่วนร่วม (Fully Participation)
6. มูลค่า และอัตราบริการอยู่ในระดับที่ประชาชนมีวิสัยทัศน์สามารถจะจ่ายได้โดยไม่เดือดร้อน (Affordable Cost)
7. เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาและพึ่งตนเอง สนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเองของประชาชน (Self - reliance and Self - Determination)
8. สร้างความเป็นปึกแผ่น บูรณาการระหว่างระบบสุขภาพกับระบบสังคมเศรษฐกิจ ของชุมชน (Integration of Health and Socio-Economic System in Community)
9. เป็นการนำเอาระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขลงไปดำเนินการถึงประชาชนในระดับท้องถิ่นอย่างใกล้ชิดที่สุด ในสภาพแวดล้อมที่เขามีสภาพชีวิตและความ เป็นอยู่ในบริบททางสังคมของเขา (Bringing Health Care as Close as Possible to Where People Live and Work)

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาดูแบบและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก นอกจากนี้ การสาธารณสุขมูลฐานยังเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและ

สามารถช่วยตนเองได้ โดยอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน ฯลฯ โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนในเรื่องต่าง ๆ เช่น ความคิด แรงงาน เงินหรือทรัพยากรอื่น ๆ ที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น ความร่วมมือเหล่านี้จะต้องเป็นความต้องการและความสมัครใจของชุมชนเอง ในอันที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อตัวของเขาเอง เพื่อครอบครัวและเพื่อชุมชนของเขา โดยมีได้หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

นอกจากงานสาธารณสุขมูลฐานจะได้ชื่อว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการผสมผสานของงานต่าง ๆ ภายในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขด้วยกันแล้ว งานสาธารณสุขมูลฐานยังมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับงานพัฒนาอื่น ๆ อีกด้วย ทั้งนี้เพราะเหตุว่าการพัฒนางานสาธารณสุขแต่เพียงส่วนเดียว ไม่สามารถที่จะขจัดปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ เพราะเหตุว่างานสาธารณสุขนั้น จะต้องควบคู่กันไปกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน เช่น รายได้ การครองชีพ อาชีพ ภาวะการศึกษา เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การสาธารณสุขมูลฐาน จึงเป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของการผสมผสานระหว่างงานสาธารณสุขและงานพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและสังคม (อุทัยวรรณ สุกิมานิล, 2544, น. 6)

2.6.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

ตามนโยบายการเร่งรัดพัฒนาชนบทที่จะทำให้ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งมีฐานะยากจน ด้อยการศึกษาและมีสถานภาพทางสุขภาพต่ำ ให้มีความเป็นอยู่ดีขึ้นนั้น รัฐบาลถือว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศประชาชนในชนบท เป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศจึงจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพที่ดี แต่การบริการสาธารณสุขที่รัฐบาลได้ดำเนินการมา ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ได้ เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด นอกจากนี้การกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่สมดุลกันอีกด้วย และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ สถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่นั้น ประชาชนไม่ได้ใช้ประโยชน์เท่าที่ควร ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ เพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยและประโยชน์ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่ แนวคิดสากลของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เกิดขึ้นจากความพยายามของรัฐบาลทุกประเทศ โดยตระหนักถึงการบริการงานสาธารณสุขในรูปแบบใหม่ ที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมด้วย ทั่วโลก ได้พิจารณาว่าการบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมได้ประชาชนจะต้องสามารถดำเนินการและจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากประชาชนเป็นผู้

ที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนย่อมทราบถึงปัญหาของตนเอง รวมทั้งชุมชนทุกประเทศต่างยอมรับในหลักการที่ว่า การมีสุขภาพดีเป็นความต้องการพื้นฐานและสิทธิมนุษยชนเบื้องต้นที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายว่า ประชาชนควรได้รับการพัฒนาให้มีสุขภาพที่ดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมของท้องถิ่นนั้น ๆ และใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งซึ่งให้ความสำคัญต่อ งานสาธารณสุขมูลฐาน นำมาใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (อุทัยวรรณ สุกิมานิล, 2544, น. 5)

ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ (2550) ได้สรุปแนวคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน ไว้ 10 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของประชาชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่า ปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาเองได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของรัฐจะต้องเข้าใจว่า “เราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน”

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจเพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เพราะว่าเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้น งานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาในด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตร และสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขต และกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ได้

แนวคิดที่ 8 การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จาก สถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 การสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่นำมาใช้แก้ปัญหา ตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและแก้ปัญหาที่ประสบอยู่และไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่อง เดียวกัน เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษายาบาลต่อ การให้การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

ส่วนหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน อาศัยหลักการที่สำคัญ 4 ประการคือ

ประการที่ 1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation or People Involvement) หมายถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนที่มีความลึกซึ้งมากไปกว่าความร่วมมือธรรมดา

ประการที่ 2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เป็นการใช้ เทคโนโลยีทางสาธารณสุขที่ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่น ประชาชนสามารถ ปฏิบัติเองได้

ประการที่ 3 การปรับระบบบริการขั้นพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูล ฐาน (Re - oriented Basic Health Service) เป็นการปรับระบบบริการของรัฐและระบบบริหาร จัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ ให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้เกิดการกระจายและ ครอบคลุมของบริการของรัฐ

ประการที่ 4 การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น (Intersectoral Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกัน ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข เองและงานพัฒนาชุมชนของต่างกระทรวง ตลอดจนรัฐวิสาหกิจและเอกชน

2.6.4.3 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น มีความสอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของประชาชน โดยเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการ

สาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) ซึ่งรัฐบาลได้เป็นผู้จัดให้แก่ประชาชน องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน ได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 14 องค์ประกอบ คือ งานโภชนาการ งานสุขศึกษา การรักษาพยาบาล การจัดหาที่จำเป็นการสุขภาพและจัดหาน้ำสะอาด อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพจิต อนามัยสิ่งแวดล้อม คุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ และเอตส์ (ศุนย์ สช. อีสาน, 2550, น. 8)

สรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัวหรือระดับหมู่บ้าน และผู้ที่เป็นตัวแทนของประชาชน หรือชุมชนก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เคยทำหน้าที่ให้บริการต้องปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ ซึ่งจากเดิมเป็นผู้ให้บริการเปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ (Supervise) และผู้สนับสนุน (Supporter) ให้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนเกิดศักยภาพสามารถดำเนินการได้โดยประชาชนเอง

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์

2.7.1 ความหมายของทฤษฎี

นักวิชาการได้ให้ความหมายของทฤษฎี (Theory) ไว้ดังนี้

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2540, น. 14) ให้ความหมายไว้ว่า “ทฤษฎี” โดยทั่วไป คือ คำอธิบายสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ในทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีเป็นคำอธิบายตามหลักเหตุผล แสดงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ของสิ่งนั้น หรือเรื่องนั้น อย่างมีระบบ จนสามารถพยากรณ์สิ่งนั้นในอนาคตได้

Creswel (1994, p. 82) ได้ให้ความหมายของทฤษฎีไว้ว่า ทฤษฎีคือ กลุ่มโครงสร้างของตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเพื่อบ่งบอกหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

จากที่นักวิชาการกล่าวมา จะพบว่า ความหมายของทฤษฎีที่หลายคนเสนอไว้ใกล้เคียงกัน พอสรุปได้ว่า “ทฤษฎี คือ ข้อความที่อธิบายปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง อันเป็นผลมาจากการศึกษาค้นคว้าด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งสามารถพิสูจน์ให้เห็นจริง และนำมาใช้เป็นแนวทางในการคาดคะเนหรือทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง”

2.7.2 ที่มาของทฤษฎี

เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโลก เพราะขาดความรู้และข้อมูลไม่เพียงพอมนุษย์จึงสร้างทฤษฎีขึ้น เพื่ออธิบายปรากฏการณ์เหล่านั้น และมีวิวัฒนาการมาเป็นลำดับ แสวงรัตนมงคลมาศ (2534, อ้างถึงใน สนธยา พลศรี, 2545, น. 130-132) ได้สรุปที่มาของทฤษฎีว่ามาจาก 2 แนวทางดังนี้

2.7.2.1 ทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอุปมาน (Inductive Method) แต่ก็มีบางคนเรียกว่า “วิธีอุปนัย” โดยในปี ค.ศ. 1600 ฟรานซิส เบคอน (1561 - 1626) ได้ค้นพบวิธีการแสวงหาความรู้ หรือข้อเท็จจริงวิธีหนึ่งและได้เรียกวิธีการแสวงหาความรู้วิธีนี้ว่า วิธีอุปมาน หรือ Baconian Induction ซึ่งเบคอนได้แนวความคิดจากเรื่องเล่ากันว่า เมื่อปี ค.ศ. 1432 ได้มีการโต้เถียงกันระหว่างพระที่เข้าร่วมชุมนุมในโบสถ์แห่งหนึ่งถึงเรื่อง จำนวนฟันในปากม้า การโต้เถียงใช้เวลานานมาก ยืดเยื้อไปจนถึง 13 วัน ก็ยังหาข้อยุติไม่ได้ ต่างฝ่ายต่างก็ไปค้นหาข้อเท็จจริงจากหนังสือต่าง ๆ และจดหมายเหตุต่าง ๆ จนทำให้ได้ความรู้แปลก ๆ และใหม่ขึ้นอีกมากมาย ครั้นวันที่ 14 พระบวชใหม่รูปหนึ่งได้เสนอแนะให้ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหลายไปตรวจดูจำนวนฟันใน ปากม้า เพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้อง จึงเป็นเหตุให้พระที่เข้าร่วมประชุมเหล่านั้นโกรธเคืองในความอวดดีของพระรูปนี้เป็นอันมาก จนถึงกับพร้อมใจกันรุมซ้อมและจับพระองค์นี้เหวี่ยงออกไปจากที่ประชุมอย่างรุนแรง ทั้งนี้เพราะทุกคนเชื่อมั่นว่าพระองค์นั้นได้ถูกผีปศาจตายนช่วยวนให้เห็นผิดเป็นชอบ จึงได้กล้าเสนอแนะวิธีการหาความรู้นอกกลุ่มนอกทางจากที่บรรพบุรุษสั่งสอนไว้ หลังจากนั้นอีกหลายวันก็มีนกพิราบซึ่งพวกพระต่าง ๆ ถือว่าเป็นสัญลักษณ์แห่งสันติภาพตัวหนึ่งบินมาเกาะบนหลังคาโบสถ์พระองค์หนึ่งในที่ประชุมจึงได้ลุกขึ้นกล่าวว่า ขอให้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นจงถูกเก็บไว้เป็นความลับต่อไปจากเรื่องเล่ามานี้แสดงให้เห็นว่า พระบวชใหม่องค์นี้ได้ค้นพบวิธีใหม่ในการแสวงหาความจริงอีกวิธีหนึ่ง โดยไม่ต้องอาศัยความเชื่อหรือคำบอกเล่าอย่างไร้เหตุผล จากวิธีการของพระองค์นี้เองจึงได้กลายมาเป็นหลักขั้นพื้นฐานในการค้นหาความจริงต่าง ๆ ในยุคต่อมา

จากแนวคิดในเรื่องที่กล่าวมานี้เอง เบคอนจึงได้นำมาดัดแปลงเป็นวิธีการค้นหาความจริงแบบอุปมาน ซึ่งเป็นวิธีที่วิเคราะห์จากข้อเท็จจริงย่อย ๆ เสียก่อน (ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากปรากฏการณ์จริง ๆ ก่อน) โดยการนำข้อเท็จจริงย่อย ๆ เหล่านี้มาจัดหมวดหมู่เสียใหม่ เพื่อพิจารณาว่ามีสิ่งใดบ้างเหมือนกัน มีสิ่งใดบ้างที่ต่างกัน และมีสิ่งใดบ้างที่สัมพันธ์กัน จากการวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้สามารถสรุปเป็นความรู้ใหม่ทั่วไปได้

ข้อแตกต่างระหว่างการค้นหาความจริงตามวิธีอุปมาน ของ ฟรานซิส เบคอน กับการค้นหาความจริงตามวิธีอนุมาน (Deductive Method) ของอริสโตเติล อาจสังเกตได้จากตัวอย่างต่อไปนี้

วิธีอุปมาน : จากการสังเกตกระทายแต่ละตัวมีปอด ดังนั้น กระทายทุกชนิด มีปอด

วิธีอนุมาน : สัตว์เลี้ยงลูกด้วยน้ำนมทุกชนิดมีปอด กระทายทุกชนิดเลี้ยงลูกด้วยน้ำนม ดังนั้นกระทายทุกชนิดมีปอด

ทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอุปมาน (Inductive Process) เป็นทฤษฎีที่ได้มาจากข้อมูลรูปธรรมที่เกิดขึ้นแล้วสรุปเป็นนามธรรม โดยมีกฎเกณฑ์ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การเรียนรู้ประสบการณ์
- 2) การสรุปเป็นประสบการณ์บทเรียน
- 3) การจัดระบบความเป็นเหตุเป็นผลของกลุ่มความคิด
- 4) การตั้งสมมติฐาน
- 5) การตรวจสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริง
- 6) การตั้งเป็นทฤษฎี

ตัวอย่างของทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอุปมาน คือ ทฤษฎีแรงโน้มถ่วงของโลก ซึ่งเกิดขณะที่ ไอแซ็ค นิวตัน นอนอยู่ที่ใต้ต้นแอปเปิล แล้วเห็นลูกแอปเปิลสุก ตกลงมา ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1

ตัวอย่างของทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอุปมาน

กระบวนการ	ปรากฏการณ์
การเรียนรู้ประสบการณ์	ไปไม่ร่วงหล่นลงสู่พื้นดินเสมอ โยนวัตถุขึ้นบนท้องฟ้าจะตกลงสู่พื้นดินเสมอ

(ต่อ)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

กระบวนการ	ปรากฏการณ์
การสรุปเป็นประสบการณ์บทเรียน	วัตถุทุกประเภทจะร่วงหล่นหรือตกลงสู่พื้นดิน
การจัดระบบความเป็นเหตุเป็นผลของ กลุ่มความคิดอย่างเป็นระบบ	หาเหตุผลว่าทำไมทุกสิ่งทุกอย่างจึงตกลงสู่พื้นดิน
การตั้งสมมติฐาน	วัตถุมีน้ำหนักจะตกจากที่สูงลงสู่ที่ต่ำหรือลงสู่พื้นดิน เสมอ
การตรวจสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริง	ทดสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริงว่าสอดคล้องกัน หรือไม่
การตั้งเป็นทฤษฎี	ถ้าผลการทดสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริงมีความ สอดคล้องกันก็ตั้งเป็นทฤษฎี

แนวความคิดในการแสวงหาคำรู้โดยวิธีอุปมาน เป็นที่มาของแนวความคิดหลักของ
วิธีวิทยาการวิจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ (สุภางค์ จันทวานิช, 2542, น. 7)

2.7.2.2 ทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอนุมาน (Deductive Method) แต่ก็มีบางคน
เรียกว่า “วิธีนิรนัย” เป็นการหาข้อเท็จจริงโดยวิธีการใช้เหตุผลนับว่าเป็นวิธีค้นหาข้อเท็จจริงที่เชื่อถือ
ได้อย่างหนึ่ง อริสโตเติล ได้ชื่อว่าเป็นคนแรกที่ค้นพบวิธีการหาข้อเท็จจริงแบบนี้ เรียกว่า วิธีอนุมาน
หรือ Syllogistic Method หรือ Aristotelian Deduction วิธีอนุมานนี้ประกอบด้วย ข้อเท็จจริงใหญ่
(Major Premise) ซึ่งถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีความจริงอยู่แล้วภายในตัวของมันเองและข้อเท็จจริง
ย่อย (Minor Premise) เกี่ยวข้องกับกรณีเฉพาะที่สัมพันธ์กับข้อเท็จจริงใหญ่ โดยการนำไปประยุกต์
และลงข้อสรุป (Conclusion) อาทิเช่น

ข้อเท็จจริงใหญ่ : ทุกคนเกิดมาแล้วต้องตาย

ข้อเท็จจริงย่อย : นายแดงเกิดมาเป็นคน

ดังนั้น ข้อสรุป : นายแดงต้องตาย

จะเห็นว่า การสรุปจะมีความเที่ยงตรงเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความเที่ยงตรงของ
ข้อเท็จจริงใหญ่และข้อเท็จจริงย่อย ถ้าหากข้อเท็จจริงใหญ่ขาดความเที่ยงตรง หรือข้อเท็จจริงย่อย
ขาดความเที่ยงตรง คือ ถ้านายแดงไม่ใช่คนหรือทั้งข้อเท็จจริงใหญ่และข้อเท็จจริงย่อยขาดความ

เที่ยงตรงที่เชื่อถือได้ก็จะทำให้ข้อสรุปขาดความเที่ยงตรงไปด้วย ข้อบกพร่องของวิธีอนุมานที่ อริสโตเติล คิดขึ้นนี้อยู่ที่ข้อเท็จจริงย่อยที่นำมาประยุกต์นั้น มีความสัมพันธ์กับข้อเท็จจริงใหญ่เพียงใด ดังนั้นผู้ที่จะนำวิธีอนุมานไปใช้ถ้าหากขาดความรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้แล้วก็อาจทำให้ได้ข้อสรุปผิดพลาดได้

อย่างไรก็ดีวิธีหาเหตุผลแบบอนุมานนี้ก็ยังคงนับว่าเป็นประโยชน์ต่อวิธีการวิจัยอยู่มาก เพราะเราใช้วิธีนี้เชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการสังเกตซึ่งช่วยให้นักวิจัยสามารถอนุมานจากทฤษฎีว่า ควรจะทำการสังเกตหรือทำการเก็บข้อมูลอะไรบ้าง และนอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถอนุมานจาก ทฤษฎีว่าควรจะต้องสมมติฐานอะไรบ้าง เป็นต้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย

ทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอนุมาน (Deductive Process) เป็นทฤษฎีที่ได้มาจาก ข้อสรุปนามธรรมไปสู่ข้อเท็จจริงที่เป็นรูปธรรมแล้วนำมาตั้งเป็นทฤษฎี โดยมีกระบวนการที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ

1. ข้อสรุปนามธรรม
2. การตั้งสมมติฐาน
3. การตรวจสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริง
4. การตั้งเป็นทฤษฎี

ตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบกระบวนการอุปมานและกระบวนการอนุมาน ในเรื่อง ทฤษฎีแรงโน้มถ่วงของโลก ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

ตัวอย่างกระบวนการอนุมานในเรื่อง ทฤษฎีแรงโน้มถ่วงของโลก

กระบวนการ	ปรากฏการณ์
ข้อสรุปนามธรรม	แรงโน้มถ่วงของโลกมีผลทำให้วัตถุที่มีน้ำหนักตกลงสู่พื้นดินหรือ จากที่สูงลงสู่ที่ต่ำ
การตั้งสมมติฐาน	วัตถุที่มีน้ำหนักจะตกลงสู่พื้นดินหรือจากที่สูงลงสู่ที่ต่ำเสมอ
การตรวจสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริง	สังเกตไปไม่ พบว่า ร่วงหล่นจากต้นลงสู่พื้นดินทุกครั้ง โยนวัตถุขึ้น ไปในท้องฟ้า วัตถุตกลงบนพื้นดินทุกครั้ง
การตั้งเป็นทฤษฎีหรือกฎเกณฑ์	ผลการตรวจสอบสมมติฐานสอดคล้องกับข้อเท็จจริง คือ วัตถุที่ นำมาตรวจสอบตกลงสู่พื้นดินจึงสามารถตั้งเป็นทฤษฎีหรือ กฎเกณฑ์ได้

แนวความคิดในการแสวงหาคำรู้โดยวิธีอนุมาน เป็นที่มาของแนวความคิดหลักของวิธีวิทยาการวิจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือการวิจัยเชิงปริมาณ (สุภางค์ จันทวานิช, 2542, น. 7)

อาจสรุปได้ว่า กระบวนการอุปมานเป็นการสร้างทฤษฎีหรือกฎ โดยการเก็บข้อมูลย่อย ๆ หลาย ๆ กรณีซึ่งอาจใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การสังเกต การทดลอง การใช้เครื่องมือต่าง ๆ ตามความเหมาะสม แล้วนำข้อมูลย่อย ๆ เหล่านี้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และสรุปเป็นทฤษฎีหรือกฎตามลำดับ ส่วนกระบวนการอนุมานเป็นการกำหนดทฤษฎีขึ้นมาก่อน แล้วหาข้อมูลต่าง ๆ มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ เพื่อสนับสนุนความถูกต้องของทฤษฎีที่ตั้งไว้

2.7.2.3 ทฤษฎีที่มาจากวิธีอนุมานและอุปมาน (Deductive - inductive Method)

Charles Darwin ได้นำวิธีอนุมานของอริสโตเติล และวิธีอุปมานของ ฟรานซิสเบคอน เข้ามารวมกัน เรียกว่า Deductive - inductive method การหาข้อเท็จจริงตามวิธีใหม่นี้ก่อนอื่นจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในปัญหาที่จะศึกษาเสียก่อน แล้วใช้วิธีอุปมานสร้างสมมติฐาน หรือทำการเดาคำตอบจากข้อมูลเหล่านั้น เมื่อได้สมมติฐานแล้วก็ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงกับความรู้ที่เชื่อถือได้อีกครั้งหลังจากได้แก้ไขปรับปรุงสมมติฐานที่ได้เรียบร้อยแล้ว ก็ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมาเพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของสมมติฐานจนถึงระดับที่ยอมรับได้ วิธีนี้นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของวิธีการทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern scientific method) ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาต่าง ๆ ทางวิทยาศาสตร์ได้มากขึ้น

2.7.3 ระดับของทฤษฎี

ระดับ หรือขอบเขตการอธิบายของทฤษฎี เมื่อกล่าวถึงทฤษฎี ความหมาย ของคำนี้ มีความลึกและแยกย่อยได้หลายมิติ โดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งอย่างหยาบ ๆ เป็น 2 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ และทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ โดยทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์จะมีความแม่นยำตรง (Precise) ในการอธิบายเหตุการณ์หรืออธิบายปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์ได้สูงมากจนแทบไม่มีข้อผิดพลาด ซึ่งต่างจากทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ที่มีความสามารถในการอธิบาย การทำนายปรากฏการณ์ทางสังคมได้ถูกต้องน้อยกว่า โดยในตัวทฤษฎีทางสังคมศาสตร์เองก็ยังมีระดับ หรือขอบเขตการอธิบายของทฤษฎีที่แตกต่างกันไป Creswel (1994, p. 83) ได้แบ่งทฤษฎีออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.7.3.1 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ขนาดใหญ่ (Grand Theory) เช่น ทฤษฎีอธิบายวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตของ ชาร์ล ดาร์วิน ทฤษฎีอธิบายการเพิ่มประชากรของมัลธัส ทฤษฎี

อธิบายการเปลี่ยนแปลงประชากรยุคต่าง ๆ ทฤษฎีอธิบายลำดับขั้น ความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ ทฤษฎีอธิบายระดับพัฒนาการทางสติปัญญาของมนุษย์ช่วงอายุต่าง ๆ ของเพียเจต์ เป็นต้น ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้สามารถนำไปอธิบายได้อย่างกว้างขวางครอบคลุมขอบเขตทุกชาติทั่วทั้งโลก

2.7.3.2 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ขนาดปานกลาง (Middle - Range Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ได้ในขอบเขตที่กว้างขวางปานกลางไม่ครอบคลุมขอบเขตทั้งโลก

2.7.3.3 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์เฉพาะพื้นที่ (Substantive Theory) เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มประชากรเล็ก ๆ หรืออธิบายปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ หรือ บางที่เรียกว่า ทฤษฎีฐานราก ทฤษฎีรากหญ้า ทฤษฎีติดดิน (Grounded Theory)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการหารูปแบบการพัฒนาการพึ่งตนเองของประชาชนในหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ดังนั้นจึงถือได้ว่าเป็นการสร้างทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์เฉพาะพื้นที่เท่านั้น

2.7.4 วิธีการสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536, น. 18-30) เสนอว่า การสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ อาจทำได้ 3 วิธีคือ

1. การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี (Research - Then - Theory) เป็นการสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์โดยการศึกษาวิจัยแล้วนำผลการวิจัยมาสร้างเป็นทฤษฎี ดังนี้

1.1 คัดเลือกปรากฏการณ์ที่จะศึกษาแล้วบันทึกลักษณะต่าง ๆ ของปรากฏการณ์นั้น

1.2 ตรวจสอบวิเคราะห์ลักษณะทุกอย่างของปรากฏการณ์นั้น ในสถานที่ต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.3 ค้นหากระบวนหรือแบบแผน ที่เป็นระบบจากผลการวิเคราะห์ข้างต้นว่ามีสิ่งใดน่าสนใจพอที่จะศึกษาต่อไปอีก

1.4 เมื่อพบกระบวนหรือแบบแผนที่เป็นระบบสำคัญจากข้อมูลนั้นแล้ว จึงจัดรูปแบบทางทฤษฎีขึ้น

การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี เป็นการนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในทางสังคมศาสตร์ โดยเริ่มต้นจากปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการทราบ ต้องการคำตอบ และเก็บข้อมูลสนามเพื่อนำมาวิเคราะห์

เนื้อหา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่าง ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ต่าง ๆ ที่ปรากฏออกมา เสมอ ๆ เรียกว่า แบบแผนที่เป็นระบบ แล้วนำแบบแผนที่เป็นระบบนี้มาประกอบกันเข้าเป็นทฤษฎีการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีที่มีเงื่อนไขที่สำคัญ คือ

1. ทฤษฎีที่จะสร้างต้องไม่มีตัวแปรหรือความคิดรวบยอดมากนัก เพราะจะทำให้เกิดความสับสน ไม่สามารถสร้างทฤษฎีได้ เนื่องจากจะเกิดความยุ่งยากในการเก็บข้อมูล และการวัดลักษณะต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ

2. จะต้องมีแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นระบบ และไม่มาก เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลไม่ยุ่งยาก สามารถแสดงให้เห็นเหตุและตัวของความสัมพันธ์นั้นได้โดยง่าย

3. การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ว่าในสภาวะที่เป็นจริงนั้นมีแบบแผนแท้จริงตามธรรมชาติอยู่แล้ว หน้าที่ของนักสังคมศาสตร์เพียงแต่พยายามค้นหาแบบแผนธรรมชาติเท่านั้น

อย่างไรก็ตามการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีก็มีจุดอ่อนบางประการ ที่สำคัญ คือ ปรากฏการณ์แต่ละปรากฏการณ์มีตัวแปรเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดวิสัยที่ผู้สร้างทฤษฎีจะนำมาบรรจุไว้ในทฤษฎีของตน และไม่สามารถนำมาหาความสัมพันธ์ได้หมด ทุกตัวแปร สิ่งที่ทำได้คือ ประมวลตัวแปรเฉพาะสิ่งที่เห็นว่าสำคัญ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรบางตัวที่เห็นว่าน่าจะสำคัญ ทำให้ทฤษฎีไม่มีความสมบูรณ์ และไม่สามารถนำวิธีที่ใช้สร้างทฤษฎีมาเป็นแบบอย่างได้ เพราะหลักเกณฑ์ที่นำมาใช้นั้นเป็นหลักเฉพาะตัว หรือ อัจฉริยะ (Subjective) ไม่เป็นหลักวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งเป็นหลักสากลอันยอมรับกันโดยทั่วไป

แต่ก็มีข้อดีของการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีอยู่เหมือนกัน คือเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการสร้างทฤษฎีประเภทที่เป็นกฎซึ่งเป็นทฤษฎีระดับสูง มีความเป็นจริงทุกเวลาและสถานที่ จึงสามารถนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้โดยทั่วไป

2.7.4.2 การสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการวิจัย (Theory - Then - Research) เป็นการใช้อุบายหรือความคิดของตนเองสร้างทฤษฎีขึ้นมาก่อน แล้วจึงทดสอบญาณของตนกับโลกแห่งความเป็นจริง ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical Data) ดังนี้

- 1) คิดทฤษฎีขึ้นมาให้ชัดเจนมากที่สุด กะทัดรัดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 2) คัดเลือกข้อความข้อใดข้อหนึ่งมาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3) ออกแบบเค้าโครงการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์มาทดสอบข้อความที่คัดเลือกไว้แล้ว

4) ทดสอบข้อความนั้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หากไม่สอดคล้องกัน ก็ดัดแปลงรูปแบบเค้าโครงการวิจัย หรือดัดแปลงทฤษฎี แล้วทำการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์หรือทำการวิจัยใหม่

5) ถ้าหากข้อความของทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันความถูกต้องของทฤษฎี ก็เลือกข้อความอื่นของทฤษฎีที่ได้สร้างไว้มาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไปอีก ทำเช่นนี้เรื่อยไปจนทดสอบข้อความทุกข้อความในทฤษฎีจนหมด เป็นอันเสร็จสิ้นการสร้างทฤษฎี

ปัญหาที่สำคัญของการสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการวิจัย มีปัญหาสำคัญอยู่ที่การเลือกข้อความในทฤษฎี เพื่อนำมาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งอาจแก้ปัญหาโดยใช้หลักเกณฑ์ต่อไปนี้

1) เลือกข้อความที่คิดว่าน่าจะถูกต้องมากที่สุดมาทดสอบก่อน เพราะถ้าพบว่า ผิดจะได้ไม่ต้องทดสอบข้อความอื่นของทฤษฎีอีกต่อไป ทำให้ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย

2) เลือกข้อความที่คาดว่าน่าจะผิดมากที่สุดมาทดสอบก่อน เพื่อลดจำนวนข้อความ ที่ไม่มั่นใจให้น้อยลง หรือปรับปรุงดัดแปลงให้ดียิ่งขึ้นเสียก่อน แล้วค่อย ๆ ทดสอบข้อความที่มีความมั่นใจมากขึ้น

3) สมมติฐานสำคัญในการสร้างทฤษฎี คือ โลกแห่งความเป็นจริงไม่ได้มีแบบหรือกฎเกณฑ์ตามธรรมชาติอย่างใดอย่างหนึ่งตายตัวอยู่ นักสังคมศาสตร์ต้องสร้างกฎเกณฑ์ หรือแบบแผนเหล่านั้นขึ้นมาอธิบายเรื่องราวในโลกแห่งความเป็นจริงนั้น เพื่อสร้างกฎเกณฑ์หรือทฤษฎีแล้วทดสอบกับโลกแห่งความเป็นจริงนั้น โดยเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์มาทำการทดสอบ ถ้าถูกต้องก็ยึดถือเป็นทฤษฎีต่อไป ถ้าหากไม่ถูกต้องก็ต้องสร้างทฤษฎีขึ้นใหม่ แล้วทำการทดสอบใหม่อีกจนกว่าจะเป็นทฤษฎีที่ถูกต้อง ในปัจจุบันการสร้างทฤษฎีใหม่มีความจำเป็นมาก เพราะเหตุการณ์และสภาวะแวดล้อมของโลกเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การสร้างทฤษฎีจึงไม่มีวันเสร็จสิ้น

จุดอ่อนของการสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการวิจัย คือนักทฤษฎีจะเริ่มสร้างทฤษฎีเป็นเค้าโครงหยาบ ๆ ไม่ได้มีรูปแบบ และไม่เป็นแบบแผนทั่วไป แล้วเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์มาทดสอบบางส่วนของทฤษฎี ในขณะที่เดียวกันก็จะคัดเลือกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรบางตัวหรือบางคู่ที่เห็นว่าสำคัญ ซึ่งไม่เป็นไปตามแบบแผนทั่วไป

แต่ก็มีข้อดีของการสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการวิจัย คือมีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับการสร้างทฤษฎีประเภทที่เป็นความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลต่อกันของตัวแปรต่าง ๆ (Axiomatic or Causal Process) เพราะสามารถคัดเลือกความสัมพันธ์ของตัวแปรบางคู่เท่านั้น มาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย

2.7.4.3 การสร้างทฤษฎีแบบผสมผสาน (Composite Approach) เป็นผลสืบเนื่องจากการสร้างทฤษฎีทั้ง 2 วิธี คือ การทำวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี และการสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการวิจัยมีทั้งจุดอ่อนและข้อดี การสร้างทฤษฎีทั้งสองวิธีการจึงมีข้อที่ต้องระมัดระวังหลายประการและง่ายต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้น วิธีการที่สามารถป้องกันแก้ไขและทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น คือ การนำเอาข้อดีของทฤษฎีทั้งสองมารวมกัน เรียกว่า การสร้างทฤษฎีแบบผสมผสาน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ขั้นค้นหา (Exploratory) เป็นขั้นตอนที่ผู้สร้างทฤษฎีทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งอย่างกว้าง ๆ เพื่อหาแนวความคิดหรือปัจจัยสำคัญของปรากฏการณ์นั้น และหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยในขั้นตอนต่อไป

2) ขั้นพรรณนา (Descriptive) เป็นการบรรยายความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ได้จากขั้นตอนแรก ระหว่างตัวแปรหนึ่งคู่หรือหลายคู่ในรูปของหลักทั่วไปเชิงประจักษ์ (Empirical Generalization) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในความถูกต้องของนักวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์

3) ขั้นอธิบาย (Explanatory) เป็นการสร้างทฤษฎีที่สามารถอธิบายหลักทั่วไปเชิงประจักษ์ที่ได้จากขั้นตอนที่สอง ซึ่งจะมีลักษณะเป็นวัฏจักร หมุนเวียนกันหลายครั้ง คือ

3.1) การสร้างทฤษฎี

3.2) การทดสอบทฤษฎี

3.3) การปรับปรุงทฤษฎี คือ การกลับไปเริ่มสร้างทฤษฎีในขั้น 3.1 อีกครั้งหมุนเวียนไปจนได้ทฤษฎีที่ต้องการ

2.7.5 วิธีการสร้างทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 3 ข้อ โดยที่วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นการศึกษาในเชิงการสร้างทฤษฎีระดับพื้นฐาน ซึ่งจัดอยู่ในจำพวกทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์เฉพาะพื้นที่ (Substantive Theory) เฉพาะเจาะจงในกลุ่มประชากรเล็ก ๆ หรืออธิบาย

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ หรือ เรียกว่า ทฤษฎีฐานราก ทฤษฎีรากหญ้า ทฤษฎีติดดิน (Grounded Theory) เพื่อหาคำอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากภาวะ โภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการสร้างทฤษฎี จากหลาย ๆ คน เช่น สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536, น. 14-35), นภาพกรณ์ หะวานนท์ (2539, น. 25-40), Strauss & Corbin (1996, pp. 12-19), Bohmstedt & Knoke (1988, pp. 71-83) และ Wallace (1969, pp. 35-50) จึงได้กำหนดกรอบแนวความคิดในการสร้างทฤษฎีดังกล่าวขึ้น โดยเลือกเอาวิธีแบบการผสมผสานระหว่าง 2 วิธีการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกใช้วิธีอนุมาน (Deductive) ซึ่งเป็นวิธีการสร้างทฤษฎีที่เริ่มศึกษาจากทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้การพิจารณานึกคิดไตร่ตรอง อย่างมีเหตุผลว่าตัวแปรใดบ้างที่น่าจะมีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยการขอคำปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาจริยธรรม ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยใช้วิธีการดังกล่าวทำให้ได้ “ข้อสมมติฐานเชิงทฤษฎี” หรือ “ประพจน์” (Theoretical Propositions) ขึ้นมาจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นทฤษฎีชั่วคราวที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์การมีภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำข้อสมมติฐานเชิงทฤษฎีดังกล่าวมาปรับเป็น “สมมติฐานเชิงปฏิบัติการ” (Operational Hypotheses) แล้วสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบทฤษฎีชั่วคราวที่สร้างขึ้นกับภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันพิสูจน์ว่าทฤษฎีชั่วคราวข้อใดมีความถูกต้อง (verified) และทฤษฎีชั่วคราวข้อใดถูกหักล้างว่าไม่ถูกต้องไม่เป็นจริง (falsified) ก็จะถูกตัดออกไป เหลือเฉพาะข้อสมมติฐานเชิงทฤษฎีที่ตรวจสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเป็นตัวแปรที่อิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อนำมาเป็นทฤษฎีตัวจริงที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์การมีภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกต่อไป

2.8.2 ประวัติจังหวัดพิษณุโลก

จังหวัดพิษณุโลก เดิมเป็นเมืองเก่าสมัยขอม เรียกว่า " เมืองสองแคว " เหตุที่เรียกเช่นนี้เพราะตั้งอยู่ระหว่างแม่น้ำสองสายคือแม่น้ำน่านกับแม่น้ำแควน้อย แต่ปัจจุบันแม่น้ำแควน้อยเปลี่ยนทางเดินห่างออกจากตัวเมืองไปประมาณ 10 กิโลเมตร ที่ตั้งตัวเมืองเก่าในปัจจุบัน คือ บริเวณวัดจุฬามณี ซึ่งเป็นวัดเก่าแก่ของพิษณุโลก ต่อมา เมื่อประมาณ พ.ศ. 1900 สมัยสมเด็จพระมหาธรรมราชาที่ 1 (ลิไท) ได้โปรดเกล้าฯ ให้ย้ายเมืองสองแควมาตั้งอยู่ ณ บริเวณตัวเมืองในปัจจุบัน โดยมีฐานะเป็นเมืองลูกหลวง และยังคงเรียกกันติดปากว่า เมืองสองแคว เรื่อยมา

ในช่วงที่พระมหาธรรมราชาที่ 1 (ลิไท) ได้เสด็จมาประทับที่เมืองสองแควได้ทะนุบำรุงนำความเจริญรุ่งเรืองให้กับเมืองเป็นอย่างมาก เช่น การสร้าง เหมือง ฝาย สนับสนุนให้มีการขยายพื้นที่เพาะปลูก สร้างทางคมนาคมจากเมืองพิษณุโลกไปเมืองสุโขทัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีการสร้าง พระพุทธชินราช พระพุทธชินสีห์ พระศรีศาสดา เพื่อประดิษฐานไว้ในพระวิหารพระศรีรัตนมหาธาตุวรมหาวิหาร

สมัยอยุธยา เมืองพิษณุโลกทวีความสำคัญมากขึ้น เพราะเป็นเมืองกึ่งกลางระหว่างกรุงศรีอยุธยา และอาณาจักรฝ่ายเหนือ สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถทรงปฏิรูปการปกครองและได้เสด็จมาประทับที่เมืองนี้ตั้งแต่ พ.ศ. 2006 จนสิ้นรัชกาลในปี พ.ศ. 2031 ช่วงนั้นพิษณุโลกเป็นราชธานีแทนกรุงศรีอยุธยาถึง 25 ปี หลังรัชสมัยของพระองค์ พิษณุโลกมีฐานะเป็นเมืองลูกหลวง เป็นหน้าด่านสำคัญที่จะสกัดกั้นกองทัพพม่า เมื่อครั้งพระนเรศวรมหาราช ดำรงฐานะพระมหาอุปราชครองเมืองพิษณุโลก ระยะนั้นไทยตกเป็นเมืองขึ้นพม่า สมเด็จพระนเรศวรได้ทรงรวบรวมชายฉกรรจ์ชาวพิษณุโลกกอบกู้อิสรภาพชาติไทยได้สำเร็จ

ในสมัยรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ทรงให้รื้อกำแพงเมืองพิษณุโลกเพื่อไม่ให้ข้าศึกใช้เป็นที่มั่น ครั้นถึงปี พ.ศ. 2437 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวโปรดเกล้าฯ ให้ยกฐานะเมืองพิษณุโลกขึ้นเป็นมณฑล เรียกว่ามณฑลพิษณุโลก ต่อมาเมื่อยกเลิกการปกครองแบบมณฑลแล้วพิษณุโลกจึงมีฐานะเป็นจังหวัด เรื่อยมาจนปัจจุบัน

2.8.3 ภูมิประเทศและภูมิอากาศ



ภาพที่ 2.5 ลานหินปุ่ม

ทางตอนเหนือและตอนกลางเป็นเขตเทือกเขาสูงและที่ราบสูง โดยมีเขตภูเขาสูงด้านตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งอยู่ในเขตอำเภอวังทองอำเภอวัดโบสถ์อำเภอเนินมะปรางอำเภอนครไทย และอำเภอชาติตระการ พื้นที่ตอนกลางมาทางใต้เป็นที่ราบ และตอนใต้เป็นที่ราบลุ่ม โดยเฉพาะบริเวณลุ่มแม่น้ำน่านและแม่น้ำยม ซึ่งเป็นแหล่งการเกษตรที่สำคัญที่สุดของจังหวัดพิษณุโลก อยู่ในเขตอำเภอบางระกำอำเภอเมืองพิษณุโลกอำเภอพรหมพิราม อำเภอเนินมะปราง และบางส่วนของอำเภอวังทอง

จังหวัดพิษณุโลก มีลมมรสุมพัดผ่าน จากทะเลจีนใต้และมหาสมุทรอินเดีย และแบ่งฤดูกาลออกได้เป็น 3 ฤดู

ฤดูร้อน ประมาณเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน อุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 32 องศาเซลเซียส

ฤดูฝน จะเริ่มประมาณเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม ปริมาณน้ำฝน เฉลี่ยประมาณปีละ 1,375 มิลลิเมตร

ฤดูหนาว ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน-มกราคม อุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 19 องศาเซลเซียส

2.8.4 สัญลักษณ์ประจำจังหวัด

ตราประจำจังหวัด : พระพุทธชินราช



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ภาพที่ 2.6 พระพุทธชินราช..ซึ่งเป็นพระพุทธรูปที่มีลักษณะงดงามที่สุดของประเทศไทย สร้างขึ้นเมื่อ
พ.ศ.1900 ปัจจุบันประดิษฐานอยู่ ณ พระอุโบสถวัดพระศรีรัตนมหาธาตุ

ดอกไม้ประจำจังหวัด : ดอกนนทรี (Peltophorum Pterocarpum)

ต้นไม้ประจำจังหวัด : ปีบ (Millingtonia Hortensis)

2.8.5 หน่วยการปกครอง

การปกครองส่วนภูมิภาค



ภาพที่ 2.7 แผนที่อำเภอ ในจังหวัดพิษณุโลก

ปี 2560 มีประชากรทั้งจังหวัด 880,866 คน จำแนกเป็นชาย 430,687 คน คิดเป็นร้อยละ 48.89 เป็นหญิง 450,179 คน คิดเป็นร้อยละ 51.11 ความหนาแน่นประชากรประมาณ 81.44 คน ต่อ ตารางกิโลเมตร

จังหวัดพิษณุโลกแบ่งการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 93 ตำบล 1,032 หมู่บ้าน

ข้อมูลพื้นฐาน จังหวัดพิษณุโลก

ตารางที่ 1 การแบ่งเขตการปกครองจังหวัดพิษณุโลกปีงบประมาณ 2560

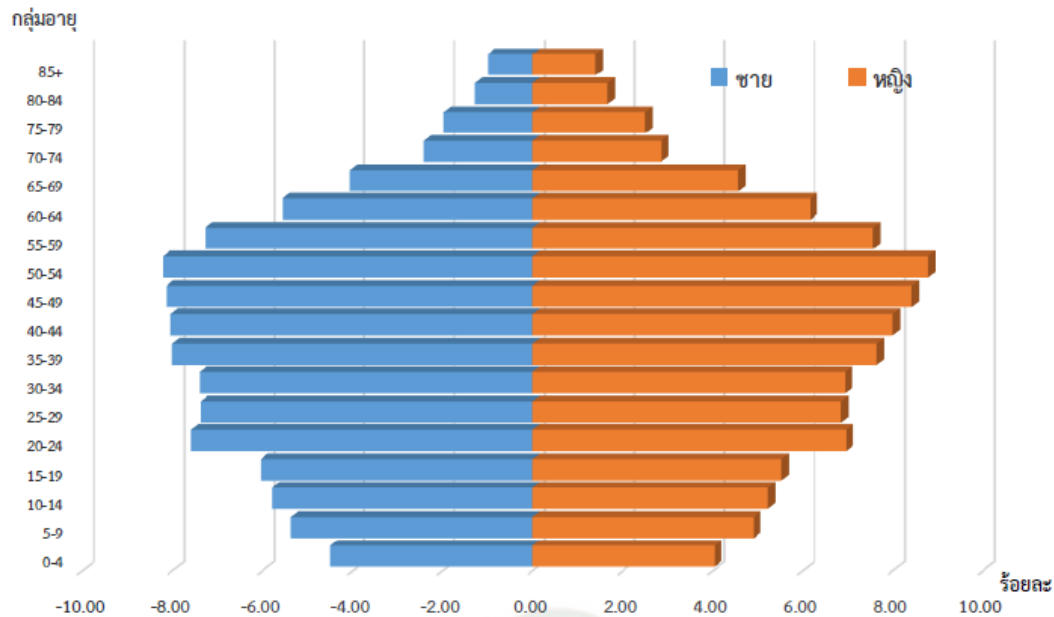
อำเภอ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ตำบล	หมู่บ้าน	อบต.	เทศบาล นคร/เมือง/ ตำบล	ระยะทางถึง จังหวัด (กม.)	ประชากร*	หลังคา เรือน**
เมือง	758.80	20	173	14	1/1/5	-	313,799	131,561
นครไทย	2,220.38	11	142	9	-/-/2	99	84,897	31,129
ชาติตระการ	1,586.22	6	72	6	-/-/1	136	40,561	14,167
บางระกำ	992.0	11	135	8	-/-/5	17	93,192	31,830
บางกรวย	447.33	9	87	5	-/-/4	41	47,029	15,810
พรหมพิราม	841.93	12	120	12	-/-/2	25	86,003	31,393
วัดโบสถ์	1,340.92	6	61	6	-/-/1	27	36,993	14,304
วังทอง	1,678.92	11	168	11	-/-/1	19	117,551	42,368
เนินมะปราง	1,029.55	7	77	5	-/-/3	75	60,841	20,741
รวม	10,815.80	93	1,035	76	1/1/24	-	880,866	333,303

ที่มา : ปกครองจังหวัดพิษณุโลกและท้องถิ่นจังหวัดข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2560

* ข้อมูลจากงานหลักประกันสุขภาพนับที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร ณ 30 มิถุนายน 2560

** ข้อมูลจากปกครองจังหวัดพิษณุโลก ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2559

ภาพที่ 2.8 ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดพิษณุโลก



ที่มา : ข้อมูลจากงานหลักประกันสุขภาพนับที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ ณ 30 มิถุนายน 2560

ภาพที่ 2.9 ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ

2.8.6 การศึกษา

จังหวัดพิษณุโลกเป็นศูนย์กลางการศึกษาของภูมิภาคภาคเหนือตอนล่าง มีสถานศึกษาทุกระดับตั้งแต่อนุบาลจนถึงระดับมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง เช่น มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำแห่งแรก และเป็นศูนย์กลางการศึกษาของจังหวัดพิษณุโลกและภาคเหนือตอนล่าง. มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา วิทยาเขตพิษณุโลก รวมทั้งยังมีสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน สำหรับฝึกอาชีพให้กับผู้ที่สนใจทั่วไป

จังหวัดพิษณุโลกเป็นศูนย์กลางการศึกษาของภูมิภาคภาคเหนือตอนล่าง มีสถานศึกษามากมายทุกระดับตั้งแต่อนุบาลจนถึงระดับมหาวิทยาลัยทั้งรัฐบาล และเอกชนดังนี้

2.8.6.1 อุดมศึกษา



ภาพที่ 2.10 ป้ายมหาวิทยาลัยนเรศวร



ภาพที่ 2.11 ภายในมหาวิทยาลัยนเรศวร

- 1) มหาวิทยาลัยนเรศวร
- 2) มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
- 3) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา วิทยาเขตพิษณุโลก

- 4) วิทยาลัยสงฆ์พุทธชินราช มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
- 5) มหาวิทยาลัยพิษณุโลก
- 6) วิทยาลัยทองสุข ศูนย์การศึกษาพิษณุโลก
- 7) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
- 8) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
- 9) วิทยาลัยแคมบริดจ์ ประเทศไทย
- 10) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ศูนย์จังหวัดพิษณุโลก

2.8.6.2 อาชีวศึกษา

วิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดพิษณุโลก

- 1) วิทยาลัยเทคนิคพิษณุโลก
- 2) วิทยาลัยเทคนิคสองแคว
- 3) วิทยาลัยพณิชยการบึงพระพิษณุโลก
- 4) วิทยาลัยสารพัดช่างพิษณุโลก
- 5) วิทยาลัยการอาชีพนครไทย
- 6) วิทยาลัยบริหารธุรกิจและเทคโนโลยีพิษณุโลก
- 7) วิทยาลัยอาชีวศึกษาพณิชยการพิษณุโลก

2.8.7 การขนส่ง

สถานีรถไฟพิษณุโลก

จากลักษณะทางภูมิศาสตร์ทำให้จังหวัดพิษณุโลกเป็นจุดศูนย์กลางในด้านคมนาคมของภูมิภาคอินโดจีน โดยเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างภาคกลางกับภาคเหนือ รวมทั้งภาคเหนือกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วย จังหวัดพิษณุโลกจึงได้รับการขนานนามว่าเป็น “เมืองบริการสี่แยกอินโดจีน” โดยสามารถเดินทางได้โดยทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 12 (แม่สอด - มุกดาหาร) ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 11 (อินทร์บุรี - เชียงใหม่) และทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 117 (พิษณุโลก - นครสวรรค์) โดยทางหลวงทั้ง 3 สายเชื่อมโยงกันด้วยโครงข่ายทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 126 (ถนนวงแหวนรอบเมืองพิษณุโลก)

โดยทั้งนี้จังหวัดพิษณุโลกมีสถานีขนส่งผู้โดยสาร 2 แห่งด้วยกัน

1. สถานีขนส่งผู้โดยสารแห่งที่ 1 ตั้งอยู่ภายในตัวเมือง สำหรับรถโดยสารที่วิ่งบริเวณจังหวัดที่ใกล้เคียง

2. สถานีขนส่งผู้โดยสารแห่งที่ 2 ตั้งอยู่บริเวณสี่แยกอินโดจีน เป็นสถานีขนส่งผู้โดยสารที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในภาคเหนือ ก่อสร้างบนเนื้อที่ 10 ไร่ 12 ตารางวา รองรับรถโดยสารที่มีเส้นทางผ่านจังหวัดพิษณุโลก รวม 20 เส้นทาง มีลานจอดรถสำหรับจอดรถโดยสารทั้งหมด 40 ช่อง แบ่งเป็นอาคารสถานีฯหลังใหญ่ จำนวน 20 ช่อง อาคารสถานีฯหลังเล็ก จำนวน 20 ช่อง มีช่องจำหน่ายตั๋ว 27 ช่อง มีสถานที่จอดรถสำหรับประชาชนจำนวน 100 ช่อง มีการจัดสถานที่นั่งรอรถ สำหรับพระภิกษุและประชาชนอย่างเพียงพอ

นอกจากการคมนาคมทางรถยนต์แล้ว การเดินทางมาจังหวัดพิษณุโลกยังสามารถมาด้วยรถไฟหรือเครื่องบิน โดยที่ท่าอากาศยานพิษณุโลก มีเครื่องบินมีสายการบินนกแอร์ ไทยแอร์เอเชีย ไทยไลอ้อนแอร์ และ กานต์แอร์ มีเที่ยวบินมาลงท่าอากาศยานพิษณุโลกทุกวัน

ส่วนการเดินทางภายในตัวจังหวัดนั้น จะมีรถโดยสารสองแถวสีม่วง กัปรถโดยสารประจำทางมินิบัสสีม่วง วิ่งให้บริการหลายสาย

2.8.8 สาธารณสุข



ภาพที่ 2.12 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

จังหวัดพิษณุโลกมีสถานบริการที่หลากหลาย ตั้งแต่สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลทหาร โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย โดยมี

โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขประจำจังหวัดและประจำภูมิภาคภาคเหนือตอนล่างคือ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงของภูมิภาคภาคเหนือตอนล่างก็คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม คือ โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช และโรงพยาบาลกองบิน 46

2.8.8.1 งานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

จากผลการสำรวจคุณภาพชีวิตคนทำงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลปี 2551 พบว่า คนวัยทำงานเพียง 3 ใน 5 ที่กินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ และมากกว่า 1 ใน 4 ดมมือเช้าทั้งที่เป็นมือสำคัญ และร้อยละ 46.5 ไม่ออกกำลังกายเลย และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าคนไทยวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมกินผัก ผลไม้ต่อวันเพียงพอตามข้อแนะนำ (รวม ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เพียงร้อยละ 25.9 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.2 มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5 - 22.9 กิโลกรัม / ตารางเมตร) เพียงร้อยละ 36.43 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ร้อยละ 37.5 และพบโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.9 และ ร้อยละ 24.7 ตามลำดับ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 โดย สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า คนไทยวัยทำงานแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า ร้อยละ 97.8 แปรงฟันก่อนเข้านอน ร้อยละ 79.9 และใช้อุปกรณ์เสริมร่วมกับการแปรงฟัน ร้อยละ 55.7 ผลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 พบว่า การนอนหลับของคนไทยวัยทำงาน 8.2 ชั่วโมงต่อวัน

ปี 2560 จังหวัดพิษณุโลก มีประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป - 59 ปี ที่ซึ่ช้่น้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมดที่ซึ่ช้่น้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด จำนวน 258,808 คน และประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป - 59 ปี ที่มีดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 125,336 คน คิดเป็นร้อยละ 48.43 (ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 กก. /ตรม.)

1) วิธีดำเนินการ

1.1) จัดทำโครงการสร้างกระแสการออกกำลังกายแก่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป จังหวัดพิษณุโลก โดยดำเนินการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธ เวลา 15.30 เป็นต้นไป

- 1.1.1) ปั่นจักรยานเพื่อเยี่ยมผู้ป่วย / ผู้ด้อยโอกาส และเยี่ยม รพ.สต.
- 1.1.2) เต็นแอโรบิค / โยคะ / เต็นบาสโลบ
- 1.1.3) เดิน / วิ่ง
- 1.1.4) ปิงปอง
- 1.1.5) อื่น ๆ ตามความเหมาะสมของบุคคล

2) จัดอบรมผู้นำด้านสุขภาพ (Health leader) นำร่อง อำเภอวัดโบสถ์ 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลหินลาด ตำบลท่างาม และตำบลท้อแท้ ซึ่งได้ทำการอบรมผู้นำด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2559 โดยใช้งบประมาณของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

2.1) โดย PCU. วัดโบสถ์ โครงการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว และจะกำหนดจัดประชุม / อบรมเพื่อขยายเครือข่ายในวันที่ 18 กรกฎาคม 2560 ส่วนรพ.สต.ท้อแท้ และท่างาม รออนุมัติเงินโครงการ

2.2) รพ.สต.ท้อแท้, รพ.สต.ท่างาม และ PCU. รพ.วัดโบสถ์ ใช้ชื่อโครงการเหมือนกันชื่อโครงการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ใน ปีงบประมาณ 2560 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2.8.8.2 บทบาทของผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

- 1) เป็นผู้สื่อสารและถ่ายทอดความรู้ด้านพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในวัยทำงาน
- 2) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในชุมชน สร้างเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3) มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ อี้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์
- 4) ประชาชน สนับสนุน ติดตามการดำเนินงานในชุมชนและพัฒนาไปสู่เป้าหมายร่วมกับชุมชนและ รพ.สต.

2.8.8.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

1) เป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การมีสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก และการนอนหลับที่เพียงพอ ซึ่งผู้นำด้านสุขภาพต้องสามารถกระตุ้นให้คนในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ

2) เป็นผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดทิศทางของชุมชนที่ประชาชนยอมรับ เช่น สมาชิก อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำทางศาสนา แกนนำ ข้าราชการเกษียณ ประธานชมรม อสม. เป็นต้น

3) มีจิตอาสาในการทำงานด้านสุขภาพ

2.8.9 สภาพทางเศรษฐกิจ

โครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดพิษณุโลก มีมูลค่าผลิตภัณฑ์รวมจังหวัด (GPP) เท่ากับ 82,417 ล้านบาท ประกอบด้วยภาคเกษตรกรรมร้อยละ 25.82 และภาคนอกการเกษตร ร้อยละ 74.18 รายได้ของประชากรต่อหัว เท่ากับ เท่ากับ 91,577 บาท / คน / ปี เป็นลำดับที่ 39 ของประเทศ ลำดับที่ 2 ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2558) ภาคการเกษตรหลักคือ การทำนา มีทั้งนาปีและนาปรัง โดยจะทำในลักษณะ นาดำ นาหว่าน นาหว่านตม พืชไร่ที่นิยมปลูกกันมาก ได้แก่ ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ มันสำปะหลัง ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ฝ้าย อ้อย ฯลฯ ส่วนไม้ผลและไม้ยืนต้น ที่นิยมปลูก เช่น มะม่วง ส้มเขียวหวาน มะปราง มะขาม ฯลฯ ส่วนพืชผักที่นิยมปลูกกันมาก ได้แก่ แตงกวา คื่นช่าย บวบ มะระจีน เป็นต้น

2.8.10 แหล่งมรดกสำคัญ

เมืองพิษณุโลกเป็นเมืองสำคัญชั้นหลังเก่าแก่เหมือน เมืองลพบุรี เมืองสวรรคโลก และเมืองสุโขทัย ถึงเป็นราชธานีก็ไม่มานานเท่าเมืองสุโขทัยและกรุงศรีอยุธยา เพราะฉะนั้น ของโบราณที่เมืองจึงมีน้อยกว่าสี่เมืองนั้น แต่ทว่า โบราณวัตถุซึ่งนับถือกันว่าเป็นของสำคัญชั้นที่สุดสิ่งหนึ่งในสยามประเทศนี้มีอยู่ในเมืองพิษณุโลก คือ พระพุทธรูปซึ่งทรงพระนามว่า "พระพุทธรูปชินราช" อันประดิษฐานอยู่ ณ วัดมหาธาตุ พระพุทธรูปองค์นี้นับถือกันทั่วทั้งประเทศ แม้สมเด็จพระราชาธิบดี ตั้งแต่ครั้งกรุงศรีอยุธยามาจนกรุงรัตนโกสินทร์นี้ ถ้าพระองค์ใดมีโอกาสเสด็จขึ้นไปถึงเมืองเหนือก็คงเสด็จไปกระทำสักการบูชาสมโภชพระพุทธรูปชินราชทุกพระองค์ ที่จะเว้นหาไม่มี ของโบราณที่เมืองพิษณุโลกนอกจากพระพุทธรูปชินราชยังมีพระราชวังและวัดอื่น ๆ ดังนี้

1) วัดมหาธาตุ

วัดมหาธาตุอยู่ริมน้ำทางฝั่งตะวันออก เป็นวัดใหญ่ และสำคัญว่าวัดอื่นในเมืองพิษณุโลก มีพระมหาธาตุรูปพระปรารักษ์อยู่กลาง เห็นจะสร้างแต่ครั้งกรุงสุโขทัยเป็นราชธานี แต่ซ่อมแซมแก้ไขมาหลายครั้งหลายสมัย รูปเช่นคงอยู่ทุกวันนี้ดูเป็นแบบอย่างครั้งกรุงศรีอยุธยา พระมหาธาตุมีพระระเบียงและมีวิหารสี่ทิศ วิหารหลวงอยู่ทางทิศตะวันออก วิหารพระพุทธชินราชอยู่ทิศตะวันตก วิหารพระพุทธชินสีห์อยู่ทิศเหนือ วิหารพระศาสดาอยู่ทิศใต้ วิหารทั้งสี่ทิศนี้ยังบริบูรณ์อยู่ตามแบบเดิมแต่วิหารพระพุทธชินราชหลังเดียว และมีบานประตูประดับมุกฝีมือช่างครั้งกรุงศรีอยุธยา ซึ่งพระเจ้าบรมโกศทรงสร้าง มีอักษรจารึกอยู่เป็นสำคัญ วิหารพระพุทธชินสีห์กับวิหารพระศาสดานั้นเดิมหักพังหมด พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวโปรดให้สร้างขึ้นใหม่แต่เล็กกว่าเดิม และโปรดให้ปั้นพระพุทธรูปแทนพระพุทธชินสีห์และพระศาสดา (ซึ่งอยู่ในกรุงเทพฯ) ไว้ในวิหารนั้นด้วย วิหารหลวงทิศตะวันออกนั้นยังหักพัง เหลือแต่ผนังอยู่บนบริบูรณ์ อยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ที่กล่าวมายังมีวิหารและพระเจดีย์อีกมากแต่ไม่เป็นสิ่งสำคัญ

2) ตำนานพระพุทธชินราช พระพุทธชินสีห์

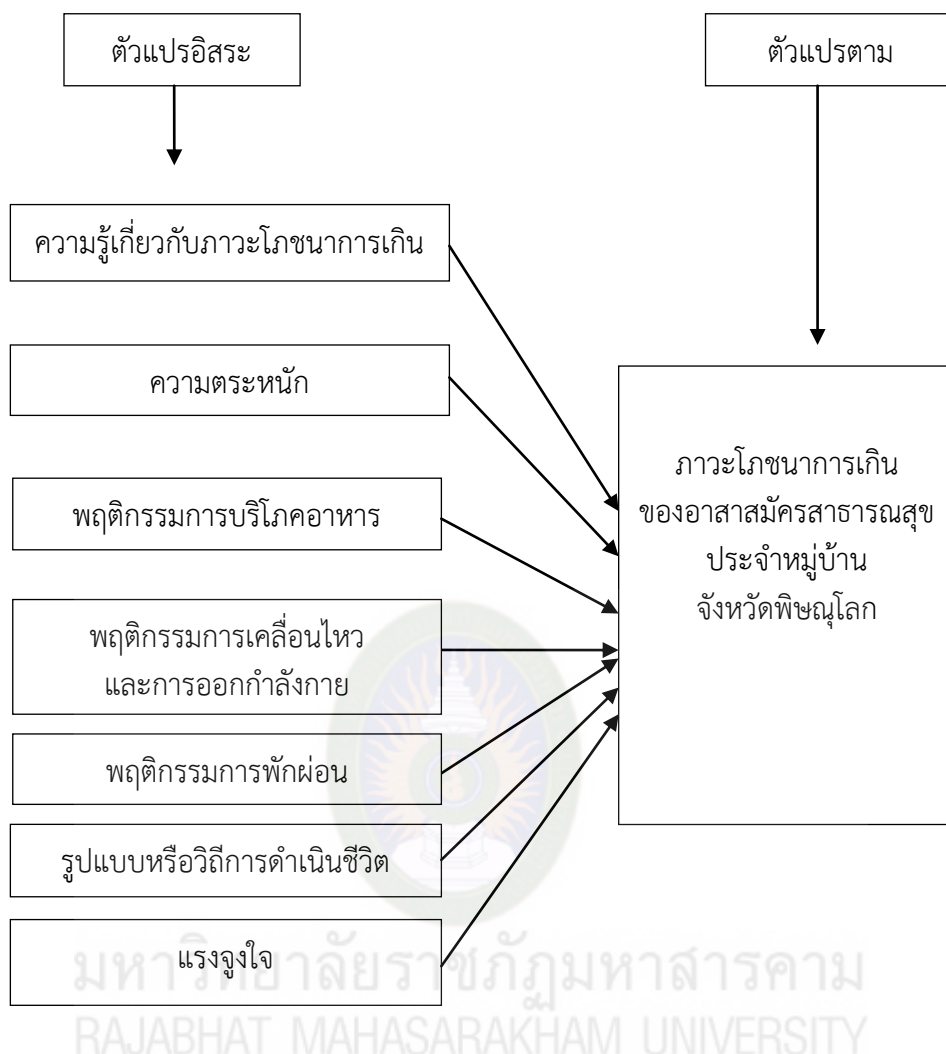
มีเนื้อความในหนังสือพงศาวดารเหนือว่า พระเจ้าศรีธรรมไตรปิฎกซึ่งสร้างเมืองพิษณุโลกนั้นทรงดำริจะสร้างพระพุทธรูปสามพระองค์ ให้ช่างสุโขทัยกับช่างเชียงใหม่ช่วยกันปั้นหุ่นพระพุทธรูปนั้น แล้วเททองสัมฤทธิ์หล่อเมื่อ ณ วันพฤหัสบดี เดือนสี่ ขึ้นสิบห้าค่ำ ปิจจ (ประมาณว่าในปีจจ พ.ศ. 1907) สำเร็จเรียบร้อยแต่สองพระองค์ คือ พระพุทธชินสีห์ กับพระศาสดา แต่พระพุทธชินราชนั้นต้องหล่อหลายครั้งจึงสำเร็จ แล้วเอาเศษทองที่เหลือหล่อพระพุทธรูปสามพระองค์นั้นหล่อเป็นพระพุทธรูปขนาดเล็กไว้อีกพระองค์หนึ่ง จึงเรียกกันว่า "พระเหลือ" ประดิษฐานไว้ในกุฏิที่ได้ตั้งโพธิ์สามเส้าซึ่งปลูกไว้ตรงที่หล่อพระพุทธรูปสามพระองค์นั้น กุฏิพระเหลือนี้พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงปฏิสังขรณ์ครั้งทรงผนวชเป็นสามเณร ได้ตามเสด็จสมเด็จพระบรมชนกนาถขึ้นไปยังเมืองพิษณุโลก ต่อมาถึงรัชกาลที่ 5 เมื่อทรงหล่อจำลองพระพุทธชินราชมาเป็นประธานวัดเบญจมบพิตร โปรดให้ปลูกต้นโพธิ์ตรงที่หล่ออีกต้นหนึ่งต่อต้นโพธิ์สามเส้าลงมาข้างใต้ แล้วทรงหล่อพระเหลืออีกองค์หนึ่ง แต่โปรดให้ประดิษฐานไว้ให้ราษฎรบูชา ณ เมืองลับแล

ลักษณะของพระพุทธชินราชกับพระพุทธชินสีห์แม้พิจารณาดูในบัดนี้ก็เห็นได้ว่าเลือกเอาลักษณะที่งามในแบบอย่างพระพุทธรูปสุโขทัยกับเชียงใหม่มาปรุงผสมกัน สมดังความที่กล่าวในพงศาวดารเหนือ จึงงามหาที่เปรียบมิได้ แต่พระศาสดานั้นลักษณะต่างไป สงสัยว่า จะหล่อมาต่อ

ชั้นหลัง มิใช่ฝีมือช่างเดียวกัน ถึงในจดหมายเหตุเก่าซึ่งกล่าวถึงสมเด็จพระราชาธิบดี ครั้นกรุงศรีอยุธยาเสด็จขึ้นไปสมโภชก็ออกพระนามแต่พระพุทธชินราชกับพระพุทธชินสีห์ หาได้กล่าวถึงพระศาสดาไม่ แต่พระพุทธรูปทั้งสามพระองค์นั้นประดิษฐานอยู่ในวัดมหาธาตุเมืองพิษณุโลกด้วยกันมาตลอดเวลากว่าสี่ร้อยปี จนถึงรัชกาลที่ 2 กรุงรัตนโกสินทร์นี้ จะเป็นปีใดไม่ปรากฏ วิหารพระศาสดาหักพัง จึงมีผู้เชิญพระศาสดาลงมากรุงเทพฯ เดิมไว้ที่วัดบางอ้อข้าง แขวงจังหวัดนนทบุรี ถึงรัชกาลที่ 3 สมเด็จพระเจ้าพระยาบรมมหาพิชัยญาติ เมื่อยังเป็นพระยาศรีพิพัฒน์ เชิญไปไว้วัดประดู่ แขวงจังหวัดธนบุรี ครั้นรัชกาลที่ 4 โปรดให้เชิญมาไว้ที่มุขหน้าพระอุโบสถวัดสุทัศน์ฯ ต่อมา ทรงสร้างพระวิหารที่วัดบวรนิเวศแล้วโปรดให้เชิญพระศาสดาไปประดิษฐานไว้ในวิหารนั้นสืบต่อมาจนบัดนี้ พระพุทธชินสีห์อยู่ที่วัดมหาธาตุ เมืองพิษณุโลก จนรัชกาลที่ 3 วิหารปรักหักพัง กรมพระราชวังบวรมหาศักดิพลเสพจึงโปรดให้เชิญมากรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ. 2374 ประดิษฐานไว้ในวัดบวรนิเวศซึ่งพระองค์ทรงสร้าง เดิมไว้ที่มุขหลังพระอุโบสถ ต่อมา พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ ทรงผนวชเป็นเจ้าอาวาสวัดนั้น จึงโปรดให้เชิญมาประดิษฐานไว้ในพระอุโบสถสืบมาจนบัดนี้

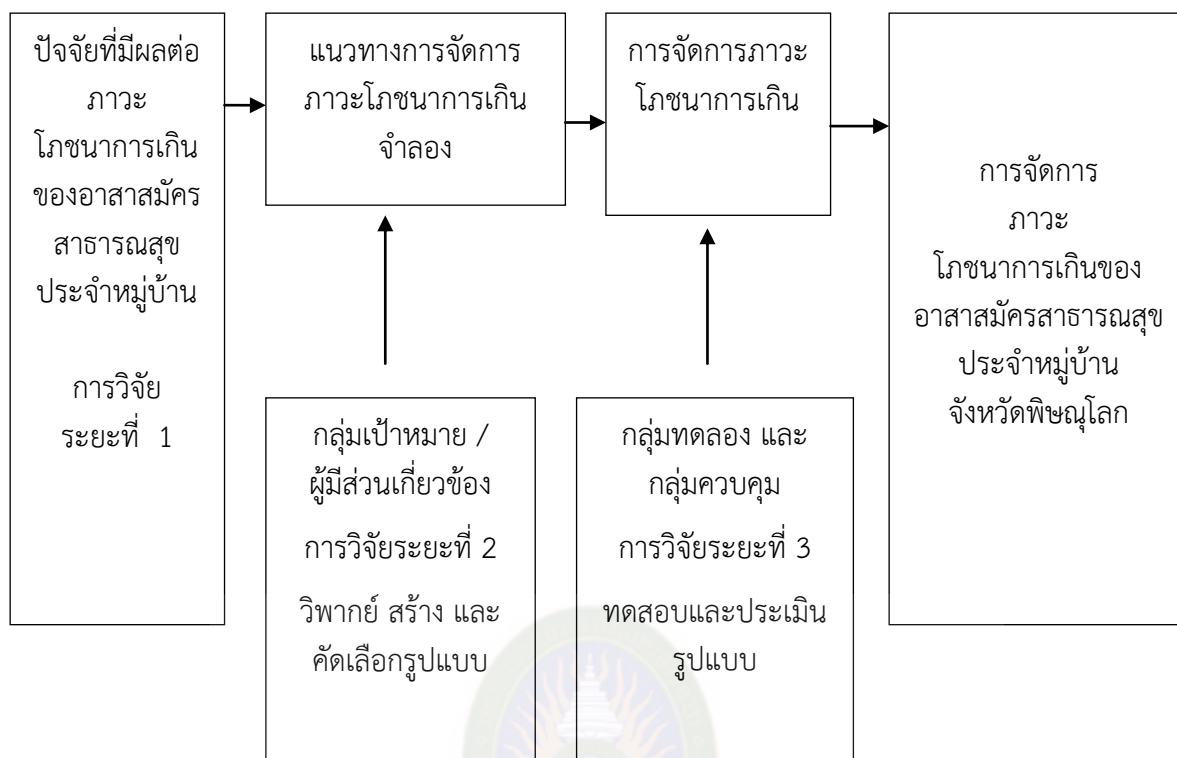
2.9 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีปัจจัยทั้งหมด 8 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ปัจจัยด้านพฤติกรรมการพักผ่อน ปัจจัยด้านรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต และปัจจัยด้านแรงจูงใจ ซึ่งสามารถ เขียนเป็นภาพได้ดังแสดงในภาพข้างล่างนี้



ภาพที่ 2.13 ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ในระยะการวิจัยที่ 1

จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก สามารถจำแนกกรอบแนวคิดในการวิจัยในการสร้าง รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทดลองใช้พร้อมกับการประเมิน รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกิน จึงได้แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินการวิจัยเพื่อที่จะให้ได้ รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกิน กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ตั้งแสดงในภาพที่ 2.13



ภาพที่ 2.14 ความสัมพันธ์ของการดำเนินการวิจัยที่จะให้ได้จัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระยะการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด พิษณุโลก ครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยในเชิงปริมาณ และคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Methodology) ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) ตามสาระสำคัญต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) ตามสาระสำคัญต่อไปนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสร้างรูปแบบการจัดการ

ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ใช้การวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental Design) ตามสาระสำคัญต่อไปนี้

1. กลุ่มทดลอง
2. กลุ่มควบคุม

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 5. วิธีดำเนินการวิจัย
 6. การประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
- กระบวนการวิจัยเพื่อสร้างการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร (Population)

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 17,487 คน(ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2560)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 จึงใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane (1973, p. 727) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างยอมให้มีความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (3-1)$$

โดย n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ในที่นี้กำหนดไว้ที่ .05

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{17487}{1 + 17487(0.05)^2}$$

$$n = 391.055$$

จากการคำนวณจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 391.055 คน (เพื่อให้ง่ายต่อการจำแนก ผู้วิจัยได้ปัดเศษออกเป็นเลขจำนวนเต็ม) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพจึงเพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 392 คน จากประชากรทั้งหมด 17,487 คน

กลุ่มตัวอย่างให้แบ่งเป็น 1) กลุ่มปกติ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ปกติ จำนวน 196 คน 2) กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 196 คน

1.2.2 เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการสุ่มขั้นที่ 1 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 9 กลุ่ม ตามรายจำนวนอำเภอทั้ง 9 อำเภอที่มีอยู่ในจังหวัดพิษณุโลกเป็นการสุ่มตามระดับชั้น อย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) และเพื่อให้มีการกระจายหน่วยตัวอย่างไปในทุก ๆ อำเภอได้ตามสัดส่วน จึงใช้สูตรในการคำนวณ โดย ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการจัดชั้นภูมิ (Strata) ของหน่วยตัวอย่าง แยกตามรายอำเภอโดยการคำนวณหาสัดส่วนหน่วยตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ใช้สูตร ดังนี้ (รังสรรค์ สิงห์เลิศ, 2556, น. 79-80)

$$\text{สูตร} \quad n_1 = \frac{n \times N_1}{N} \quad (3-2)$$

โดย	n_1	แทน	กลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ
	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N_1	แทน	จำนวนประชากรของแต่ละอำเภอ
	N	แทน	จำนวนประชากรทั้งหมด

ตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างในอำเภอ เมืองพิษณุโลก

$$\text{แทนค่าจากสูตร} \quad n_1 = \frac{392 \times 4371}{17487}$$

จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง อำเภอเมืองพิษณุโลก = 98 คน

ในการสุ่มขั้นที่ 2 เป็นการสุ่มอย่างมีระบบ แบบ Systematic Random Sampling หาหน่วยตัวอย่างโดยวิธีนำรายชื่อผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินในอำเภอนั้น ๆ มาจัดเรียงลำดับต่อกันเป็นรายตำบล หมู่บ้าน เรียงลำดับตัวเลข โดยสุ่มหน่วยตัวอย่างคนแรกก่อน และคนต่อ ๆ ไป ใช้วิธีกำหนดช่วงของการเลือกหน่วยตัวอย่าง (Sampling Interval) โดยใช้ค่าที่ได้จากการนำจำนวนหน่วยในประชากรหารด้วยจำนวนหน่วยในกลุ่มตัวอย่าง มาเป็นช่วงของการเลือกหน่วยตัวอย่าง ตามสัดส่วนที่ได้จากการคำนวณ มีระยะห่างเท่ากันทุกหน่วยตัวอย่าง (รังสรรค์ สิงห์เลิศ, 2551, น. 78-79) จนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในสัดส่วนที่อำเภอนั้น ๆ ได้รับ ผลการคำนวณจำนวนหน่วยตัวอย่างทั้ง 9 อำเภอ ในจังหวัดพิษณุโลก ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1

จำนวนหน่วยตัวอย่างแยกตามเขตอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก

ชื่อเขตอำเภอ	จำนวนอาสาสมัคร สาธารณสุข	จำนวน หน่วยตัวอย่าง	จำนวน กลุ่มปกติ	กลุ่มภาวะ โภชนาการเกิน
1. เมืองพิษณุโลก	4,371	98	49	49
2. นครไทย	2,243	50.28	25	25
3. ขาดิระการ	987	22.12	11	11
4. บางระกำ	2,358	52.85	26	27
5. บางกระทุ่ม	947	21.22	11	10
6. พรหมพิราม	2,172	48.68	24	25
7. วัดโบสถ์	1,128	25.28	13	12
8. วังทอง	2,090	46.85	23	24
9. มะปราง	1,191	26.69	14	13
รวม	17,487	392	196	196

ดังนั้นแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้ตามจำนวนหน่วยตัวอย่างทั้งหมด รวมเป็นจำนวน 392 ฉบับ

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่คาดว่าจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกประกอบด้วย

- 2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน
- 2.2.2 ความตระหนัก
- 2.2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 2.2.4 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย
- 2.2.5 พฤติกรรมการพักผ่อน
- 2.2.6 รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต
- 2.2.7 แรงจูงใจ

2.2 ตัวแปรตาม

ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือ ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (Research Instrument)

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับใช้และพัฒนาเครื่องมือมาจากแบบสอบถามที่มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาไว้แล้ว และนำเครื่องมือวัดนั้นมาปรับข้อความบางส่วน เพื่อให้สอดคล้องและเข้ากับบริบทที่ทำการศึกษา ในครั้งนี้ คือ

3.1.1 เครื่องมือวัดด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเป็นแบบทดสอบความรู้ด้านโภชนาการสำหรับประชาชน ของกรมลวรณ ศาคร (2557, น. 214) ใช้วิธีการวัดในภาพรวมจำนวน 10 ข้อคำถาม

3.1.2 เครื่องมือวัดด้านความตระหนัก ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดความตระหนัก โดยปรับใช้แบบสอบถาม ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง ใช้วิธีการวัดในภาพรวม จำนวน 9 ข้อคำถาม

3.1.3 เครื่องมือวัดด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการปรับใช้แบบสอบถาม ของ ศุภย์อนามย์ที่ 6 ขอนแก่น กระทรง

สาธารณสุข จากเอกสารประกอบการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานคลินิกไร้พุง (2555) ใช้วิธีการวัดในภาพรวม จำนวน 10 ข้อคำถาม

3.1.4 เครื่องมือวัดด้านพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย โดยการปรับใช้แบบสอบถามของ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (2555, น. 27) ใช้วิธีการวัดในภาพรวม จำนวน 5 ข้อคำถาม

3.1.5 เครื่องมือวัดด้านพฤติกรรมกรรมการพักผ่อน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมกรรมการพักผ่อน โดยการปรับใช้แบบสอบถามของ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (2555, น. 25) ใช้วิธีการวัดในภาพรวม จำนวน 5 ข้อคำถาม

3.1.6 เครื่องมือวัดด้านรูปแบบหรือวิธีการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดด้านรูปแบบหรือวิธีการดำเนินชีวิตโดยปรับใช้แบบสอบถาม ของรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง ใช้วิธีการวัดในภาพรวม จำนวน 6 ข้อคำถาม

3.1.7 เครื่องมือวัดด้านแรงจูงใจผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดการสร้างแรงจูงใจโดยปรับใช้แบบสอบถามของรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง ใช้วิธีการวัดในภาพรวม จำนวน 5 ข้อคำถาม

3.2 การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.2.1 เครื่องมือวัดทุกฉบับ ได้ผ่านการพิจารณาด้านเนื้อหา ความหมาย และการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมตามโครงสร้างของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับขอบเขตของความรู้ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย (Index Of Congruence : IOC) โดยนำเครื่องมือปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาในองค์กรด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านการสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน คือ

3.2.1.1 รองศาสตราจารย์ ดร.สุขแก้ว คำสอน คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้านสถิติและการประเมินผล

3.2.1.2 รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจิรา ทับทิม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้านภาษา

3.2.1.3 ดร.กมลวรรณ สาคร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ วุฒิก่อนการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขา วิทยาศาสตร์การพัฒนากุมิภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้านโครงสร้างเนื้อหา

โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

- + 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N} \quad (3-2)$$

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับสิ่งที่ต้องการวัด

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ตัวอย่างข้อความ ข้าพเจ้ามอบหมายงานให้ผู้ร่วมงานได้อย่างเหมาะสม ตามความรู้ความสามารถของแต่ละคน

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 + 1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อความนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 + 1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อความนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 + 1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อความนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

แทนค่าจากสูตร กรณีผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่า ให้ข้อคำถามเป็นตัวแทนของการวัด

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{3}{3} = 1 \quad (3-4)$$

จากตัวอย่าง สามารถคำนวณค่า IOC ของข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 1

จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนี IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.67 เพื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 40 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3.2.2 วิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) โดยหาค่าสัมพันธระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามด้านนั้น (Item-total Correlation) ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จะนำไปใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3.2.3 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับและรายด้าน

3.2.3.1 ในแบบสอบถาม ด้านความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินเป็นแบบทดสอบความรู้ การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ จะใช้ค่า K-R 20 ตามวิธีของ Kude and Richardson (1937, p. 154) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่น และค่าความยาก (Difficulty) ซึ่งค่าความยากของแบบสอบถามที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ คือ 0.20 ถึง 0.80 พบว่า แบบสอบถาม มีค่าความยาก (Difficulty) อยู่ระหว่าง 0.344 ถึง 0.726 มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) อยู่ระหว่าง 0.434 ถึง 0.736 และมีค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8867 (ดังแสดงในภาคผนวก ง)

3.2.3.2 ในแบบสอบถาม อันประกอบด้วย ด้านความตระหนัก ด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมการพักผ่อน ด้านรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต และด้านแรงจูงใจ เป็นแบบทดสอบแบบ Rating Scale การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach (1970, p. 161) พบว่า ด้านความตระหนักมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8724 ด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8112 ด้านพฤติกรรม

การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8484 ด้านพฤติกรรมการพักผ่อนมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8465 ด้านรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิตมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8821 ด้านแรงจูงใจมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8214 ในภาพรวมทั้งฉบับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8526 (ดังแสดงในภาคผนวก ง)

3.3 รายละเอียดของเครื่องมือวัดแต่ละฉบับมีดังนี้

3.3.1 เครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ เป็นแบบทดสอบความรู้ ด้านโภชนาการสำหรับประชาชน ของกรมลวรธรณ สาศกร (2557, น. 214) โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็น แบบทดสอบวัดเป็นแบบ ใช่ หรือ ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อผู้ตอบแบบทดสอบตอบถูก ผู้ตอบจะได้คะแนน 1

หากผู้ตอบแบบทดสอบตอบไม่ถูก ผู้ตอบจะได้คะแนน 0

การแปลความหมายของคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงว่า เป็นผู้มีความรู้สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

3.3.2 เครื่องมือวัดด้านความตระหนัก

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือ ของ อังศินันท์ อินทรกำแหง ซึ่งเป็นแบบสอบถาม มาใช้ในการประเมินความตระหนัก ของประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกิน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 5 ถึง 1 จากการตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” หากเป็นข้อความทางลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

การแปลความหมายของคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงว่าเป็นผู้มีความตระหนักสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ก. ท่านจริงจังกับความพยายามของตนเองที่จะลดน้ำหนักตนเองให้ได้

...เห็นด้วยอย่างยิ่ง...เห็นด้วย ... เฉย ๆ... ไม่เห็นด้วย... ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข. ท่านตระหนักดีว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ แต่ท่านก็ยังไม่ทำ
 ในตอนนี้

....เห็นด้วยอย่างยิ่ง... เห็นด้วย ... เฉย ๆ... ไม่เห็นด้วย... ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.3.3 เครื่องมือวัดด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือ ของ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข จากเอกสารประกอบการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานคลินิกไร้พุง DPAC (2555) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม มาใช้ในการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของประชาชน ผู้มีภาวะโภชนาการเกิน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็น มาตรวัดประเมินค่า 3 ระดับ จาก ประจำ หรือ ครึ่งคราว หรือ ไม่เคย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 3 ถึง 1 จากการตอบ “ประจำ” ถึง “ไม่เคย” หากเป็นข้อความทางลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

การแปลความหมายของคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ก. ท่านรับประทานผัก มากกว่าวันละ ครึ่งกิโลกรัม

....ประจำ .. ครึ่งคราว ... ไม่เคย

ข. ท่านรับประทานอาหารที่ชอบได้อีก แม้จะอิมแล้วก็ตาม

....ประจำ .. ครึ่งคราว ... ไม่เคย

3.3.4 เครื่องมือวัดด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือ ของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ สู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (2555, น. 27) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม มาใช้ในการประเมินด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ของประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกิน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็น มาตรวัดประเมินค่า 3 ระดับ จาก ประจำหรือ ครึ่งคราว หรือ ไม่เคย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 3 ถึง 1 จากการตอบ “ประจำ” ถึง “ไม่เคย” หากเป็นข้อความทางลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

การแปลความหมายของคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ก. ท่านออกกำลังกาย วันละ 30 นาที

....ประจำ .. ครึ่งคราว ... ไม่เคย

ข. ท่านไม่ชอบออกกำลังกาย

....ประจำ .. ครึ่งคราว ... ไม่เคย

3.3.5 เครื่องมือวัดด้านพฤติกรรมการพักผ่อน

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือ ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ สู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (2555, น. 25) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม มาใช้ในการประเมินด้านพฤติกรรมการนอน ของประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกิน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็น มาตรวัดประเมินค่า 3 ระดับ จาก ประจำ หรือ ครึ่งคราว หรือ ไม่เคย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 3 ถึง 1 จากการตอบ “ประจำ” ถึง “ไม่เคย” หากเป็นข้อความทางลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

การแปลความหมายของคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการพักผ่อน ดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ก. ท่านนอน วันละ มากกว่า 6 ถึง 8 ชั่วโมง

....ประจำ .. ครึ่งคราว ... ไม่เคย

ข. ท่านนอนวันละ น้อยกว่า 6 ชั่วโมง

....ประจำ .. ครึ่งคราว ... ไม่เคย

3.3.6 เครื่องมือวัดด้านรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือ ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง ซึ่งเป็นแบบสอบถาม มาใช้ในการประเมินด้านรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต ของประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกิน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็น มาตรฐานประเมินค่า 3 ระดับ จาก ประจำ หรือ ครึ่งคราว หรือ ไม่เคย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 3 ถึง 1 จากการตอบ “ประจำ” ถึง “ไม่เคย” หากเป็นข้อความทางลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

การแปลความหมายของคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงว่า เป็นผู้มีรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต ดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ก. ท่านทำอาหารรับประทานเอง ที่บ้าน

....ประจำ .. ครึ่งคราว ... ไม่เคย

ข. ท่านออกไปทำงานกลางคืน และทานอาหารว่าง เช่น กาแฟ ขนมปัง

....ประจำ .. ครึ่งคราว ... ไม่เคย

3.3.7 เครื่องมือวัดด้านแรงจูงใจ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปรับใช้เครื่องมือ ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง ซึ่งเป็นแบบสอบถาม มาใช้ในการประเมินแรงจูงใจ ของประชาชนผู้มีภาวะโภชนาการเกิน โดยปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็น มาตรฐานวัดประเมินค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 5 ถึง 1 จากการตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” หากเป็นข้อความทางลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

การแปลความหมายของคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงว่า เป็นผู้มีการสร้างแรงจูงใจ สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ก. การให้รางวัล เป็นแรงจูงใจที่ดี ในการอยากทำให้ลดน้ำหนัก

...เห็นด้วยอย่างยิ่ง... เห็นด้วย ... เฉย ๆ... ไม่เห็นด้วย... ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข. ท่านตระหนักดีว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ แต่ท่านก็ยังไม่ได้ในตอนนี้

...เห็นด้วยอย่างยิ่ง... เห็นด้วย ... เฉย ๆ... ไม่เห็นด้วย... ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ทั้งสองกลุ่ม

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เพื่อติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจการอนุญาตให้เก็บข้อมูลในอำเภอ

4.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และความสำคัญของการวิจัย รวมถึงวิธีการตอบและการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามมอบผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล โดยให้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้รับคืนอีก 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 3 สัปดาห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of Data)

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปแบบรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมติฐานเชิงทฤษฎีชั่วคราวที่สร้างขึ้นก่อนการวิจัย

5.1 การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

5.2 การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

5.3 สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัยใช้สถิติวิเคราะห์แบบ Discriminant Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significant .05)

ระยะที่ 2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย (Target Group) คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการภาวะโภชนาการเกินและเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน นักโภชนาการจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน นักจัดการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 1 คน นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอในเขตจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 5 คน และผู้เข้าร่วมวิพากษ์ที่ได้มาจากการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนที่เต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมและมีใช้กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน โดยใช้ปัจจัยที่เป็นผลลัพธ์จากการศึกษาของผู้วิจัย ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 มาเป็นประเด็นในการพิจารณาสร้างรูปแบบ

ตารางที่ 3.2

จำนวนของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ในการวิจัยระยะที่ 2

กลุ่มที่	กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง	จำนวน/คน
1	ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	7
2	ผู้นำชุมชน	7
3	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วไป	6
	รวม	20

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 คือ แผนงานหรือแนวทางรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่ผู้วิจัยนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างขึ้น เพื่อใช้เป็นแบบจำลองชั่วคราวในการพิจารณา ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) วิพากษ์รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

2.2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดพิษณุโลกและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อร่วมกระบวนการระดมสมอง (Brain Storming) ของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 25 คน เพื่อวิพากษ์ให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางการปรับปรุงรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชนจังหวัดพิษณุโลก

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 นี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรวบรวมการวิจารณ์และข้อเสนอแนะ โดยการจดบันทึกลงในแบบวิจารณ์และข้อเสนอแนะและทำการบันทึกภาพบันทึกเสียงทุกเนื้อหา และทำการสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจารณ์และข้อเสนอแนะจากการถอดข้อความเพื่อนำมาเทียบเคียงกับบริบทของการวิจัยและปรับปรุงรูปแบบตามการวิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสร้างรูปแบบการจัดการ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อวิจารณ์และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดข้อความว่าอยู่ในตัวแปรใด(ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1) และนำมาจัดกลุ่ม (Grouping) จากนั้นก็ทำการสังเคราะห์กลุ่มการวิจารณ์และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดข้อความการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาจัดทำรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกโดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาจัดทำรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกร่วมกับการประมวลความคิดเห็นจาก ผู้มีประสบการณ์ตรง (The Critical Incident Technique) โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน นักโภชนาการจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน นักจัดการที่

ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 1 คน นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอในเขตจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 คนเพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะและนำมาสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก เพื่อใช้เป็นแบบทดลองชั่วคราวในการพิจารณา

3.2 นำรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลกที่จัดทำขึ้นมาจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยเน้นกับกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ในเขตจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 20 คน โดยใช้เวลาในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 วันในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจัดให้แต่ละกลุ่มนั่งรวมกัน และร่วมกันวิพากษ์รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชนจังหวัดพิษณุโลกที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และนำเสนอผลการเสนอแนะในการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) ของตัวเองมาสรุปและอภิปรายผลทั้งหมดในที่ประชุมใหญ่(Brain Storming) และนำผลการเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกให้สมบูรณ์ขึ้น

3.3 นำรูปแบบที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก 2) ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ และ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก

ประเมินอีกครั้งว่ากิจกรรมโครงการใดเหมาะสมหรือควรนำไปใช้ กิจกรรมโครงการใดไม่เหมาะสมหรือไม่ควรนำไปใช้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนน ความเหมาะสมในการนำกิจกรรมโครงการไปทดลองใช้

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 5 ถึง 1จากการตอบ“เห็นด้วยที่สุด” ถึง “ไม่เห็นด้วยที่สุด” หากเป็นข้อความทางลบผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม

การแปลความหมายของคะแนน หากค่าเฉลี่ยของคะแนนเกิน 3.51 ขึ้นไปถือว่าผู้วิจัยสามารถนำกิจกรรมโครงการนั้นไปทดลองใช้ได้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การทดลองใช้การจัดการรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1. **กลุ่มทดลอง** ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในเขตตำบลบางกระทุ่ม อำเภอ บางกระทุ่ม. จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 1 บ้านแม่เทียบ หมู่ 2 บ้านคลองกระล่อน หมู่ 3 บ้านเกาะคู หมู่ 4 บ้านบางกระทุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และหากมีจำนวนเกิน 30 คน ผู้วิจัยจะใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากมาให้ได้จำนวน 30 คน ตามที่ต้องการมาเป็นกลุ่มทดลอง

2. **กลุ่มควบคุม** ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกในเขตตำบลบางกระทุ่ม อำเภอ บางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 5 บ้านบางกระทุ่ม หมู่ 6 บ้านบางกระทุ่มใน หมู่ 7 บ้านบึงเวียน หมู่ 8 บ้านหัวหนอง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และหากมีจำนวนเกิน 30 คน ผู้วิจัยจะใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากมาให้ได้จำนวน 30 คน ตามที่ต้องการมาเป็นกลุ่มควบคุม

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2

3.2 ตัวแปรร่วม คือ ผลการบันทึก (การวัดรอบเอว)

3.3 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสำเร็จในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก และตัวแปรอิสระในระยะที่ 1 ที่พบว่าส่งผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 มาทดลองใช้ ดังนั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 คือ กิจกรรม หรือโครงการ หรือแผนงาน ด้านรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เพื่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม คือ แบบบันทึก(ผลการวัดรอบเอว) ผลการสังเกต และแบบสอบถาม(จากปัจจัยที่เป็นผลลัพธ์ในการศึกษาของผู้วิจัยที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1) กับกลุ่มทดลอง โดยการเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ขณะทดลอง และหลังการทดลอง เพื่อวัดพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก และเครื่องมือวัดตัวแปรอิสระในระยะที่ 1 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และนำผลการบันทึกผลการวัดรอบเอว ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 30 คน มาเป็นตัวแปรควบคุม (Control Variable) โดยนำมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) แล้วทำการทดสอบสมมุติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน(ร่วม)หลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA)

5. วิธีดำเนินการ

การดำเนินการในขั้นตอนนี้ ใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi Experimental Design) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบ Two-Groups Pretest-Posttest Design ซึ่งมีแบบแผนการวิจัย ดังนี้ (Cook & Campbell, 1979, p. 99)



เมื่อ O_1 แทน การทดสอบก่อนการทดลอง
 X แทน การทำการทดลอง
 O_2 แทน การทดสอบหลังการทดลอง
 E แทน กลุ่มทดลอง
 C แทน กลุ่มควบคุม

โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.1 เลือกกลุ่มทดลองในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยการเลือกแบบสุ่มใจ ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ในเขตตำบล บางกระพุ่ม อำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลกและหากมีจำนวนเกิน 30 คน ผู้วิจัยจะใช้การ

สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากมาให้ได้จำนวน 30 คนตามที่ต้องการ มาเป็นกลุ่มทดลอง

5.2 เลือกกลุ่มควบคุมในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยการเลือกแบบสุ่มเจาะ ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ในเขตตำบล บางกระทุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ที่ไม่ใช่ประชากรในกลุ่มทดลอง และหากมีจำนวนเกิน 30 คน ผู้วิจัยจะใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากมาให้ได้จำนวน 30 คนตามที่ต้องการ มาเป็นกลุ่มควบคุม

5.3 ทำการเก็บข้อมูลก่อนทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น Pretest ทุกตัวแปรตาม ในระยะที่ 3 และวัดรอบเอวกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม

5.4 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก กับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

5.5 ทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น Posttest ทุกตัวแปรตาม ในระยะที่ 3 และวัดรอบเอวกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม

5.6 นำผลที่ได้จากการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูล แล้วสรุปผลการดำเนินการ

6. ประเมินผลรูปแบบการจัดการ

การประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกเป็นการวิจัยระยะที่ 3 ซึ่งเป็นการนำรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่ปรับปรุงแล้ว มาทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในเขตตำบล บางกระทุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน โดยมีระยะเวลาในการทดลองใช้ และเก็บข้อมูลก่อน และหลังการทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ขณะดำเนินการทดลองการใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยใช้กระบวนการวัดพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง ตามรูปแบบการจัดการที่ใช้กับกลุ่มทดลอง โดยการบันทึก การสังเกต จากนั้นนำผลการทดลองที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะที่ 3 โดยใช้ข้อมูลจากผลการบันทึก ผลการสังเกต และผลการตอบแบบสอบถาม (จากปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็น

ผลลัพธ์ในการศึกษาพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ของผู้วิจัย ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 และการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก) กับ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง ขณะทดลอง และหลังการทดลอง โดยมีผลการวัดรอบเอวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เป็นตัวแปรควบคุม (Control Variable) โดยนำมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) แล้วทำการทดสอบ สมมุติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน(ร่วม)หลายตัวแปรตาม(Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA)

กระบวนการวิจัยเพื่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ระยะที่ 1 การศึกษาวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน
- 1.2 ความตระหนัก
- 1.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 1.4 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย
- 1.5 พฤติกรรมการพักผ่อน
- 1.6 รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต
- 1.7 แรงจูงใจ

2. ตัวแปรตาม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือ ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 392 คน

กลุ่มตัวอย่างให้แบ่งเป็น

1. กลุ่มปกติ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลกที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ปกติ จำนวน 196 คน

2. กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 196 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบ แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป

สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติวิเคราะห์ ทดสอบสมมติฐานในการวิจัย ใช้สถิติวิเคราะห์แบบ Discriminant Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significant .05)

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการจัดการ

การสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน นักโภชนาการจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน นักจัดการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 1 คน นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอในเขตจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 5 คน และผู้เข้าร่วมวิพากษ์ที่ได้มาจากการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนที่เต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมและมีใช้กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกเพื่อใช้เป็นแบบจำลองชั่วคราวในการพิจารณา

การรวบรวมข้อมูล ใช้กระบวนการระดมสมอง (Brain Storming) และการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การสังเกต การบันทึก

ระยะที่ 3 วิจัยและพัฒนา

การทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มทดลอง (Target Groups) ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด
พิษณุโลก จำนวน 30 คน

กลุ่มควบคุม (Control Groups) ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด
พิษณุโลกจำนวน 30 คนที่ไม่ใช่ประชากรในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม คือ รูปแบบการจัดการ
ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกและใช้เครื่องมือวัด
ฉบับเดียวกันกับการวิจัยระยะที่ 1

แบบบันทึก การสังเกต และแบบสอบถาม (จากปัจจัยที่เป็นผลลัพธ์ในการศึกษาของ
ผู้วิจัยที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1)

การรวบรวมข้อมูล การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะ
โภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกกับกลุ่มทดลอง และกลุ่ม
ควบคุม ใช้เวลาในการทดลองอย่างน้อย 3 เดือน และแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนทดลอง รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เป็น Pretest

ระยะที่ 2 ขณะทดลอง การรวบรวมข้อมูลใช้การบันทึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 หลังทดลอง รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็น Posttest และ
เปรียบเทียบข้อมูลก่อนหลังการทดลองด้วยการนำเอาผลการบันทึกผลการวัดรอบเอวมาเป็นตัวแปร
ควบคุม (Control Variable) โดยนำมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) แล้วทำการทดสอบสมมุติฐาน
ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ร่วม) หลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance
: MANCOVA)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยในเชิงปริมาณ และคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Methodology) และนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach)

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach)

ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ใช้การวิจัยเชิงทดลอง (Quasi Experimental Design)

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ในระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาหาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำปัจจัยที่ค้นพบ ไปใช้สร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการวิจัยในระยะที่ 1 นี้ เป็นแบบสอบถาม ไปสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 392 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปกติ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ปกติ จำนวน 196 คน และ 2) กลุ่มภาวะ

โภชนาการเกิน คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 196 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยวิจัย โดยได้นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 392 คน ซึ่งคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามมีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1

จำนวน และร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลกเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ($n = 392$)

ข้อมูลทั่วไปด้าน	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	166	42.30
1.2 หญิง	226	57.70
รวม	392	100.0
2. อายุ		
2.1 อายุที่ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุด คือ 25 ปี		
2.2 อายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ 63 ปี		
2.3 อายุเฉลี่ย 37 ปี		
($\bar{X} = 37.44$ S.D. = 9.06)		
3. รายได้ของครอบครัวต่อปี		
3.1 รายได้น้อยที่สุด คือ 30,000.00 ปี		
3.2 รายได้มากที่สุด คือ 600,000.00 ปี		
3.3 รายได้เฉลี่ย 168,124.00 บาท / ปี		
($\bar{X} = 168,124$, S.D. = 73,644)		

จากตารางที่ 4.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 392 คน พบว่า ด้านเพศ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเป็นหญิง ร้อยละ 57.70 เป็นเพศชายร้อยละ 43.30 ในด้านอายุพบว่า อายุที่ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุดคือ 25 ปี อายุมากที่สุดคือ 63 ปี กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 37 ปี ในด้านรายได้ต่อเดือนพบว่า รายได้ต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุดคือ 30,000.00 บาท รายได้ต่อปี มากที่สุดคือ 600,000.00 บาท กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 168,124.00 บาท/ปี

2. การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การทดสอบสมมติฐานในการตรวจสอบตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Method) และ สหสัมพันธ์แคนอนิคอล (Canonical Correlation Analysis)

การศึกษาปัจจัยสาเหตุที่ได้จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ตัวแปร สาเหตุนี้ เพื่อที่จะสื่อให้เห็นว่าระหว่างสภาพหรือคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ทั้ง 2 กลุ่มนั้น มีความแตกต่างกันหรือไม่ และอย่างไร ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล เพื่อที่จะพิสูจน์ข้อสงสัยดังกล่าว จำนวน 392 ชุด แบ่งเป็นกลุ่มปกติ จำนวน 196 คน และ กลุ่มภาวะ โภชนาการเกิน จำนวน 196 คน เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่สามารถใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) ทดสอบสมมติฐานทางสถิติได้ โดยใช้ค่าสถิติ การวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Method) และ สหสัมพันธ์แคนอนิคอล (Canonical Correlation Analysis) ซึ่งในการวิเคราะห์จำแนกประเภท Discriminant Analysis นี้ มีเงื่อนไข ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (รังสรรค์ สิงห์เลิศ. 2558, น. 286 - 291) ดังนี้

2.1 ข้อมูลที่ใช้ต้องมาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเลือกมาจากประชากร 2 กลุ่มที่มีการกระจายปกติ และ แต่ละ case ต้องเป็นสมาชิกของ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นข้อมูลตัวแปรอิสระทุกตัวจึงต้องมีการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normal Distribution) (โดยใช้ค่าสถิติ Kolmogorov - Smirnov ในการทดสอบ)

2.2 จำนวน cases ในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน

2.3 ตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรจำแนกประเภท ต้องเป็นข้อมูลต่อเนื่อง หรือข้อมูลเชิงปริมาณ หรือมีระดับการวัดเป็นระดับอันตรภาค (Interval Scale) และระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) ถ้าเป็นข้อมูลกลุ่มต้องทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ก่อน

2.4 ตัวแปรอิสระแต่ละคู่ไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองสูงเกินไป (Co Linearity) นักวิจัยบางคนกำหนดว่าต้องมีความสัมพันธ์กันไม่เกิน 0.75 ขึ้นไป

2.5 Variance ของตัวแปรอิสระในแต่ละกลุ่ม และ Covariance Matrix ของตัวแปรอิสระในแต่ละ กลุ่มต้องเท่ากัน (โดยใช้ Box's M ในการทดสอบ)

2.6 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงเท่านั้น
ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบข้อมูลทั้ง 7 ตัวแปร โดยมีผลการทดสอบดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ และความหมายที่ใช้แทนค่าสถิติต่าง ๆ

\bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ย หรือค่ามัชฌิมเลขคณิต

S.D. หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t หมายถึง ค่าสถิติทดสอบความมีนัยสำคัญ เกี่ยวกับความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ตัวแปรอิสระมีมาตรวัดระดับอันตรภาค (Interval Scale) หรือ ระดับอัตราส่วน (Ratio Scale)

χ^2 หมายถึง ค่าสถิติทดสอบความมีนัยสำคัญเกี่ยวกับความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ตัวแปรอิสระมีมาตรวัดระดับกลุ่ม (Nominal Scale) หรือระดับอันดับ (Ordinal Scale)

r หมายถึง ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจำแนกประเภท (Discriminating Variables) กับค่าจำแนกความเป็นสมาชิกกลุ่ม (Canonical Discriminant Function) หรือที่เรียกว่า Function -Variable Correlation เป็นค่าที่แสดงเครื่องหมาย + และ - ซึ่งสามารถใช้บ่งบอกถึงทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจำแนกที่มีอิทธิพลส่งผลต่อตัวแปรตาม

β หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานของตัวแปรจำแนกแต่ละตัว (Discriminant Variables Coefficient) ที่แสดงให้เห็นว่าตัวแปรใดมีอิทธิพลหรือมีน้ำหนักในการจำแนกกลุ่มได้มากกว่าตัวแปรใด

Eigenvalue	หมายถึง	ค่าที่แสดงความสามารถของสมการในการอธิบายการผันแปรของตัวแปรทั้งหมด ถ้าค่าสูงแสดงว่าสมการนั้นอธิบายการผันแปรของตัวแปรได้มาก
Canonical Correlation	หมายถึง	ค่าที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจำแนกกับความเป็นสมาชิกของแต่ละกลุ่ม เป็นค่าที่ใช้ตัดสินความสามารถในการคาดคะเนการเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ดีหรือไม่ ถ้ามีค่ามากใกล้เคียง 1 แสดงว่าสมการมีอำนาจในการจำแนกกลุ่มสูง
Wilk's Lambda	หมายถึง	ค่าที่ใช้วัดอำนาจการจำแนกของตัวแปรในสมการ กล่าวคือ หากนำตัวแปรใดเข้าสมการแล้วปรากฏว่าค่า Lambda สูงมากเท่าใดย่อมเป็นการบ่งบอกว่าตัวแปรที่เหลือจะอธิบายการเป็นสมาชิกของกลุ่มโดยสมการใหม่น้อยลง

สัญลักษณ์ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

Knowledge	แทน	ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน
Awareness	แทน	ความตระหนัก
Eating	แทน	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
Exercise	แทน	พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย
Rested	แทน	พฤติกรรมการพักผ่อน
Life	แทน	รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต
Motive	แทน	แรงจูงใจ

เพื่อเป็นการทดสอบข้อมูลที่ได้อมาโดยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 คน ว่าข้อมูลที่ได้มาสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) ได้ตามข้อตกลงหรือไม่ ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอผลการทดสอบ ดังนี้

ตารางที่ 4.2

ผลการทดสอบความเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลและความเป็นข้อมูลอย่างสุ่ม (Randomization) ของตัวแปรทั้ง 7 ตัว ตามเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้น ข้อที่ 1 ($n = 392$)

		knowledge	awareness	motive	life	rested	exercise	eating
N		392	392	392	392	392	392	392
Normal	Mean	6.1505	3.3802	3.9772	3.4517	3.2749	3.2660	3.8820
Parameters	S. D.	1.5705	0.4940	0.6017	0.4460	0.3861	0.4429	0.5107
Kolmogorov-Smirnov Z		1.093	1.342	1.242	1.280	1.206	1.238	1.181
Asymp. Sig. (2-tailed)		0.214	0.055	0.091	0.076	0.109	0.093	0.123

ซึ่งเป็นการทดสอบความเป็นโค้งปกติของตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว โดยใช้สถิติของ Kolmogorov-Smirnov Z เมื่อพิจารณาค่า Asymp. Sig. (2 - tailed) ทั้ง 7 ตัวแปร (ถ้าตัวแปรใดมีค่านี้นเท่ากับหรือน้อยกว่า .05 ลงมา จะถือว่าข้อมูลชุดนั้น ตัวแปรนั้น มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ไม่ควรใช้ตัวแปรนั้น ควรตัดทิ้งหรือเก็บข้อมูลใหม่) พบว่า ไม่มีตัวแปรใดมีค่า Significant เท่ากับหรือน้อยกว่า .05 ซึ่งแสดงว่าข้อมูลทั้ง 7 ตัวแปร มีการกระจายเป็นโค้งปกติ แสดงแนวโน้มให้เห็นว่ามีโอกาสสูงที่ตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว จะมีการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normal Distribution) และสามารถนำสถิติการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มได้

ตารางที่ 4.3

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของตัวแปรทั้ง 7 ตัว ตามเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้น ข้อที่ 4 ($n = 392$)

	knowledge	awareness	motive	life	rested	exercise	eating
knowledge	1.000	-	-	-	-	-	-
awareness	0.475	1.000	-	-	-	-	-
Motive	0.227	0.063	1.000	-	-	-	-
Life	0.082	-0.087	0.095	1.000	-	-	-
Rested	-0.056	0.006	0.150	-0.026	1.000	-	-
Exercise	0.265	0.252	0.113	0.062	0.053	1.000	-
Eating	0.186	0.156	0.140	0.081	0.044	0.031	1.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระเพื่อเป็นการทดสอบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันเองสูงเกิน 0.75 หรือไม่ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหา Multicollinearity ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุ ทั้ง 7 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กันไม่เกิน 0.75 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.087 ถึง 0.475 จึงสามารถใช้สถิติการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มได้

ตารางที่ 4.4

ผลการทดสอบ Variance และ Covariance matrix ของตัวแปรอิสระในแต่ละกลุ่ม ตามเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้น ข้อที่ 5 (n = 392)

	Box's M	38.977
	Approx.	1.366
F	df1	28
	df2	530003.630
	Sig.	0.094

การทดสอบ Variance และ Covariance Matrix ของตัวแปรอิสระในแต่ละกลุ่ม โดยใช้ Box's M ในการทดสอบ เป็นการตรวจสอบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัวของทั้ง 2 กลุ่ม มี Variance - Covariance Matrix เท่ากันหรือไม่ตามเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม พบว่า ค่า Significant มีค่าเท่ากับ 0.094 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่า ทั้ง 2 กลุ่มมี Variance - Covariance Matrix เท่ากัน (ไม่แตกต่างกัน) จึงสามารถนำตัวแปรทั้ง 7 ตัว เข้าไปทดสอบสมมุติฐานโดยใช้การวิเคราะห์จำแนกกลุ่มได้

ตารางที่ 4.5

ค่าสถิติต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจสมการจำแนกประเภท (n = 392)

Eigenvalue	Canonical Correlation	Wilk's Lambda	Chi-square	df	Sig.
0.846	0.784	0.845	65.305	8	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.5 เป็นการทดสอบแบบ Overall Test พบว่า ค่าไค-สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพราะค่า Significant มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่า .05 สอดคล้องกับค่า Wilk' Lambda เพราะค่า Eigenvalues สูงถึง 0.846 และค่า Canonical Correlation ก็ค่อนข้างสูงคือ 0.784 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว สามารถนำไปเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้ และนำไปสร้างสมการจำแนกกลุ่มได้

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยค่าสถิติหลายตัวดังกล่าว พบว่า ข้อมูลของตัวแปรอิสระทุกตัวที่นำมาศึกษาในครั้งนี้จัดว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการ ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลทั้งหมดเข้าทำการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว ที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผลจากการวิเคราะห์สามารถแสดงค่าสถิติพื้นฐานที่สำคัญ ๆ ของตัวแปรอิสระทุกตัว ดังแสดงในตารางที่ 4.5

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) แบบมีขั้นตอน (Stepwis Method) ด้วยวิธีการของ Wilks

ในการวิเคราะห์จำแนกประเภท เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีเพียง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน สมการจำแนกประเภทจึงมีเพียงสมการเดียว แต่จะมี 2 รูปแบบ คือ สมการจำแนกประเภทจากคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ที่ใช้ประมาณค่าความเป็นจริงของกลุ่ม และสมการจำแนกประเภทจากคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient) ซึ่งเป็นสมการที่แสดงน้ำหนัก (ลำดับอิทธิพล) ของตัวแปรแต่ละตัวที่มีต่อการจำแนกกลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน สำหรับค่าสัมประสิทธิ์จากคะแนนมาตรฐานจะเป็นค่าที่ปรับสัมประสิทธิ์จากคะแนนดิบเป็นคะแนนมาตรฐานเพื่อให้ทุกตัวแปรสามารถเปรียบเทียบลำดับอิทธิพลกันได้ ไม่มีมาตรวัดเดิมเหลืออยู่

ตารางที่ 4.6

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก และสามารถจำแนกกลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน ออกจากกันได้

ลำดับการ เข้าสมการ	ตัวแปรอิสระที่ใช้จำแนกกลุ่ม	ค่า Wilks' Lamda	Sig.
1	ความตระหนักร	0.941	.000*
2	พฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	0.873	.000*
3	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	0.856	.000*
4	แรงจูงใจ	0.845	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.6 แสดงผลการวิเคราะห์จำแนกประเภทแบบมีขั้นตอน (Stepwise Method) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม พบว่า จากจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 7 ตัวแปร มีตัวแปรที่สามารถจำแนกประเภทกลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกินออกจากกันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนทั้งสิ้น 4 ตัวแปร โดยมีลำดับการเข้าสู่สมการ (พิจารณาจากค่า Wilk's Lambda) ตามลำดับ คือ ความตระหนักร (0.941) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.873) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.856) และแรงจูงใจ (0.845)

อย่างไรก็ตาม ลำดับที่ซึ่งแสดงในตารางที่ 4.6 ยังไม่ได้บ่งบอกว่าตัวแปรอิสระใดใน 4 ตัว มีพลัง หรือมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกมากน้อยแตกต่างกันอย่างไร ต้องพิจารณาด้วยค่าสัมประสิทธิ์ที่อยู่ในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Standardized) จึงจะสามารถนำอิทธิพลของทั้ง 4 ตัวแปรอิสระมาเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งพบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักหรืออิทธิพลเรียงลำดับจากมากไปน้อยตามลำดับ คือ ความตระหนักร พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจ ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7

ค่าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภทของตัวแปรในสมการจำแนกประเภทกลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะ
โภชนาการเกิน ออกจากกันได้ทั้งในรูปคะแนนมาตรฐานและคะแนนดิบ

ลำดับ ของ อิทธิพล	ตัวแปรอิสระที่ใช้จำแนกกลุ่ม	ค่าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภท	
		ในรูป คะแนนมาตรฐาน	ในรูป คะแนนดิบ
1	ความตระหนักร	0.731	1.523
2	พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	0.735	1.696
3	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0.334	0.662
4	แรงจูงใจ	0.294	0.492
ค่าคงที่ (Constant) = -11.300			

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ในจำนวนตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวแปรอิสระที่ผู้วิจัยนำเข้ามาศึกษาในครั้งนี้มีเพียง 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ ความตระหนักร พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจ สามารถอธิบายร่วมกันถึงความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกได้ โดยอาศัยการนำค่าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภท ที่อยู่ในรูปของคะแนนดิบมาสร้างเป็นสมการจำแนกประเภทเพื่อใช้คาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ ดังนี้

$$Y = -11.300 + 1.523 (\text{ความตระหนักร}) + 1.696 (\text{พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย}) + 0.662 (\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร}) + 0.492 (\text{แรงจูงใจ})$$

เมื่อ $Y =$ ค่าจำแนกความเป็นสมาชิกกลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน

ในการศึกษาทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรจำแนกแต่ละตัวที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกซึ่งถูกนำเข้าสู่สมการจำแนก ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โดยใช้ค่าจำแนกความเป็นสมาชิกกลุ่มที่ได้จากสมการจำแนก (Canonical discriminant functions) หรือที่เรียกว่า Function-Variable Correlation's (Norusis, M. J., 1989, p. 16)

พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 4 ตัวมีทิศทางความสัมพันธ์เชิงบวกทั้ง 4 ตัวแปรเรียงตามลำดับอิทธิพล ได้แก่ ความตระหนัก พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจ

สำหรับผลของการคาดประมาณ เมื่อนำสมการจำแนกที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้ง 392 คน เพื่อคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่มว่าสมการที่ได้จะมีความสามารถในการทำนายหรือคาดคะเนได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด พบว่า สามารถคาดคะเนกลุ่มที่ยั่งยืนได้ถูกต้องถึงร้อยละ 83.67 คือ จาก 196 คนที่เป็นกลุ่มปกติ สมการที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถคาดคะเนได้ถูกต้องถึง 165 คน ผิดพลาด 31 คน ส่วนกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 196 คนนั้น สมการสามารถคาดคะเนได้ถูกต้องถึง 163 คน ผิดพลาด 33 คน จึงอาจสรุปได้ว่าสมการที่ได้จากการวิเคราะห์จำแนกประเภทในการศึกษา ครั้งนี้ จัดว่าเป็นสมการที่ใช้ในการจำแนกกลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกินได้ดี และมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8

ผลการคาดประมาณการจำแนกกลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้สมการจำแนกประเภทที่ได้จากการวิจัย

ภาวะจริงของกลุ่ม	กลุ่มที่ได้จากการคาดคะเน		จำนวน
	กลุ่มปกติ	กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน	
1. กลุ่มปกติ	165	33	196
จำนวน 196 คน	(คาดคะเนถูก)	(คาดคะเนผิด)	
2. กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน	31	163	196
จำนวน 196 คน	(คาดคะเนผิด)	(คาดคะเนถูก)	
รวม 392 คน	196	196	392

จากตารางที่ 4.8 พบว่า สมการสามารถจำแนกได้ถูกต้อง $(165 + 163) = 328$ คิดเป็นร้อยละของการจำแนกถูกต้อง เท่ากับร้อยละ 83.67

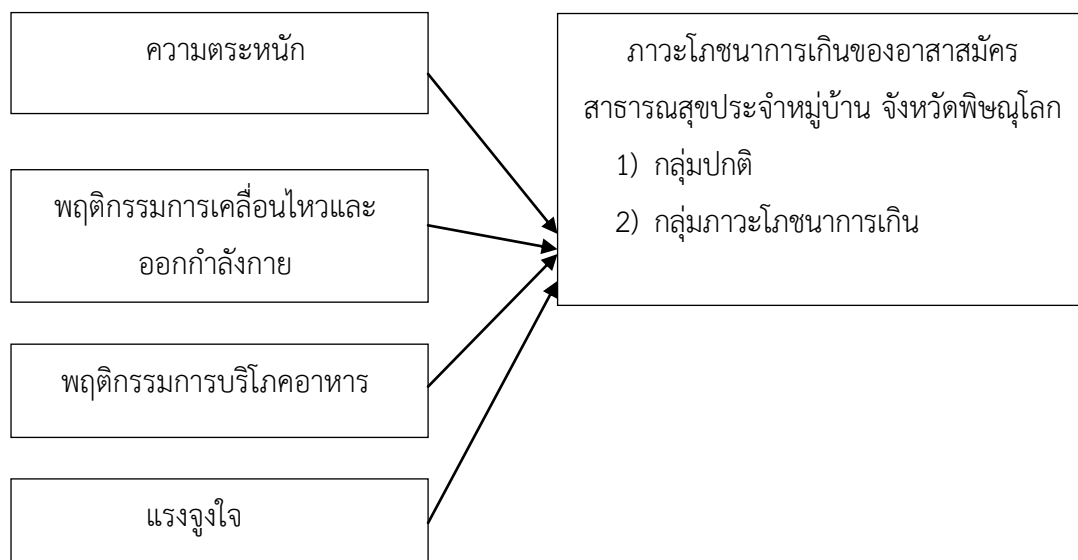
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 ได้ว่า โดยภาพรวมของตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่ได้จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน 2) ความตระหนัก 3) แรงจูงใจ 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 6) พฤติกรรมการพักผ่อน และ 7) รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต และได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยระยะที่ 1 ไว้ว่า ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกได้รับผลจาก 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน 2) ความตระหนัก 3) แรงจูงใจ 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 6) พฤติกรรมการพักผ่อน และ 7) รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต แต่เมื่อผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 392 คน นำมาวิเคราะห์ ด้วยสถิติการวิเคราะห์แบบ Discriminant Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อศึกษาตัวแปรตาม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว พบว่า สมการสามารถจำแนกได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละของการจำแนกถูกต้องเท่ากับร้อยละ 83.67 และมีเพียง 4 ตัวแปร เท่านั้น ที่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างตัวแปรตาม 2 กลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) ความตระหนัก (0.941) 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.873) 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.856) และ 4) แรงจูงใจ (0.845) (พิจารณาจากค่า Wilk's Lambda)

โดยมีสมการจำแนกประเภทเพื่อใช้คาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่ม ดังนี้

$$Y = -11.300 + 1.523 (\text{ความตระหนัก}) + 1.696 (\text{พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย}) + 0.662 (\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร}) + 0.492 (\text{แรงจูงใจ})$$

เมื่อ $Y =$ ค่าจำแนกความเป็นสมาชิกกลุ่มปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน

ผู้วิจัยจึงได้นำเอาปัจจัยสาเหตุทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ความตระหนัก พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจ ไปพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกต่อไป ดังแสดงความสัมพันธ์ในการวิจัยในครั้งนี้ ของตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 แบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1

ระยะที่ 2 การสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ ความตระหนัก พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจ มาเป็นร่างในการพิจารณาสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดข้อความในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 นำมาจัดกลุ่ม (Grouping) สร้างเป็นแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกใช้เป็นร่างแนวทางการจัดการในการพิจารณา
2. จัดการประชุมปฏิบัติการ (Workshop) โดยการนำแนวภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่ผู้วิจัยจัดสร้างขึ้น มานำเสนอที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยเน้นกับกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน นักโภชนาการจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน นักจัดการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 1 คน นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอในเขตจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 5 คน และผู้เข้าร่วมวิพากษ์ที่ได้มาจากการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีรายชื่อ ดังนี้

2.1 นายไพฑูรย์ ประเสริฐทรัพย์ ตำแหน่ง ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา อาจารย์อาวุโส สถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬา วิทยาเขตสุโขทัย

2.2 ดร.ภรณ์วรรณ์ จันทการบัณฑิต ตำแหน่ง นักโภชนาการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

2.3 ดร.ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์ ตำแหน่ง นักจัดการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

2.4 แพทย์หญิง ดวงรัตน์ เชี่ยวชาญวิทย์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม

2.5 นายวิเชียร มีบุญล้ำ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอบางกระพุ่ม

2.6 นายสมชาย วิชชุปัญญาพาณิชย์ ตำแหน่ง รองนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบางกระพุ่ม

2.7 ด.ต.สุพจน์ โสภาคดิษฐ์ ตำแหน่ง เลขาธิการนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบางกระพุ่ม

2.8 นายพีระ เมฆนันท์ไพศิฐ ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลห้วยแก้ว

2.9 พ.จ.อ.สมชาย โพธิ์คง ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 7 ตำบลบ้านไร่ อ.บางกระพุ่ม

2.10 นายสนาม น้อยศรี ตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 7 ตำบลบ้านไร่ อ.บางกระพุ่ม

2.11 นางเรณู เสือเปรม ตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 7 ตำบลบ้านไร่ อ.บางกระพุ่ม

2.12 นายนิพนธ์ ศรีสกุล ตำแหน่ง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

2.13 นายอนันต์ ชื่นชานา ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 3 บ้านเกาะคู ต.บางกระพุ่ม

2.14 นายชุตีพงศ์ ธาราศรี ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 3 บ้านเกาะคู ต.บางกระพุ่ม

2.15 นายพรชัย แพงเพชร ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหมู่ 4 บ้านเกาะคู ต.บางกระพุ่ม

2.16 นายสุทัศน์ ทับทิม สมาชิก อบต.เกาะคู ต.บางกระพุ่ม

- 2.17 นายเดช คำสังวาล สมาชิก อบต.เกาะคู ต.บางกระพุ่ม
- 2.18 นายมานิตย์ เตชา โมรากุล ประธานกองทุนหมู่บ้าน บ้านเกาะคู
- 2.19 นางชิตชอบ ชื่นชาวนา รองประธานกองทุนหมู่บ้าน บ้านเกาะคู
- 2.20 นางสาวรณ ธงศิริ ประธานกลุ่มแม่บ้านเกาะคู
- 2.21 นายวิเชียร หนูท่านา ประธานมูลนิธิชัยพัฒนาบ้านเกาะคู
- 2.22 นางละเอียด สิงห์ลักษณ์ ประธานกลุ่มอาชีพกล้วยตาก บ้านเกาะคู
- 2.23 นายประพาส สิงห์ลักษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ
- 2.24 นายมานิต เตชาโมรากุล ตำแหน่งประธานกรรมการกองทุนหมู่บ้าน บ้านเกาะคู
- 2.25 นายนรา มนูญญา รองประธานกรรมการหมู่บ้าน บ้านเกาะคู

ผู้วิจัยใช้เวลาในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน คือวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกันวิพากษ์แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และนำเสนอข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะในการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) ของตัวเองมาสรุปและอภิปรายผลทั้งหมดในที่ประชุมใหญ่เพื่อร่วมกันวิพากษ์ (Brain Storming) และนำผลการเสนอแนะมาปรับปรุงเป็นแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกให้สมบูรณ์ขึ้น

3. นำแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่ได้จากการประชุมปฏิบัติการ (Workshop) ที่ได้ปรับปรุงแล้ว นำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบเลือกกิจกรรม จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกว่าแนวทาง และกิจกรรมใดเหมาะสมควรนำไปใช้ และแนวทางและกิจกรรมใดไม่เหมาะสมที่นำไปใช้ ด้วยการให้ คะแนนความเหมาะสม 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) และเลือกรูปแบบกิจกรรมที่มีค่าคะแนนความเห็นชอบตั้งแต่ 3.51 - 5.00 โดยพัฒนาปรับปรุงแนวทางตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์ ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

1. การสร้างร่างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยผู้วิจัย

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดข้อความในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 นำมาจัดกลุ่ม (Grouping) เพื่อนำมาสร้างเป็นร่างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งจากการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เรียงลำดับมากไปน้อย ได้แก่ ได้แก่ 1) ความตระหนัก (0.941) 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.873) 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.856) และ 4) แรงจูงใจ (0.845) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อศึกษาดูรายละเอียดแต่ละปัจจัยก็จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่ได้จากการวิจัย สอดคล้องกับ กมลวรรณ สาคร (2557, น. 195) ที่ได้กล่าวว่า แรงจูงใจ เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินเกิดความมานะอุตสาหะที่จะเอาชนะภาวะโภชนาการเกินที่ตัวเองมี เป็นพลังขับเคลื่อนพฤติกรรมปฏิบัติ โดยการแสดงออกมาให้ผู้อื่นพบเห็น และความตระหนัก ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่มีผลต่อความยั่งยืนในการควบคุมตนเองของผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในการเสนอความคิดเห็น และความเชื่อมโยงไปสู่กิจกรรมอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยที่จะต้องพัฒนาตามแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งจากการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ ความตระหนัก (0.941) 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.873) 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.856) และ 4) แรงจูงใจ (0.845) เป็นปัจจัยที่ต้องได้รับการพัฒนาตามแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก เป็นลำดับแรก และลำดับน้อยลงต่อเนื่องกันไป

การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ความตระหนัก พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการ

บริโภคอาหาร และแรงจูงใจ ปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกำหนดโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนวทางการจัดการที่ถูกกำหนดขึ้นจะต้องเป็นการพัฒนาปัจจัยภายใน และภายนอก ตัวบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อมีการพัฒนาทั้ง 4 ตัวแปรปัจจัย ก็จะส่งผลให้มีเกิดการการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีทิศทางการพัฒนาดังนี้

ตารางที่ 4.9

ทิศทางการพัฒนาแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัย	ทิศทางการจัดการปัจจัย
1. ความตระหนัก	สร้างความตระหนัก เข้าใจในบทบาททั้งภายในตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การจัดการเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน
2. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	สร้างพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ที่ถูกต้อง และเหมาะสมของตนเอง กับการจัดการภาวะโภชนาการเกิน
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	สร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมกับการจัดการภาวะโภชนาการเกิน
4. แรงจูงใจ	สร้างความแรงบันดาลใจ จากภายนอกที่จะจัดการภาวะโภชนาการเกิน

ในการที่จะจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จะต้องพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เกิดการคิด เกิดปัญญา และตระหนักในการที่จะจัดการภาวะโภชนาการเกินอย่างแท้จริง และทำให้เกิดประสิทธิภาพด้วย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. การยกร่างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดทำโครงการจัดการอบรมให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะของของปัจจัยเชิง

สาเหตุ แล้วนำส่งไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่จะเข้าร่วมประชุมวิพากษ์รูปแบบได้อ่านล่วงหน้าก่อนการประชุม ประมาณ 2 สัปดาห์

2. การนำเสนอแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเบื้องต้น เพื่อวิพากษ์รูปแบบที่สร้างขึ้นและให้คำแนะนำ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน นักโภชนาการจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน นักจัดการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 1 คน นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอในเขตจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 5 คน และผู้เข้าร่วมวิพากษ์ที่ได้มาจากการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน ผู้วิจัยแบ่งให้หนึ่งเป็นกลุ่มย่อย และร่วมกันวิพากษ์แนวทางการพัฒนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำเสนอผลการพิจารณาในการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) ของตัวเอง แล้วนำมาข้อสรุปมาอภิปรายผลในที่ประชุมใหญ่ (Brain Storming)

3. นำผลการเสนอแนะ มาปรับปรุงแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน คัดเลือกแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อน เพื่อนำไปทดลองใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.1 แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ด้านความตระหนัก (ปัจจัยที่ 1)

ปัจจัยด้านความตระหนักส่งผลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยจึงจัดทำแนวทางการจัดการฯ โดยให้มีการอบรมฝึกปฏิบัติและนำไปเป็นแนวทางในการจัดการด้านความตระหนักต่อภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มทดลอง ดังนี้

รูปแบบการจัดการสร้างความตระหนัก ต่อภาวะโภชนาการเกิน เบื้องต้นประกอบด้วย

1. สร้างแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเจตคติทางบวก ตระหนักรู้ เกิดความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้

2. มีกระบวนการให้คำปรึกษา และรูปแบบการสร้างความตระหนัก เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการจัดการ เพื่อให้เป็นพื้นฐานในการสร้างความตระหนัก

3. การประเมินผล เป็นการประเมินผลการจัดการ โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การมีส่วนร่วม อภิปราย และนำเสนอรูปแบบของความตระหนัก ที่มีต่อภาวะโภชนาการเกิน ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมแนวทางการจัดการฯ ด้านการสร้างความตระหนัก ดังนี้

โครงการการจัดการความสามารถในการสร้างความตระหนัก

หลักการและเหตุผล

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งในปัจจุบันนี้คนส่วนมากมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เกินจำเป็น เช่น รับประทานขนมกรุบกรอบ ดื่มน้ำหวาน ขนมปัง กาแฟ ชนมะตูมหรือเป็นอาหารว่างระหว่างมื้ออาหาร ในขณะที่การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อย ทำให้เกิดการสะสมพลังงานเกิดภาวะโภชนาการเกิน บางคนแทบไม่ทราบเลยว่าตนเองเริ่มอ้วนตั้งแต่เมื่อไหร่ เป็นการขาดความตระหนัก ดังนั้นการที่บุคคลจะทราบว่าตนเองได้รับอาหารหรือได้รับพลังงานเท่าไรและออกกำลังกายมากน้อยแค่ไหนในแต่ละวันก็จะต้องมีการจดบันทึก ค้นหาตัวตนของตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองทราบสาเหตุที่ตนเอง อ้วน
2. เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักที่จะพยายามลดภาวะโภชนาการเกิน

เป้าหมาย กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

หลักสูตร บรรยาย และกิจกรรม

การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเจตคติทางบวก ตระหนักรู้ เกิดความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้

กิจกรรมในการฝึกอบรม แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 คนอ้วน

กิจกรรมที่ 2 เสริมพลัง

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 คนอ้วน

การดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 6 ชั่วโมง และเพื่อติดตามรายบุคคล

2. ฝึกปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

2.1 คุณเป็นอย่างไร

2.1.1 กิจกรรมโดยให้ผู้เข้าอบรมสำรวจตัวเองก่อนที่จะตัดสินใจดำเนินการใดเพื่อให้รู้จักตัวตนที่แท้จริง ในเรื่อง

2.1.1.1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น บันทึก.....

2.1.1.2 ขณะนี้มีความคิด/ความรู้สึกอย่างไรต่อร่างกายของตัวเอง เช่น อ้วนแล้วนะ.....ใส่เสื้อผ้าไม่สวยแล้ว.....(บันทึก)

2.1.1.3 พิสูจน์ข้อเท็จจริง...คือ.....เช่น กินเยอะเกินไป หรือไม่ออกกำลังกายเลย

2.1.2 สรุปกิจกรรมชี้ให้เห็นจุดที่อันตรายแล้ว

2.2 ชีวิตเลือกได้

2.2.1 จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดี หรือ ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดี



ข้อดี ที่เกิดขึ้นถ้าท่านยังมีพฤติกรรมเหมือนเดิม **ข้อดี** ที่เกิดขึ้นถ้าท่านเปลี่ยนพฤติกรรม

1.....

1.....

2.....

2.....

ข้อเสีย ที่เกิดขึ้นถ้าท่านยังมีพฤติกรรมเหมือนเดิม **ข้อเสีย** ที่เกิดขึ้นถ้าท่านเปลี่ยนพฤติกรรม

1.....

1.....

2.....

2.....

จงเลือกกาเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความที่ตรงกับความต้องการของท่าน

ฉันคิดว่าตัวฉันควรจะ

.....เปลี่ยนแปลงตัวเอง คือปรับพฤติกรรมการกินอาหารและออก

กำลังกายตนเองเสียใหม่

..... ยังไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและออกกำลังกายตนเอง

สรุปความคิดเห็นใหม่ที่ได้จากการพิสูจน์.....

2.2.2 สรุปกิจกรรมโดยวิทยากรเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกาย

2.3 แบ่งกลุ่มสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลตามแบบสำรวจ

2.4 นำเสนอพฤติกรรมกรรมการบริโภคของตนเอง

2.5 สรุปประเมินผลโดยวิทยากร

รายละเอียดกิจกรรมที่ 2 เสริมพลัง

หลักการและเหตุผล

การติดตามผลเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการติดตามผลจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน และสภาพปัญหาที่แท้จริง อันจะนำมาซึ่งการหาวิธีแก้ไขได้อย่างถูกต้องและถูกวิธี ซึ่งแนวทางนี้ได้นำมาใช้กับการจัดการภาวะโภชนาการเกินในประชาชน ซึ่งจะทำให้การจัดการภาวะโภชนาการเกินประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเป็นการติดตามผลอย่างใกล้ชิด
3. เพื่อเป็นการสร้างแรงกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและจริงจังที่จะจัดการกับภาวะโภชนาการเกิน
4. เพื่อเป็นการให้คำแนะนำได้อย่างใกล้ชิดและเหมาะสม
5. เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มทดลอง

การดำเนินการ

1. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังที่บ้านกลุ่มทดลอง ทุก 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัย/เพื่อนบ้าน/เครือข่ายสุขภาพ
2. ติดตามการวัดรอบเอว/การชั่งน้ำหนัก

3. ติดตามการบันทึกสมุดประจำตัว
4. สังเกตและให้คำแนะนำในขณะออกเยี่ยม
5. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและให้แนวทางแก้ไข

1.2 แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ด้านพฤติกรรมและการออกกำลังกาย (ปัจจัยที่ 2)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการออกกำลังกายส่งผลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยจึงจัดทำแนวทางการจัดการฯ โดยให้มีการอบรม ฝึกปฏิบัติและนำไปเป็นแนวทางในการจัดการด้านพฤติกรรมและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง ดังนี้

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมและการออกกำลังกายเบื้องต้น ประกอบด้วย

1. การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย สร้างเจตคติทางบวก เหตุผลที่ต้องเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย
2. ฝึกกระบวนการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย
3. ประเมินผล โดยการสังเกต การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมการจัดการการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ดังนี้

โครงการจัดการการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย

หลักการและเหตุผล

อ้วนลงพุงจะมีไขมันสะสมในช่องท้องปริมาณมาก ยิ่งรอบพุงมากเท่าไรไขมันยิ่งสะสมในช่องท้องมากเท่านั้น ไขมันที่สะสมนี้จะแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับมีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ดี เกิดเป็น โรคอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันเลือดสูง หัวใจและหลอดเลือด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการกับตนเอง ครอบครัว สังคม ในการจัดการกับการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน และรอบเอวของผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดลง

เป้าหมาย กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

หลักสูตร บรรยาย และกิจกรรม

กิจกรรมในการฝึกอบรม แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ขยับกาย สลายพุง

กิจกรรมที่ 2 หุ่นดี ชีวิตมีสุข

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 ขยับกาย สลายพุง

หลักการและเหตุผล

การดูแลเอาใจใส่ให้ร่างกายของเราดูดี ดูมีสง่าราศี มีสุขภาพที่ดีด้วยเป็นสิ่งที่คุณปรารถนา แต่ปัญหาอยู่ที่ว่าคนเราไม่ค่อยชอบออกกำลังกาย มันเหนื่อย น่าเบื่อ จึงทำให้มีข้อแม้ต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ไม่ว่าจะเป็นงานยุ่ง ไม่ค่อยมีเวลา เป็นต้น หากปล่อยให้เป็นอย่างนี้ไปตามเวรกรรมก็คงจะทำให้เกิดโรคร้ายแรงต่าง ๆ ตามมา ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้นคนเราจึงต้องหันมาออกกำลังกายเพื่อสลายพุง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดไขมันที่สะสมในช่องท้อง
2. เพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจและหลอดเลือด

การดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การเดินระบำหน้าท้อง” จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 6 ชั่วโมง โดยครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ระยะเวลาห่างในแต่ละครั้ง คือ 1 เดือน เพื่อติดตาม
2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การฝึกเต้นตาราง เก้าช่อง” จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 6 ชั่วโมง โดยครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ระยะเวลาห่างในแต่ละครั้ง คือ 1 เดือน เพื่อติดตาม
3. แจกสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อให้ประชาชนบันทึกพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกายตลอดระยะเวลาของการทดลอง
4. ติดตามเยี่ยมประเมินผลหลังการอบรม

กิจกรรมที่ 2 หุ่นดี ชีวิตมีสุข

หลักการและเหตุผล

คนเราทุกคนเกิดมาต้องอาศัยอยู่ในร่างกายของเรานี้ไปตลอดชีวิต ถึงแม้ว่าเราจะชอบหรือไม่ชอบก็ตาม เราควรที่จะดูแลเอาใจใส่ให้ร่างกายของเราดูดี ดูมีสง่าราศี มีสุขภาพที่ดีด้วย แต่ปัญหาอยู่ที่ว่าคนเราไม่ค่อยชอบออกกำลังกายเอาเสียเลย มันเหนื่อย น่าเบื่อ จึงทำให้มีข้อแม้ต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ไม่ว่าจะเป็นงานยุ่ง ไม่ค่อยมีเวลา เป็นต้น หากปล่อยให้เป็นอย่างนี้ไปตามเวรกรรมก็คงจะทำให้

ให้เกิดโรคร้ายแรงต่าง ๆ ตามมา ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นคนเราจึงต้องหันมาออกกำลังกายเพื่อ ให้ หุ่นดี เพื่อชีวิที่มีสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง Fit and Firm
2. เพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจและหลอดเลือด

การดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การเต้นแอโรบิก” จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 6 ชั่วโมง โดยครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ระยะเวลาห่างในแต่ละครั้ง คือ 1 เดือน เพื่อติดตาม
2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การฝึกปฏิบัติการยืดเหยียดร่างกาย” จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 6 ชั่วโมง โดยครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ระยะเวลาห่างในแต่ละครั้ง คือ 1 เดือน เพื่อติดตาม
3. แจกสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อให้ประชาชนบันทึกพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกายตลอดระยะเวลาของการทดลอง
4. ติดตามเยี่ยมประเมินผลหลังการอบรม

1.3 รูปแบบการจัดการด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (ปัจจัยที่ 3)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยจึงจัดทำแนวทางการจัดการฯ โดยให้มีการอบรม ฝึกปฏิบัติและนำไปเป็นแนวทางในการจัดการด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลอง ดังนี้

โครงการการจัดการพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

หลักการและเหตุผล

นอกจากการเป็นอยู่แล้ว การกินหรือการรับประทานอาหาร เป็นสิ่งที่มนุษย์ หรือสัตว์ทุกชนิดหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกอย่างที่เรารับประทานเข้าไปในร่างกายล้วนมีทั้งประโยชน์ และโทษทั้งสิ้น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องจึงต้องประกอบด้วยอาหาร และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรวมกัน การจัดหาอาหาร และการรับประทานอาหารที่สะอาด ปลอดภัยจึงยังไม่พอ การรับประทานอาหารที่ความเหมาะสม ต่างหากที่เป็นสิ่งสำคัญกับร่างกายของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบริโภคอาหาร คุณประโยชน์ของอาหาร และ ผลเสียจากการรับประทานอาหาร สามารถจัดหาอาหารที่เหมาะสมให้กับตนเองได้

เป้าหมาย กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

หลักสูตร บรรยาย และกิจกรรม

กิจกรรมในการฝึกอบรม แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กินดี มีสุข (6 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 2 ตั้งใจกิน (6 ชั่วโมง)

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 กินดี มีสุข

หลักการและเหตุผล

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยที่จำเป็นต่อร่างกายของมนุษย์ แต่ขณะเดียวกันการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องก็เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้เช่นกัน อาหารที่ผลิตแปรรูป ตลอดจนการจัดเตรียมขึ้นโต๊ะอาหาร จะต้องเป็นอาหารที่บริโภคได้ปลอดภัย มีคุณค่าทางอาหารและโภชนาการตามวัย นั้นหมายถึงจะต้องดูแลตั้งแต่ขั้นตอนการผลิต การแปรรูป การขนส่ง การจำหน่าย การเลือกซื้อ การเลือกใช้ และการเลือกบริโภค เพื่อไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกินซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด ในปัจจุบันบุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า ไม่กินผักและผลไม้ ชอบกินขนมกรุบกรอบ และดื่มน้ำหวานน้ำอัดลม ดังนั้นการที่บุคคลมีความรู้ในการที่จะเลือกซื้อเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยก็จะทำให้ห่างไกลจากโรคเรื้อรังดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี โดยรู้จักเลือกรับประทานที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย
2. เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติ จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 ชั่วโมง
2. ให้ความรู้โดยวิทยากรในเรื่อง.....
 - 2.1 ฉลาดบริโภค (โภชนบัญญัติ 9 ประการ)
 - 2.2 กินอย่างไรให้ได้สารอาหารครบถ้วน
 - 2.3 กินอย่างไรไม่อ้วน และไม่เป็นโรคเรื้อรัง
 - 2.4 อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและกินให้น้อยลง

2.5 กินถูกหลักกับธงโภชนาการ



ภาพที่ 4.2 ธงโภชนาการ โดย หนังสือแนวทางการอบรมแกนนำชมรมสร้างสุขภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มอาหารในธงโภชนาการ มี 5 หมู่ แบ่งเป็น 6 กลุ่ม โดยจัดแบ่งเป็น 4 ระดับของ พื้นที่ธง ดังนี้

ขั้นที่ 1 อยู่ฐานบนสุดพื้นที่มากที่สุด ได้แก่กลุ่มข้าว-แป้ง กินปริมาณมากที่สุด ให้สารอาหารหลักคือคาร์โบไฮเดรตซึ่งให้พลังงานแก่ร่างกาย ควรเลือกชนิดที่ขัดสีน้อย เช่น ข้าวกล้อง

ขั้นที่ 2 กลุ่มพืชผัก และกลุ่มผลไม้ กินปริมาณมากรองลงมา เพื่อให้ได้วิตามิน แร่ธาตุและใยอาหาร

ขั้นที่ 3 กลุ่มเนื้อสัตว์ และกลุ่มนม กินปริมาณพอเหมาะ อาหารกลุ่มนี้ให้โปรตีน ไขมัน เหล็ก และแคลเซียม

ขั้นที่ 4 ซึ่งอยู่ปลายแหลมธง ได้แก่ กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ กินน้อย ๆ เท่าที่จำเป็นกลุ่มนี้ถ้ากินมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายจะทำให้เกิดโรคอ้วน โรคกระเพาะ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

3. แบ่งกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันเขียนแนวทางการกินอาหารให้มีสุขภาพดีในแต่ละวัน
4. นำเสนอกิจกรรมกลุ่ม/สรุปผล

5. แจกสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อให้กลุ่มทดลองบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารตลอดระยะเวลาของการทดลอง

6. สืบหาข้อมูลพฤติกรรมของกลุ่มทดลองแต่ละคนจากสมุดบันทึก เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดการดูแล

รายละเอียดกิจกรรมที่ 2 ตั้งใจกิน

หลักการและเหตุผล

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งในปัจจุบันนี้คนส่วนมากมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการบริโภคที่เกินจำเป็น เช่น รับประทานขนมกรุบกรอบ ตีมน้ำหวาน ขนมปัง กาแฟ ชงชงกาแฟ หรือเป็นอาหารว่างระหว่างมื้ออาหาร ในขณะที่การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อย ทำให้เกิดการสะสมพลังงานเกิดภาวะโภชนาการเกิน บางคนแทบไม่ทราบเลยว่าตนเองเริ่มอ้วนตั้งแต่เมื่อไหร่ ดังนั้นการที่บุคคลจะทราบว่าตนเองได้รับอาหารหรือได้รับพลังงานเท่าไรในแต่ละวันก็จะต้องมีการจดบันทึกค้นหาว่าตนเอง อ้วนเพราะอะไร และจะ ปรับนิสัย แก้ไขการกินอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองทราบแนวทางแก้ไขการบริโภคอาหารที่เกินจำเป็น
2. เพื่อให้กลุ่มทดลองปรับพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร

การดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติ จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 ชั่วโมง
2. ให้ความรู้โดยวิทยากรในเรื่อง
 - 2.1 อาหารนั้นสำคัญไฉน
 - 2.2 กินอะไร? แคไหน? อย่างไร?
 - 2.3 สูดยอดผลไม้ที่กินแล้วไม่อ้วน
 - 2.4 คาร์โบไฮเดรตคืออะไร ไขมันคืออะไร
 - 2.5 นางเอกในชีวิตจริงของเรา เธอ คือ ผักกับผลไม้
 - 2.6 พระเอกในชีวิตจริงของเรา เขา คือ โปรตีน

3. แบ่งกลุ่มสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลเพื่อจะได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามแบบสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภค (ภาคผนวก)

4. นำเสนอพฤติกรรมกรรมการบริโภคของตนเอง

5. สรุปประเมินผล

1.4 แนวทางการจัดการด้านการสร้างแรงจูงใจ (ปัจจัยที่ 4)

ปัจจัยด้านแรงจูงใจส่งผลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยจึงจัดทำแนวทางการจัดการฯ โดยให้มีการอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการสร้างแรงจูงใจ จากทฤษฎีการจูงใจในผลสัมฤทธิ์ของ แม็คเคลแลนด์ (McClelland's Achievement Motivation Theory) ซึ่ง David McClelland (1985, pp. 812-825) กล่าวว่า บุคคลมีความต้องการความสำเร็จในงาน (Needs for Achievement : nAcf) ต้องการมีสัมพันธ์ทางสังคมผูกพัน (Needs for Affiliation : nAff) ต้องการความเจริญก้าวหน้า และเป็นที่ยอมรับของสังคม (Needs for Power : nPower) ซึ่งความต้องการดังกล่าวจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มทดลองประกอบด้วย

1. แนวคิดการสร้างแรงจูงใจ
2. กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม
3. การประกาศยกย่องเชิดชูเกียรติ ให้เป็นที่ยอมรับ และดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม
4. การประเมินผล และนำไปสู่การปรับปรุงแนวความคิดการสร้างแรงจูงใจใหม่ต่อไป

ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ดังนี้

โครงการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน

หลักการและเหตุผล

แรงกระตุ้นจากภายใน และ แรงกระตุ้นจากภายนอก ซึ่งแรงกระตุ้นของแนวความคิดสร้างแรงจูงใจ แรงกระตุ้นภายใน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย ความท้าทาย ความมั่นใจ คำมั่นสัญญา ส่วนแรงกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม กฎกติกา ระเบียบ การลงโทษ คำติชม เงิน หรือของรางวัลในความสำเร็จ ดังนั้นหากอยากให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองเอวากิว หุ่นดี ควรมีการเสริมแรงด้วยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก โดยแรงจูงใจภายในนั้นบุคคลต้อง

ตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะต้องลดเอาไว้ได้ที่เซนติเมตรและก็พยายามทำให้ได้ตามเป้าหมายนั้น และถ้าหากมีแรงจูงใจภายนอกเสริมด้วย เช่น มีการประกวดและมีรางวัลหรือมีของสมนาคุณ ก็จะเพิ่มขวัญและกำลังใจให้บุคคลมีความมุ่งมั่นที่จะไปถึงเป้าหมายได้เร็วขึ้น

เป้าหมาย กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

หลักสูตร บรรยาย และกิจกรรม

กิจกรรมในการฝึกอบรม แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 อยากหุ่่นดี ต้องมีเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 2 คู่หู

รายละเอียดกิจกรรมที่ 1 อยากหุ่่นดี ต้องมีเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ในการสร้างแรงจูงใจในการลดภาวะโภชนาการเกิน

การดำเนินการ

1. ดำเนินการประกวด
2. การประกวดจะแบ่งประเภทของการประกวดออกเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย
 - 2.1 ผู้ที่ลดรอบเอวได้มากที่สุด อันดับ 1.....2.....3.....
 - 2.2 ผู้ที่ลดน้ำหนักได้มากที่สุด อันดับ 1.....2.....3.....
 - 2.3 ผู้ที่มีผลคะแนนในการทำแบบทดสอบก่อนและหลังมากที่สุด 1...2.....3
3. มอบรางวัล สำหรับผู้ที่ชนะการประกวดตามลำดับพร้อมใบประกาศเกียรติคุณ
4. มอบเกียรติบัตรให้กลุ่มทดลองทุกคนที่เข้าร่วมโครงการ

รายละเอียดกิจกรรมที่ 2 คู่หู

หลักการและเหตุผล

สังคม เพื่อน และครอบครัวที่ดี เป็นสิ่งที่จะช่วยให้การลดภาวะโภชนาการเกินประสบความสำเร็จ และคงสภาพไว้ได้อย่างถาวร บุคคลอันเป็นที่รักเหล่านี้จะคอยเป็นกำลังใจ ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดภาวะโภชนาการเกินได้ดีที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจที่จะลดภาวะโภชนาการเกิน
2. เพื่อช่วยให้การลดภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มทดลอง ไปสู่เป้าหมายได้เร็วขึ้น

เป้าหมาย กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

การดำเนินการ

1. ให้กลุ่มทดลอง จับคู่กัน 1 : 1
2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่อง
 - 2.1 ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินและผลกระทบที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกิน
 - 2.2 ความรู้เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องพร้อมกับสาธิตตัวอย่างอาหาร
 - 2.3 ความรู้เรื่องพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เหมาะสมและสาธิตการออกกำลังกาย
 - 2.4 แนะนำให้เพื่อนบ้านและบุคคลในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย
 - 2.5 แนะนำให้เพื่อนบ้านและบุคคลในครอบครัวคอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือเมื่อมีการร้องขอให้ช่วย
3. การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย
4. บันทึกการพูด คอย การให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน
5. นำเสนอในกลุ่มใหญ่
6. วิทยากรสรุปผลการอบรม

เมื่อผู้วิจัยได้ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการและข้อเสนอแนะจากที่ประชุมแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงให้เป็นแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สมบูรณ์มากขึ้น เพื่อเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญอีก 1 ชุด ได้แสดงความคิดเห็นและส่งกลับคืนให้ผู้วิจัยเพื่อทำการทดลองในขั้นต่อไป การคัดเลือกจะทำจาก 8 กิจกรรม วิธีการคัดเลือก คือ ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยการผ่านการให้ความคิดเห็นแบบ Scaling โดย ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย

1. นายแพทย์ปิยะ ศิริลักษณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
2. แพทย์หญิงดวงรัตน์ เชี่ยวชาญวิทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม
3. นายวิเชียร มีบุญล้ำ สาธารณสุขอำเภอบางกระพุ่ม

โดยมีเกณฑ์ในการวิเคราะห์และแปรผลข้อมูลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ เห็นด้วย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่แน่ใจ

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่เห็นด้วย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกิจกรรมที่นำมาใช้เป็นแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยคัดเลือกกิจกรรมที่จะนำไปใช้ในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 8 กิจกรรม นำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญโดยเลือกกิจกรรม ที่มีค่าคะแนนความเห็นชอบตั้งแต่ 3.51 - 5.00 เพื่อนำมาใช้เขียนโครงการการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อไป ดังปรากฏผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญ ในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10

ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต่อกิจกรรมและเนื้อหาในการจัดการภาวะ โภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

รายการกิจกรรมประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			\bar{X}	แปลผล	ผลการประเมิน
	1	2	3			
ความตระหนัก						
1. คนอ้วน	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. เสริมพลัง	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
พฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย						
1. ขยับกาย สลายพุง	5	4	5	4.67	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. หุ่นดี ชีวีมีสุข	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
พฤติกรรมบริโภคอาหาร						
1. กินดี มีสุข	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. ตั้งใจกิน	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
แรงจูงใจ						
1. ออกย่นดี ต้องมีเป้าหมาย	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. คู่หู	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้

จากการเสนอร่างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้พิจารณาว่ากิจกรรมใดเหมาะสมที่นำไปทดลองใช้ในลำดับต่อไป พบว่า แนวทางการจัดการฯ ที่ผ่านการประเมินความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความตระหนัก ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และด้านแรงจูงใจ กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.51 - 5.00 ประกอบด้วย 8 กิจกรรม โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย ดังนี้

1. กิจกรรมคนอ้วน
2. กิจกรรมเสริมพลัง
3. กิจกรรมหุ่นดี ซีวีมีสุข
4. กิจกรรมกินดี มีสุข
5. กิจกรรมตั้งใจกิน
6. กิจกรรมอยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย
7. กิจกรรมคู่หู
8. กิจกรรมขยับกาย สลายพุง

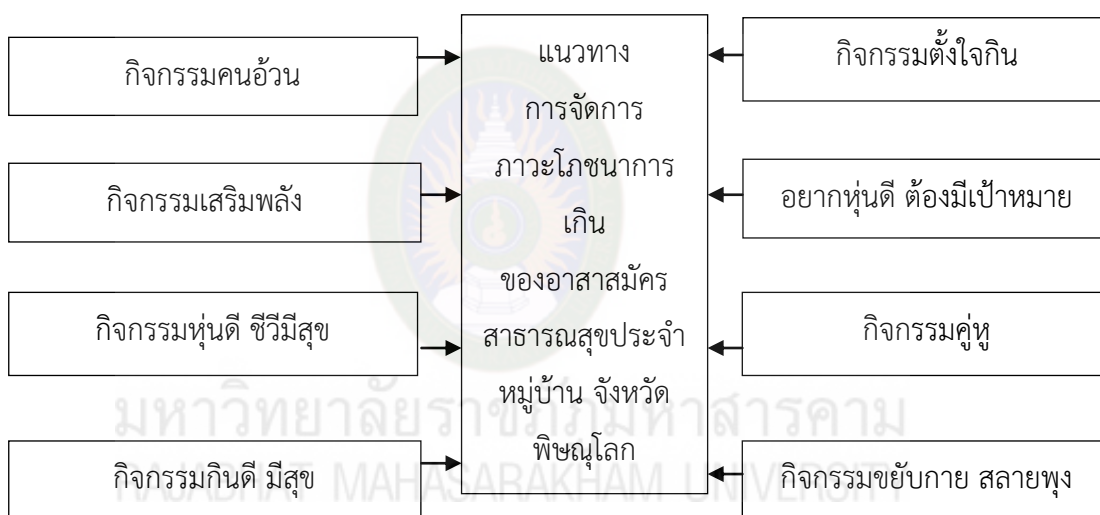
ผลสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้นำเสนอแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินที่ผู้วิจัยคิดขึ้นเอง นำเข้าสู่กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) และการระดมสมอง (Brain Storming) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของทางการศึกษา จำนวน 25 ท่าน และได้นำไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ให้ช่วยพิจารณาความเหมาะสมของแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ได้จัดทำกิจกรรมในการพัฒนา 8 กิจกรรม สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

1. ด้านความตระหนัก ประกอบด้วยแนวทางในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมคนอ้วน และ กิจกรรมเสริมพลัง
2. ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ประกอบด้วยแนวทางในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมขยับกาย สลายพุง และกิจกรรมหุ่นดี ซีวีมีสุข
3. ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยแนวทางในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมกินดี มีสุข และ กิจกรรมตั้งใจกิน

4. ด้านแรงจูงใจ ประกอบด้วยแนวทางในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมอยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย และ กิจกรรมคู่มือ

สรุปการวิจัยในระยยะที่ 2 ได้ว่า ผลสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 4 ด้าน 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) คนอ้วน 2) เสริมพลัง 3) หุ่นดี ซีวีมีสุข 4) กินดี มีสุข 5) ตั้งใจกิน 6) อยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย 7) คู่มือ และ 8) ขยับกาย สลายพุง

ซึ่งสามารถนำสรุปผลการวิจัยระยะที่ 2 มาเขียนเป็นแผนภาพได้ ดังภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.3 แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

เมื่อผู้วิจัยได้กิจกรรมที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแล้ว ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการจัดการ จำนวน 8 กิจกรรม มาจัดทำเป็นโครงการจัดการภาวะโภชนาการเกิน โดยมีแนวทางการจัดการฯ ดังนี้

โครงการ การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อโครงการ : โครงการ ทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

หลักการและเหตุผล

ภาวะโภชนาการเกินของประชาชน เป็นอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่ในการพัฒนาประเทศชาติ การพัฒนาประชาชนให้มีสุขภาพที่แข็งแรง จะลดการสูญเสียจากค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ทั้งการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ อีกทั้งผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินก็เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เช่นโรคในระบบโรคไม่ติดต่อ โรคในระบบโรคเรื้อรัง อีกด้วย ทำให้กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวคิด ที่จะดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ภายใต้แนวคิด “ลดพุง ลดโรค” ดังนั้นการจัดการผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย แต่กลับเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชน ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อกระตุ้นและสร้างเจตคติทางบวกกับการลดภาวะโภชนาการเกิน
3. เพื่อเป็นแนวทางการลดภาวะโภชนาการเกินที่ยั่งยืน

เป้าหมาย

กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในเขตตำบลบางกระพุ่ม อำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 1 บ้านแม่เทียบ หมู่ 2 บ้านคลองกระลอน หมู่ 3 บ้านเกาะคู หมู่ 4 บ้านบางกระพุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 30 คน (ที่ไม่ใช่กลุ่มควบคุม)

หลักสูตรในการฝึกอบรม ใช้เวลาในการฝึกอบรม 72 ชั่วโมง แยกเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. กิจกรรมคนอ้วน (6 ชั่วโมง)
2. กิจกรรมเสริมพลัง (6 ชั่วโมง)
3. กิจกรรมหุ่นดี ชีวิตมีสุข (18 ชั่วโมง)
4. กิจกรรมกินดี มีสุข (6 ชั่วโมง)
5. กิจกรรมตั้งใจกิน (6 ชั่วโมง)
6. กิจกรรมอยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย (6 ชั่วโมง)

7. กิจกรรมคู่หู (6 ชั่วโมง)

8. กิจกรรมขยับกาย สลายพุง (18 ชั่วโมง)

วิธีการฝึกอบรม

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมคนอ้วน (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย ทดสอบระหว่างการบรรยาย และทำกิจกรรมร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมเสริมพลัง (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย และทำกิจกรรมร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมหุ่นดี ซีวีมีสุข (18 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย (Lecture) หรือการสอน (Instruction) นำเสนอเนื้อหาสาระความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการทำกิจกรรมร่วมกัน

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมกินดี มีสุข (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย (Lecture) เนื้อหา และนำเสนอประเด็นสำคัญ โดยใช้เครื่องฉายแผ่นใส สไลด์ ใช้วีดิทัศน์ มาช่วยให้เห็นภาพ และมีเอกสารประกอบการบรรยาย

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมตั้งใจกิน (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย (Lecture) และการทำกิจกรรมร่วมกัน

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมอยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย (Lecture) เนื้อหา และนำเสนอประเด็นสำคัญ โดยใช้เครื่องฉายแผ่นใส สไลด์ ใช้วีดิทัศน์ มาช่วยให้เห็นภาพ และมีเอกสารประกอบการบรรยาย

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมคู่หู (6 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย (Lecture) เนื้อหา และนำเสนอประเด็นสำคัญ โดยใช้เครื่องฉายแผ่นใส สไลด์ ใช้วีดิทัศน์ มาช่วยให้เห็นภาพ และเห็นผลสำเร็จที่เคยเกิดขึ้นจากการมีระบบคู่หู (Buddy) มีเอกสารประกอบการบรรยาย

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมขยับกาย สลายพุง (18 ชั่วโมง) ใช้วิธีการบรรยาย (Lecture) เนื้อหา และนำเสนอประเด็นสำคัญ โดยใช้เครื่องฉายแผ่นใส สไลด์ ใช้วีดิทัศน์ เครื่องเสียงมาช่วยให้เห็นภาพ นำเสนอเนื้อหาสาระความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการทำกิจกรรมร่วมกัน

วิทยากร เชี่ยวชาญวิทยากรภายในองค์กร

1. นายวิเชียร มีบุญล้ำ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอ
2. นายไพฑูรย์ ประเสริฐทรัพย์ ตำแหน่ง ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา
3. ดร.ภรณ์วรัญธ์ จันทการบัณฑิต ตำแหน่ง นักโภชนาการ
4. ดร.ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์ ตำแหน่ง นักจัดการการบำบัดผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน

ผู้รับผิดชอบโครงการ นายวรวิศ เมฆนนท์ไพศิฐ ผู้วิจัย

ระยะเวลาโครงการ 12 มกราคม 2562 ถึง 10 มิถุนายน 2562

สถานที่ฝึกอบรม ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

กำหนดการฝึกอบรม

วัน เดือน ปี	ระยะเวลา	กิจกรรม / วิทยากร
11 มกราคม 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมคนอ้วน วิทยากรนายสมชาย พรหมมณี
12 มกราคม 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมเสริมพลัง วิทยากร นางพึงจิต สุขะตุ้คะ
19 มกราคม 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมคู่มือ วิทยากร นายสมชาย เพชรอำไพ
19 กุมภาพันธ์ 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมขยับกาย สลายพุง วิทยากร ดร.ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์
23 กุมภาพันธ์ 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมหุ่นดี ซีวีมีสุข วิทยากร นางสุพัตรา ศรีสว่าง
27 เมษายน 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมกินดี มีสุข วิทยากร ดร.ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์
18 พฤษภาคม 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมตั้งใจกิน วิทยากร นางสุพัตรา ศรีสว่าง
10 มิถุนายน 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมอยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย วิทยากร นางพึงจิต สุขะตุ้คะ

งบประมาณที่ใช้

1. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม (30คน*11วัน*100บาท) 33,000 บาท
2. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (30 คน*20บาท) 3,600 บาท
3. ค่าถ่ายเอกสารและอื่น ๆ 3,600 บาท

4. ค่าของขวัญรางวัล 9,000 บาท

รวมทั้งสิ้น 49,200.-บาท (สี่หมื่นเก้าพันสองร้อยบาทถ้วน) ถ้าวเฉลี่ยจ่ายทุกรายการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้ารับการพัฒนา จะได้รับความรู้ รู้จักและเข้าใจตนเอง เกิดความตระหนัก และมีแรงจูงใจ ในการจัดการภาวะโภชนาการเกินที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง ทำให้ห่างไกลจากโรคร้าย และอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

ระยะที่ 3 ผลการทดลองและประเมินผลแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ผลการทดลองและประเมินผลแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 เมื่อผู้วิจัยได้แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้ผ่านกระบวนการวิจัย กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และกระบวนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้กิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม เป็นรูปแบบพัฒนาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ปัจจัยด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และเพื่อให้การดำเนินการตามแนวทางการจัดการที่ได้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้มีการเรียบเรียงการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมคนอ้วน
2. กิจกรรมเสริมพลัง
3. กิจกรรมคู่หู
4. กิจกรรมขยับกาย สลายพุง
5. กิจกรรมหุ่นดี ซีวีมีสุข
6. กิจกรรมกินดี มีสุข
7. กิจกรรมตั้งใจกิน

8. กิจกรรมอยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย

หลังจากได้แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการวิจัยระยะที่ 2 แล้ว ผู้วิจัยได้ทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มทดลอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในเขตตำบลบางกระทู้ อำเภอบางกระทู้ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 1 บ้านแม่เทียบ หมู่ 2 บ้านคลองกระล่อน หมู่ 3 บ้านเกาะคู หมู่ 4 บ้านบางกระทู้ จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

กลุ่มควบคุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 ในเขตตำบล บางกระทู้ อำเภอบางกระทู้ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 5 บ้านบางกระทู้ หมู่ 6 บ้านบางกระทู้ใน หมู่ 7 บ้านบึงเวียน หมู่ 8 บ้านหัวหนอง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. เป็นกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ที่ไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างในระยะวิจัยที่ 1 และไม่เป็นกลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 2 ในการวิจัยในครั้งนี้
2. เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยอาศัย และสามารถติดตามผลการทดลอง การใช้แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้โดยสะดวก ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการวิจัย

โดยผู้วิจัยกำหนดการพัฒนาการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 11 มิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยมีรายชื่อผู้เข้ารับการทดลองรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ดังแสดงในตารางที่ 4.11 และตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.11

รายชื่อกลุ่มทดลอง

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	ที่อยู่	หมู่ที่	ตำบล
1	ยงยุทธ	น้อยใจมั่น	หญิง	5	1	บางกระทุ่ม
2	เจียม	ซื่อตรง	หญิง	18	1	บางกระทุ่ม
3	สีปาน	อุไทย	หญิง	78	1	บางกระทุ่ม
4	สนัด	บวบนา	ชาย	61	1	บางกระทุ่ม
5	ฉลวย	ใจขันต์	หญิง	59	1	บางกระทุ่ม
6	อุไร	บัวบุญ	หญิง	26	1	บางกระทุ่ม
7	ไฉน	อุลปาทร	หญิง	75	1	บางกระทุ่ม
8	เอี่ยมดาว	สวาสุ	หญิง	65	2	บางกระทุ่ม
9	นิพาดา	คนคล่อง	หญิง	67	2	บางกระทุ่ม
10	นรรัตน์	จำปาศรี	หญิง	74	3	บางกระทุ่ม
11	สุภาภรณ์	กล่อมบาง	หญิง	40	3	บางกระทุ่ม
12	น้อย	แป้นสะอาด	หญิง	94	3	บางกระทุ่ม
13	ปราณี	ใจดี	หญิง	109	3	บางกระทุ่ม
14	สัมฤทธิ์	มณูญญา	หญิง	51	3	บางกระทุ่ม
15	วาสนา	จิตรจรัส	หญิง	98	3	บางกระทุ่ม
16	รัตนา	รองกลิ่น	หญิง	114	3	บางกระทุ่ม
17	ยุพิน	เที่ยงดี	หญิง	10	3	บางกระทุ่ม
18	ดวงกมล	สมภีพงษ์	หญิง	86	3	บางกระทุ่ม
19	นรา	มณูญญา	ชาย	51	3	บางกระทุ่ม
20	สุธีร์	อ้วนวิจิตร	ชาย	86	3	บางกระทุ่ม
21	ยุภา	นวลแดง	หญิง	188	4	บางกระทุ่ม
22	มณี	สำเภาน้อย	หญิง	2	4	บางกระทุ่ม

(ต่อ)

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	ที่อยู่	หมู่ที่	ตำบล
23	ศิริวิมล	เนตรกุมาร	หญิง	23	4	บางกระทุ่ม
24	กิตติพันธ์	องค์อภินิษฐ์	ชาย	88	4	บางกระทุ่ม
25	دنุเทพ	วัฒนสมบัติศิริ	ชาย	152	4	บางกระทุ่ม
26	อภินันท์	ก้านหมากกลาง	ชาย	2	4	บางกระทุ่ม
27	สุพิชชา	แสนทวีสุข	หญิง	12	4	บางกระทุ่ม
28	ธัญรดา	เอี่ยมมา	หญิง	34	4	บางกระทุ่ม
29	สว่าง	สว่างวงศ์	ชาย	160	4	บางกระทุ่ม
30	กิตติยา	นุ้ยเย็น	หญิง	55	4	บางกระทุ่ม

ตารางที่ 4.12

รายชื่อกลุ่มควบคุม

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	ที่อยู่	หมู่ที่	ตำบล
1	อำนาจ	แก้วเขียวเหลือง	ชาย	99/1	5	บางกระทุ่ม
2	สุกัญญา	ทองพรหมเนียม	หญิง	5/6	5	บางกระทุ่ม
3	ละเมียด	อ่อนเอม	หญิง	8	5	บางกระทุ่ม
4	รำพึง	กุลมัย	หญิง	39/1	5	บางกระทุ่ม
5	มณี	สีฉิม	หญิง	69/1	5	บางกระทุ่ม
6	สร้อยทอง	บุญอัน	หญิง	3/3	5	บางกระทุ่ม
7	เกตสุรี	คันทับ	หญิง	95/2	5	บางกระทุ่ม
8	วิรัช	พานเงิน	ชาย	51/4	5	บางกระทุ่ม
9	จันทร์เพ็ญ	ท้วมเพ็ง	หญิง	97/1	5	บางกระทุ่ม
10	วิไลรัตน์	สิงห์พันธ์	หญิง	50/1	5	บางกระทุ่ม
11	ประพันธ์	พันธ์มณี	ชาย	96/1	6	บางกระทุ่ม
12	สุจิน	บุญแข็ง	หญิง	18/1	6	บางกระทุ่ม

(ต่อ)

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	ที่อยู่	หมู่ที่	ตำบล
13	ดรุณ	เพ็งอ้น	ชาย	99	6	บางกระทุ่ม
14	นพรัตน์	นุ้ยเย็น	หญิง	57/1	6	บางกระทุ่ม
15	สมจิต	ท้วมเพ็ง	หญิง	40	6	บางกระทุ่ม
16	แป้ง	คนคล่อง	หญิง	34/1	6	บางกระทุ่ม
17	ยุภาพร	ท้วมเพ็ง	หญิง	30	6	บางกระทุ่ม
18	นิรัตน์	เรื่องบ้านโคน	ชาย	55	7	บางกระทุ่ม
19	สาย	เรื่องบ้านโคน	หญิง	29/1	7	บางกระทุ่ม
20	เสนาะ	มีเดช	หญิง	28	7	บางกระทุ่ม
21	อำนวย	ทองสัมฤทธิ์	ชาย	33	7	บางกระทุ่ม
22	สุรินทร์	อ่ำเจริญ	หญิง	44	7	บางกระทุ่ม
23	สังเวียน	นาคหาดกระปือ	ชาย	50	7	บางกระทุ่ม
24	สมคิด	ฤทธิ์ชานา	ชาย	38	7	บางกระทุ่ม
25	เพลินพิศ	ลาวิน	หญิง	27	7	บางกระทุ่ม
26	ระเบียบ	อยู่สุข	หญิง	26/2	8	บางกระทุ่ม
27	น้ำอ้อย	สุภะคะ	หญิง	17	8	บางกระทุ่ม
28	ขวัญเรือน	สุภะคะ	หญิง	13	8	บางกระทุ่ม
29	สายพิน	กาญจนะ	หญิง	3/1	8	บางกระทุ่ม
30	วันเพ็ญ	สังข์วงศ์	หญิง	13/2	8	บางกระทุ่ม

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านความตระหนัก ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านแรงจูงใจ มาทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง โดยมีกำหนดการในการทดลอง ดังนี้

กำหนดการทดลอง

“รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”

วันที่ 12 มกราคม - 10 มิถุนายน 2562

ณ ศาลาประชาคมบ้านเกาะคู หมู่ที่ 3 ตำบลบางกระทุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

วัน เดือน ปี	ระยะเวลา	กิจกรรม / วิทยากร
11 มกราคม 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมคนอ้วน วิทยากร นายสมชาย พรหมมณี
12 มกราคม 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมเสริมพลัง วิทยากร นางพึงจิต สุขะตุงคะ
19 มกราคม 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมคู่มือ วิทยากร นายสมชาย เพชรอำไพ
19 กุมภาพันธ์ 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมขยับกาย สลายพุง วิทยากร ดร.ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์
23 กุมภาพันธ์ 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมหุ่นดี ซีวีมีสุข วิทยากร นางสุพัตรา ศรีสว่าง
27 เมษายน 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมกินดี มีสุข วิทยากร ดร.ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์
18 พฤษภาคม 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมตั้งใจกิน วิทยากร นางสุพัตรา ศรีสว่าง
10 มิถุนายน 62	09.00 – 17.00 น.	กิจกรรมอยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย วิทยากร นางพึงจิต สุขะตุงคะ

1. การเก็บและรวบรวมข้อมูลการทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.1 ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการวัดรอบเอว กับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2562 เป็น Pretest

1.2 ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ระยะเวลา 6 เดือน

1.3 หลังดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการวัดรอบเอว กับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เป็น Posttest

1.4 ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน ตามปัจจัยสาเหตุ คือ ด้านความตระหนัก ด้านพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และด้านแรงจูงใจ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

2. ผลการดำเนินการ

2.1 การจัดการด้านความตระหนัก

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้แนวทางการจัดการด้านความตระหนัก กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

2.1.1 เกิดพฤติกรรมกรรมการแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเรื่องต่าง ๆ ในที่ประชุม

2.1.2 เข้าใจในการทำกิจกรรม ร่วมกับคนอื่น ๆ

2.1.3 ยอมรับตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยพึงพิง ไปสู่การพึ่งพาตนเอง และไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน

2.2 การจัดการด้านพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้แนวทางการจัดการด้านพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย กับ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

2.2.1 เกิดความสนุกสนาน และความพร้อมที่จะดำเนินการต่อไป

2.2.2 รู้จักการวางแผน การดำเนินการตามแผนที่ได้วางเอาไว้ และเกิดความรับผิดชอบในเรื่องการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมากขึ้น

2.2.3 เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมากขึ้น

2.3 การจัดการด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

จากการสังเกตการณ์หลังจากทดลองใช้แนวทางการจัดการด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกตดังนี้

2.3.1 เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร เช่นการ เลิกกินจุจิก รับประทานอาหารเป็นเวลา และรู้วิธีการควบคุมการรับประทานอาหาร

2.3.2 มีความรับผิดชอบในการประกอบอาหารมากขึ้น เช่น ประกอบอาหารที่เป็น ประโยชน์ต่อร่างกาย ไม่มากไม่น้อยจนเกินไป

2.3.3 รู้จักการรับประทานอาหารทดแทนกัน เช่น ผลไม้แทนอาหารเย็น

2.4 การจัดการด้านแรงจูงใจ

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้แนวทางการจัดการด้านแรงจูงใจ กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

2.4.1 เกิดการวางแผน ตื่นตัวอยู่เสมอ

2.4.2 มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย

2.4.3 ให้กำลังใจและมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รู้จักการให้อภัย

3. ผลการประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกิน

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 ผู้วิจัยต้องการศึกษาเพื่อทดลองใช้และประเมินผลการจัดการ ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการใช้การเปรียบเทียบผลก่อนและ หลังการทดลองรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มทดลอง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 30 คน โดยให้กลุ่มทดลองสมัครใจเข้าร่วม โครงการวิจัย และหากมีจำนวนเกิน 30 คน ในส่วนกลุ่มควบคุม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จำนวน 30 คน รวมทั้ง 2 กลุ่มทั้งสิ้น จำนวน 60 คน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองตามแนว ทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มทดลอง ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน โดยเริ่มเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้การวัดรอบเอวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การดำเนินการเริ่มในเดือน มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562 รวมเป็นระยะเวลา ประมาณ 6 เดือน

3.2 ในการทดลองรูปแบบ ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถาม และการสังเกต การบันทึก ที่ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความตระหนัก ปัจจัยด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวและ ออกกำลังกาย ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยด้านแรงจูงใจ นำมาสอบถามและใช้ การวัดรอบเอว กับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน โดยมีผลการวัดรอบเอวของกลุ่มทดลองกับกลุ่ม

ควบคุมมาเป็นตัวแปรควบคุม (Control Variable) โดยนำมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) แล้วทำการทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน(ร่วม)หลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA)

ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรหลังการทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกิน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ตัวแปร	n		S.D.
1. กลุ่มทดลอง	1.1 ความตระหนัก	30	2.2733	0.26597
	1.2 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	30	2.3833	0.24647
	1.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	30	3.5148	0.53833
	1.4 แรงจูงใจ	30	3.1964	0.67579
	1.5 รอบเอวก่อนการทดลอง	30	89.63	4.67
	1.6 รอบเอวหลังการทดลอง	30	85.96	4.49
2. กลุ่มควบคุม	1.1 ความตระหนัก	30	2.0800	0.40121
	1.2 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	30	2.1267	0.35422
	1.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	30	3.9844	0.67872
	1.4 แรงจูงใจ	30	3.7844	0.70624
	1.5 รอบเอวก่อนการทดลอง	30	89.46	5.21
	1.6 รอบเอวหลังการทดลอง	30	89.23	4.90

ผลการเปรียบเทียบคะแนนตัวแปรหลังการดำเนินการ ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในทุกตัวแปรตามรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบ Multivariate Test ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14

เปรียบเทียบคะแนนตัวแปรกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในทุกตัวแปรตามรูปแบบการจัดการภาวะ
โภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบ *Multivariate Test*

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.250	3.540	5.000	53.000	.008*
	Wilks' Lambda	.750	3.540	5.000	53.000	.008*
	Hotelling's Trace	.334	3.540	5.000	53.000	.008*
	Roy's Largest Root	.334	3.540	5.000	53.000	.008*
รอบเอว	Pillai's Trace	.676	22.136	5.000	53.000	.000*
	Wilks' Lambda	.324	22.136	5.000	53.000	.000*
	Hotelling's Trace	2.088	22.136	5.000	53.000	.000*
	Roy's Largest Root	2.088	22.136	5.000	53.000	.000*
กลุ่ม	Pillai's Trace	.419	7.640	5.000	53.000	.000*
	Wilks' Lambda	.581	7.640	5.000	53.000	.000*
	Hotelling's Trace	.721	7.640	5.000	53.000	.000*
	Roy's Largest Root	.721	7.640	5.000	53.000	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ค่าสถิติ Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA การเปรียบเทียบ โดยการทดสอบ Multivariate จากพิจารณา โดยใช้การทดสอบสมมุติฐานด้วยวิธี Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, และ Roy's Largest Root พบว่า มีค่า Significant ที่ระดับ .008 และ ที่ระดับ .000 แสดงว่า หลังการทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแล้ว ผลที่เกิดขึ้นโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้เกิดการจัดการภาวะโภชนาการเกิน โดยรวมทุกตัวแปร ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบว่าแตกต่างกันที่

ด้านใด หรือตัวแปรตามใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบความแตกต่าง ในแต่ละตัวแปรตามต่อไป โดยใช้การทดสอบแบบทีละตัวแปร (Univariate Test) ดังแสดงในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทีละตัวแปรแบบและการทดสอบทีละตัวแปร (Univariate Test)

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1. ความตระหนัก	.831	1	.831	7.473*	.008
2. พฤติกรรมออกกำลังกาย	.873	1	.873	9.219*	.004
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.202	1	2.202	5.898*	.018
4. แรงจูงใจ	4.134	1	4.134	8.541*	.005
5. รอบเอว	118.498	1	118.498	14.452*	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.15 เป็นการทดสอบค่าเฉลี่ยทีละตัวแปรย่อย พบว่าตัวแปรทุกตัวมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมี 4 ตัวแปรที่มีค่า Significant ไม่เกิน .05 รวมทั้งตัวแปรควบคุม ที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือ ผลการวัดรอบเอวก่อนและหลังการทดลอง มีค่า Significant เท่ากับ .000 ตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างในแต่ละตัวแปรตาม พบว่าตัวแปรด้านความตระหนัก มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .008 ในด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .004 ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .018 ในด้านแรงจูงใจ มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 และผลการวัดรอบเอว มีผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

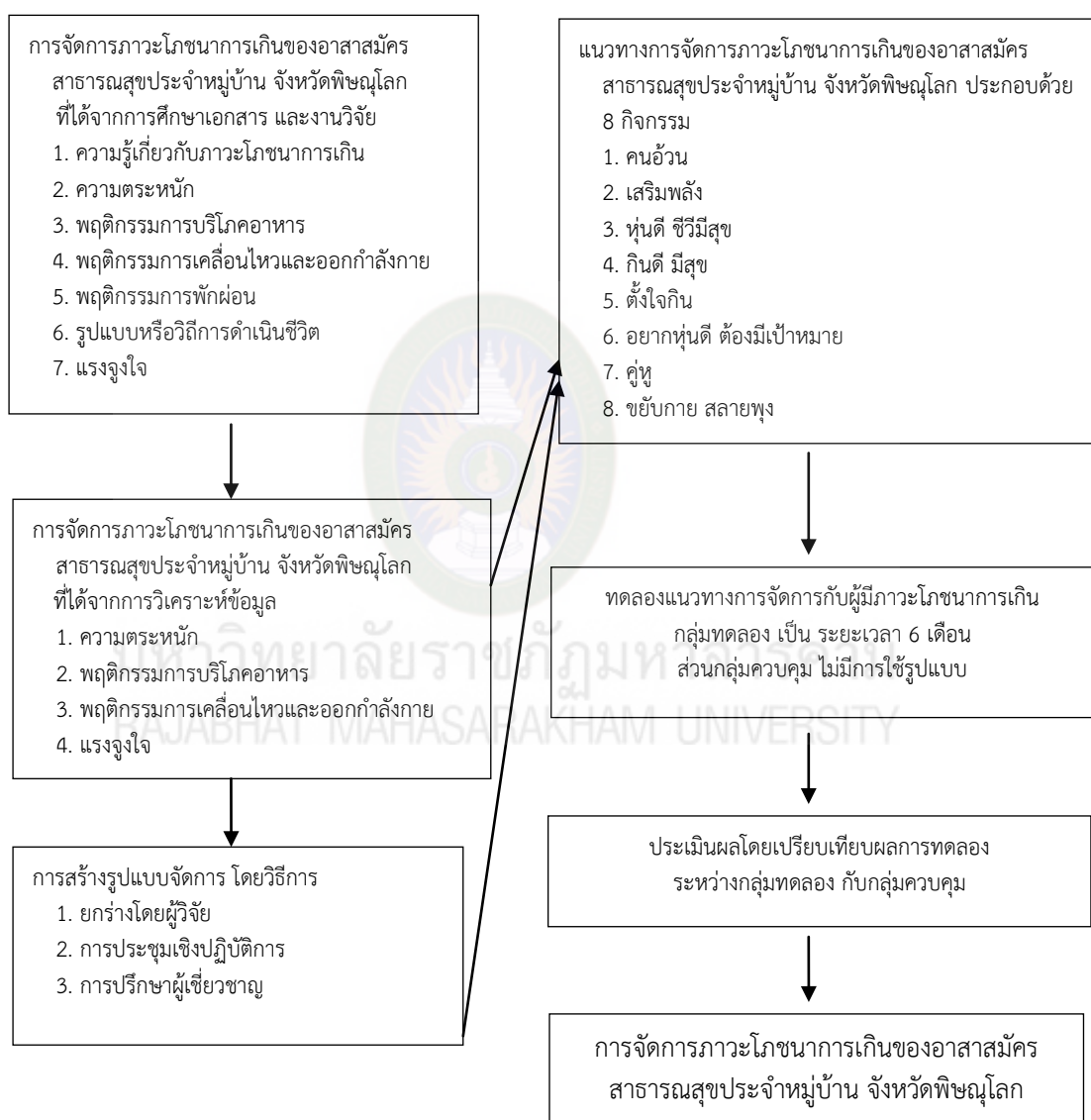
จากการทดสอบแบบ Univariate Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ละตัวแปร พบว่า ทั้ง 4 ตัวแปรคือ 1) ความตระหนัก 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 4) แรงจูงใจ และผลการวัดรอบเอว มีค่า Significant มากที่สุด ไม่เกิน .031 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ผู้วิจัยตั้งไว้ที่ .05 สรุปได้ว่า หลังการทดลองใช้ การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร ด้านความตระหนัก ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านแรงจูงใจ และผลการวัดรอบเอว ทั้ง 5 ตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้น การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลทำให้เกิดการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ความตระหนัก 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 4) แรงจูงใจ และ 5) ผลการวัดรอบเอว

ในการวิจัยระยะที่ 1 ตัวแปรที่มีผลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นตัวแปรพยากรณ์ ที่ได้จากการศึกษาเอกสาร และการวิจัย พบว่า มี 7 ตัวแปร เมื่อนำเข้าสมการโครงสร้างเพื่อตรวจสอบความตรงของตัวแบบจำลองสมมติฐาน ซึ่งมีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ดัชนีความกลมกลืนของตัวแบบ พบว่า มีตัวแปรพยากรณ์ 4 ตัวแปร ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) ความตระหนัก (0.941) 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.873) 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.856) และ 4) แรงจูงใจ (0.845) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และต่อมาในการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยจากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 4 ด้าน 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) คนอ้วน 2) เสริมพลัง 3) หุ่นดี ชีวิตมีสุข 4) กินดี มีสุข 5) ตั้งใจกิน 6) ออยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย 7) คู่หู และ 8) ขยับกาย สลายพุง

จากนั้นในระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้นำการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 4 ปัจจัย 8 กิจกรรม ไปทดลองดำเนินการตามแนวทางการจัดการที่ได้ในระยะที่ 2

และกำหนดให้มีการประเมินผลเปรียบเทียบผลการดำเนินการ หลังการดำเนินงานระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรควบคุม คือผลการวัดรอบเอว ก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะโภชนาการดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพได้ ดังแผนภาพที่ 4.4



ภาพที่ 4.4 กระบวนการดำเนินการวิจัย การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย โดยใช้การวิจัยในเชิงปริมาณและคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Methodology) แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Method) และ สหสัมพันธ์แคนอนนิคัล (Canonical Correlation Analysis) นำผลการวิจัยที่ได้มาสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกิน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

5.1.2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

5.1.3 เพื่อทดลองใช้และประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

5.2 สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้รับผลจาก 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน 2) ความตระหนัก 3) แรงจูงใจ 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 6) พฤติกรรมการพักผ่อน และ 7) รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต

สมมติฐานที่ 2 หลังการทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง มีการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ดีกว่ากลุ่มควบคุม

5.3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 17,487 คน (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2560)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane (1973, p. 727) จำนวน 392 คน

กลุ่มตัวอย่างให้แบ่งเป็น

1.2.1 กลุ่มปกติ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปี พบว่า ปกติ จำนวน 196 คน

1.2.2 กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปี พบว่า มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 196 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวแปรอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่คาดว่าจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก คือ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน

1.2 ความตระหนัก

1.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

1.4 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

1.5 พฤติกรรมการพักผ่อน

1.6 รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต

1.7 แรงจูงใจ

2.2 ตัวแปรตาม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือ ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นตามแนวทางของวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งแบบสอบถาม ได้แบ่งเป็น 7 ด้านตามตัวแปรต่าง ๆ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน 2) ความตระหนัก 3) แรงจูงใจ 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 6) พฤติกรรมการพักผ่อน และ 7) รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต

4. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of Data) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย ใช้สถิติวิเคราะห์แบบ Discriminant Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การวิจัยระยะที่ 2 สร้างรูปแบบภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน นักโภชนาการจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน นักจัดการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 1 คน นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอในเขตจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 คน และผู้เข้าร่วมวิพากษ์ที่ได้มาจากการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน

2. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ปัจจัยที่เป็นผลลัพธ์จากการศึกษาของผู้วิจัย ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 มาเป็นประเด็นในการพิจารณาสร้างรูปแบบ

3. การรวบรวมข้อมูล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) และใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) และการระดมสมอง (Brain Storming) และพิจารณากิจกรรมที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

การวิจัยระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1. กลุ่มทดลอง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในเขตตำบลบางกระพุ่ม อำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 1 บ้านแม่เทียบ หมู่ 2 บ้านคลองกระล่อน หมู่ 3 บ้านเกาะคู หมู่ 4 บ้านบางกระพุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. กลุ่มควบคุม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 ในเขตตำบล บางกระพุ่ม อำเภอ บางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ 5 บ้านบางกระพุ่ม หมู่ 6 บ้านบางกระพุ่มใน หมู่ 7 บ้านบึงเวียน หมู่ 8 บ้านหัวหนอง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. วิธีการประเมิน คือ ผลการบันทึก (การวัดรอบเอว) ผลการสังเกต (แบบสังเกตพฤติกรรม) และผลการตอบแบบสอบถาม (จากปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการศึกษาของผู้วิจัยที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1) กับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการเปรียบเทียบก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

4. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

4.1 ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2

4.2 ตัวแปรร่วม คือ ผลการบันทึก (การวัดรอบเอว) ก่อนการทดลอง

4.3 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสำเร็จในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก และตัวแปรอิสระในระยะที่ 1 ที่พบว่าส่งผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมุติฐานในการวิจัยระยะที่ 3 รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังทดลอง Posttest และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนหลังการทดลองด้วยการนำเอาผลการบันทึกผลการวัดรอบเอวของกลุ่มทดลองมาเป็นตัวแปรควบคุม (Control Variable) โดยนำมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) แล้วทำการทดสอบสมมุติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ร่วม) หลายตัวแปรตาม (Multivariate Analysis of Covariance : MANCOVA) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Level of Significant .05)

5.4 สรุปผลการวิจัย

5.4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) ความตระหนัก (0.941) 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.873) 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.856) และ 4) แรงจูงใจ (0.845)

5.4.2 ผลการสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) คนอ้วน 2) เสริมพลัง 3) หุ่นดี ซีวีมีสุข 4) กินดี มีสุข 5) ตั้งใจกิน 6) ออยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย 7) คู่หู และ 8) ขยับกาย สลายพุง

5.4.3 หลังการทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง มีการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.5 อภิปรายผล

5.5.1 การศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ว่า ภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ได้รับผลจาก 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน 2) ความตระหนัก 3) แรงจูงใจ 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 6) พฤติกรรมการพักผ่อน และ 7) รูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย ใช้สถิติวิเคราะห์แบบ Discriminant Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า มีเพียง 4 ปัจจัย ที่ส่งผลโดยรวมต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) ความตระหนัก (0.941) 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.873) 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.856) และ 4) แรงจูงใจ (0.845) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลวรรณ สาคร (2555, น. 188) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน (0.13) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (0.11) ปัจจัยด้านความกระตือรือร้นมุ่งมั่น (0.11) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (0.14) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (0.15) และปัจจัยด้านความตระหนัก (0.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย มาอภิปรายผล ดังนี้

5.5.1.1 ปัจจัยด้านความตระหนัก

ความตระหนัก ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก สอดคล้องกับแนวคิด ของ Brekler (1974, p. 45) ที่ได้กล่าวเอาไว้ว่า ความตระหนัก เกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้าอัน ได้แก่ บุคคล สถานการณ์ กลุ่มสังคม และสิ่งต่าง ๆ ที่โน้มน้าว หรือที่ จะตอบสนองในทางบวกหรือทางลบ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ โดยองค์ประกอบ สำคัญที่ก่อให้เกิดความตระหนักมีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ ดังนี้

- 1) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) จะเริ่มต้นจากระดับง่าย และมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ
- 2) อารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) เป็นความรู้สึกด้านทัศนคติ ค่านิยมความตระหนักชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี เป็นองค์ประกอบในการประเมินสิ่งเร้าต่าง ๆ
- 3) พฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยา ท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้า หรือแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำ

ผู้วิจัยพบว่า ความตระหนัก ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก อาจเป็นเพราะว่า ในโลกปัจจุบัน การสื่อสารในระบบสารสนเทศ เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วนของคนในยุคปัจจุบัน เป็นปัญหาที่ทุกคนกำลังเผชิญหน้า อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และสภาวะโรคภัยที่เกิดขึ้นกับประชาชนซึ่งเกิดจากภาวะโภชนาการเกินทำให้ทุกคน ยอมรับว่าเกิดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ และการรักษาพยาบาลที่มี ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการ รักษาพยาบาล จึงทำให้ทุกคนไม่อยากจะเสี่ยงกับโรคภัยดังกล่าว จึงทำให้ทุกคนเกิดความตระหนัก ในความเสี่ยงที่จะมีโอกาสเกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัว

5.5.1.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

พฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก สอดคล้องกับงานวิจัยของ James O.Hill and Holly R. Wyatt (2005, p. 765) พบว่า ปัจจัยของการขาดพฤติกรรมเคลื่อนไหว มีนัยสำคัญอย่างมากต่อการเป็นภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย มีนัยสำคัญมากกับการจัดการภาวะโภชนาการเกิน และสถาบันวิจัยและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แนะนำ เทคนิควิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 2 อย่างดังนี้

1) Self-monitoring เป็นการตรวจสอบตนเอง เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด โดยบันทึกรายละเอียดของอาหารที่บริโภคทั้งชนิดและปริมาณ กิจกรรมประจำวันร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย การบันทึกจะช่วยให้ตระหนักถึงนิสัยการกินการเคลื่อนไหวร่างกาย และเหตุการณ์หรืออารมณ์ที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมข้างต้น จะช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมการกินอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกาย รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงได้

2) Stimulus Control เป็นการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การไม่เคลื่อนไหวร่างกายและการไม่ออกกำลังกาย มีเป้าหมายที่แยกแยะระหว่างความหิวและความอยาก วิธีการปรับเปลี่ยนสิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และสร้างตัวเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมที่ต้องการ เช่น การดูโทรทัศน์พร้อมกับการกินขนมจุกจิกหรือดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม วิธีการควบคุมสิ่งกระตุ้น ได้แก่ การเก็บอาหารและขนมไว้ในตู้ก่ล่องหรือขวดทึบ เพื่อลดการกระตุ้นทางกาย ข้อเสนอแนะในการกินอาหาร ควรกินเฉพาะที่ได้ะอาหารโดยไม่ทำกิจกรรมอย่างอื่น การใช้งานขนาดเล็กลงเพื่อให้ดูเหมือนการกินปริมาณมากเท่าเดิมหลีกเลี่ยงการเก็บตุนขนม หรืออาหาร ไม่กินอาหารที่มีพลังงานสูง และการหากิจกรรมอื่นมาทดแทนการกินขณะดูโทรทัศน์

3) Changing Eating Behavior เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการบริโภคอาหารให้ลดลง เช่น การกินอาหารเร็วทำให้กินมาก แนะนำให้กินช้าลงโดยการเคี้ยวอาหารนานขึ้น วางช้อนและส้อมก่อนกินทุกคำ หรือแนะนำให้ตักอาหารใส่จานปริมาณลดลง (Portion Size) กินข้าวเพียงจานเดียว กินเป็นเวลา กินที่ได้ะอาหารที่เป็นที่เป็นทาง และกินวันละ 3 มื้อ

4) Reinforcement จากทฤษฎีการเรียนรู้ พบว่าการเสริมแรงด้านบวกสำหรับความประพฤติที่พึงประสงค์ที่ควรปฏิบัติ จะนำไปสู่การปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น การให้รางวัล (Rewards) เมื่อพัฒนานิสัยการกิน หรือการออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำหรือตามที่วางแผนไว้ การให้รางวัลต้องให้ทันทีที่ปรับพฤติกรรมได้ รางวัลที่ได้ต้องชัดเจน เช่น เงิน เสื้อผ้า หนังสือ ไม่ควรเป็นขนมหรืออาหาร ไม่แนะนำให้ตั้งเป้าการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ควรตั้งที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำได้วันต่อวัน เช่น กินข้าว 1 จาน กินผักทุกมือลดอาหารมัน

5) Cognitive Behavioral Techniques เป็นการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ได้แก่การวางแผนสำหรับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการบริโภคมากเกินไป เช่น การไปงานเลี้ยงหรือไปเที่ยว เป็นต้น การเรียนรู้วิธีการหลีกเลี่ยงการกินมาก โดยเน้นแนวคิดเชิงบวกและลดการติเตียนตนเอง

6) Social Support เป็นการประคับประคองให้ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักและรักษาน้ำหนักที่ลดลงให้คงที่

7) Behavioral Contracting เป็นการใช้หลักควบคุมสิ่งเร้าร่วมกับการเสริมแรง โดยการทำสัญญาและตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน ควรเป็นเป้าหมายที่ค่อยเป็นค่อยไปและสามารถบรรลุได้ไม่ยาก

ผู้วิจัยเห็นว่า ปัจจัยพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมีนัยสำคัญอย่างมากต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก อาจเป็นเพราะว่า สาเหตุที่ทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการเกินคือการที่บุคคลขาดการใช้พลังงาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายที่น้อยกว่าการบริโภคอาหารเข้าไป ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากระแสการออกกำลังกายในปัจจุบันจึงเป็นที่นิยมเป็นอย่างสูง

5.5.1.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก สอดคล้องกับการวิจัยของ จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน (2544, น. 36) โครงการ วิเคราะห์เอกสารและผลการวิจัยภาวะโภชนาการเกิน พบว่า การที่เด็กมีการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นสิ่งที่ช่วยให้เด็กสามารถลดการเป็นภาวะโภชนาการเกินได้ ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน และจากหลายงานวิจัยและการศึกษาพบว่า ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่มีภาวะโภชนาการเกินมี 2 พฤติกรรมสำคัญที่ต้องปรับเปลี่ยนนั้นคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 1) การบริโภคจะกำหนดปริมาณปกติที่ควรบริโภคในแต่ละมื้อ และฝึกบริโภคนิสัยที่จะรับประทานเมื่อรู้สึกหิวไม่รับประทานจากความรู้สึกอยาก (Hunger and Satiety) และ 2) การใช้พลังงาน ข้อเสนอแนะกำหนดให้มีการทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานสูงมากขึ้น ซึ่งขึ้นกับความสนใจของแต่ละ

ละบุคคลด้วย และพยายามลดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงานน้อย (Sedentary Activities) เช่น การดูโทรทัศน์และการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ให้น้อยลง

ผู้วิจัยเห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งและมีความจำเป็นที่ผู้มีภาวะโภชนาการเกิน จะต้องดูแล ควบคุม การบริโภคอาหาร และเป็นสาเหตุใหญ่ ๆ จากงานวิจัยหลายเรื่องที่ผ่านมาจะต้องประกอบด้วย การควบคุมการบริโภคอาหารเพื่อการลดภาวะโภชนาการเกินเสมอ

5.5.1.4 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ

แรงจูงใจ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก สอดคล้องกับ นุชนาถ ชูเกียรติ (2539, น. 86-88) ได้ศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีชนบทจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเรื้องปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ตลอดจนมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก มากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จรวยพร ธรณินทร์ (2544) สามารถสรุปได้ว่า ในการลดกลุ่มเสี่ยงของผู้เป็นภาวะโรคอ้วนหนึ่งในวิธีการ คือ การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินเกิดความต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดความมานะ อุตสาหะที่จะเอาชนะภาวะโภชนาการเกินที่ตัวเองมี เป็นพลังขับเคลื่อนพฤติกรรมกรปฏิบัติตน ในไปสู่การเอาชนะการต่อสู้กับตนเอง

5.5.2 ผลการทดลองใช้และประเมินผลการใช้แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

โดยการเปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลองใช้แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ด้วยสถิติวิเคราะห์ MACOVA พบว่า หลังการทดลองใช้แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการ

เกินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองมีความตระหนัก พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและ ออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

5.5.2.1 การจัดการด้านความตระหนัก

ประพัฒน์ ลักษณะพิสุทธิ์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใน ASTV การแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน สู้ปัญหาภาวะ “โรคอ้วน” อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพจึง ต้องอาศัยการบูรณาการศาสตร์ และการปฏิรูป ‘วิธี’ การให้การศึกษา ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนปัจจัยแวดล้อมอื่น อันมีส่วนกำหนดพฤติกรรมของผู้คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก โดยมุ่งเน้นไปที่การสร้างความตระหนักในคุณค่าของอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย ในปริมาณที่เหมาะสม ตลอดจนการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อให้เด็กได้ตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายและเล่นกีฬา

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการด้านความตระหนัก กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

1. เกิดพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเรื่องต่าง ๆ ในที่ประชุม
2. เข้าใจในการทำกิจกรรม ร่วมกับคนอื่น ๆ
3. ยอมรับตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยพึงพิง ไปสู่การพึ่งพาตนเอง และไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกัน

5.5.2.2 การจัดการด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

การออกกำลังกายให้เกิดประโยชน์แก่สุขภาพคือ การจัดชนิดของความหนัก ความนาน และความบ่อยของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับเพศ วัย สภาพร่างกาย สภาพแวดล้อม และ จุดประสงค์ของแต่ละคน เปรียบได้กับการใช้ยาซึ่งถ้าหากสามารถจัดได้เหมาะสมก็จะให้คุณประโยชน์ ดังต่อไปนี้

- 1) สุขภาพทั่วไป เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์ ต่อสุขภาพถึงแม้ว่าจะไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าการออกกำลังกายจะสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อได้ แต่มีหลักฐานที่บ่งบอว่า เมื่อนักกีฬาเกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อจะสามารถหายได้เร็วกว่า และมีโรคแทรกซ้อนน้อยกว่า ข้อที่ทำให้เชื่อได้ว่าผู้ที่ออกกำลังกายย่อมมี

สุขภาพดีกว่าผู้ขาดการออกกำลังกาย คือ การที่อวัยวะต่าง ๆ มีการพัฒนาทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การทำงาน โอกาสของการเกิดโรคที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น โรคเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะจึงมีน้อยกว่า

2) สมรรถภาพทางกาย ถ้าจัดการออกกำลังกายเป็นยาบำรุง การออกกำลังกายถือเป็นยาบำรุงเพียงอย่างเดียวที่สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้ เพราะไม่มียาใด ๆ ที่สามารถทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างแท้จริงและถาวร ยาบางอย่างอาจทำให้ผู้ใช้สามารถทนทำงานบางอย่างได้นานกว่าปกติ แต่เมื่อทำไปแล้วร่างกายก็จะอ่อนเพลียกว่าปกติจนต้องพักผ่อนนานกว่าปกติ หรือร่างกายทรุดโทรมลงไป ในทางปฏิบัติเราสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายทุก ๆ ด้านได้ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว ความอดทนของกล้ามเนื้อ ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ความคล่องตัว

3) การป้องกันโรค การออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคได้หลายชนิด โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะอันเนื่องจากการมีอายุมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันเช่น การกินอาหารมากเกินไป ความเคร่งเครียด การสูบบุหรี่มาก หรือกรรมพันธุ์ โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคประสาทเสียดุลยภาพ หลอดเลือดหัวใจเสื่อมสภาพ ความดันเลือดสูง โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคข้อต่อเสื่อมสภาพ เป็นต้น ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีโอกาสเกิดโรคเหล่านี้ได้ช้ากว่าผู้ขาดการออกกำลังกาย หรืออาจไม่เกิดขึ้นเลยจนชั่วชีวิต การออกกำลังกายจึงช่วยชะลอชรา

4) การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ โรคต่าง ๆ ที่กล่าวในข้อ 5 หากเกิดขึ้นแล้ว การเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมจัดเป็นวิธีรักษาและฟื้นฟูสภาพที่สำคัญในปัจจุบัน แต่ในการจัดการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีปัญหา มาก เพราะบางครั้งโรคกำเริบรุนแรงจนการออกกำลังกายแม้เพียงเบา ๆ ก็เป็นข้อห้าม ในกรณีดังกล่าว การควบคุมโดยใกล้ชิดจากแพทย์ผู้ทำการรักษาและการตรวจสอบสภาพร่างกายโดยละเอียดเป็นระยะเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้การจัดการด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกต ดังนี้

- 1) เกิดความสนุกสนาน และความพร้อมที่จะดำเนินการต่อไป
- 2) รู้จักการวางแผน มีการดำเนินการตามแผนที่ได้วางเอาไว้ และเกิดความรับผิดชอบในเรื่องการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมากขึ้น

3) เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมากขึ้น

5.5.2.3 การจัดการด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ ชนิดของอาหารที่รับประทาน และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

1) ชนิดของอาหารที่รับประทาน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย การบริโภคอาหาร Fast Food และอาหารที่ให้พลังงานสูง

1.1) การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย

อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย ได้แก่ น้ำหวาน น้ำอัดลม ท็อฟฟี่ ลูกอม ซึ่งอาหารเหล่านี้จะเป็นอาหารที่ให้พลังงานอย่างเดียว ไม่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์หรือมีในอัตราส่วนที่ต่ำมาก ทางด้านโภชนาการเรียกออาหารเหล่านี้ว่าอาหารขยะ (Junk Food) ถ้ารับประทานโดยไม่มีการควบคุม จะทำให้เกิดการสะสมของพลังงานส่วนเกิน จนทำให้เกิดภาวะอ้วนได้

1.2) การบริโภคอาหารจานด่วนและอาหารที่ให้พลังงานสูง

อาหารจานด่วน ได้แก่ แฮมเบอร์เกอร์ มันทอด มันฝรั่งทอด ซึ่งอาหารในกลุ่มนี้มักจะขาดผักและผลไม้ เป็นอาหารที่ให้พลังงานมาก เมื่อรับประทานจะได้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน และถ้าได้รับประทานบ่อย ๆ หรือรับประทานเป็นประจำอาจทำให้อ้วนได้ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าอาหารเหล่านี้กำลังเป็นที่นิยมของผู้บริโภคโดยเฉพาะในเขตเมือง

2) การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ จำนวนและลักษณะของการบริโภคอาหารแต่ละมื้อ ลักษณะนิสัยของการบริโภค

2.1) จำนวนและลักษณะของการบริโภคอาหารแต่ละมื้อ

อาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน คือ อาหารหลัก 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวันและมื้อเย็น โดยในแต่ละมื้อควรมีสารอาหารต่างๆครบถ้วน และได้สัดส่วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ในปัจจุบันพบว่าบุคคลจำนวนมากไม่น้อยที่รับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อ และส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าเย็นมากกว่ามื้ออื่น ๆ ซึ่งทำให้เกิดภาวะโรคอ้วนได้ เนื่องจากมีการใช้พลังงานน้อยลงหลังจากการรับประทานอาหาร และอีกหนึ่งพฤติกรรมที่พบคือคนที่มีภาวะโภชนาการเกินมักจะรับประทานอาหารก่อนนอน และรับประทานอาหารจุกจิกอีกด้วย

2.2) ลักษณะนิสัยของการบริโภคอาหาร

ลักษณะนิสัยของการบริโภคอาหารที่บุคคลปฏิบัติ ได้แก่ การรับประทาน อาหารจุบจิบ การรับประทานอาหารสลับกับการดื่มน้ำ การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะอาหารที่ ชอบ การรับประทานอาหารด้วยอัตราเร็ว ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้ล้วนทำให้ได้รับปริมาณอาหารที่มาก เกินความต้องการของร่างกาย

จากการสังเกตการณ์หลังจากทดลองใช้การจัดการด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กับ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกตดังนี้

- 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร เช่น การเลิกกินจุบจิบ รับประทานอาหารเป็นเวลา และรู้วิธีการควบคุมการรับประทานอาหาร
- 2) มีความรับผิดชอบในการประกอบอาหารมากขึ้น เช่น ประกอบอาหารที่เป็น ประโยชน์ต่อร่างกาย ไม่มากไม่น้อยจนเกินไป
- 3) รู้จักการรับประทานอาหารทดแทนกัน เช่น ผลไม้แทนอาหารเย็น

5.5.2.4 การจัดการด้านแรงจูงใจ

การประยุกต์ในการนำไปใช้ในเรื่องสุขภาพ หลังจากการศึกษาและค้นคว้า สามารถ รวบรวมการประยุกต์การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนไว้ดังนี้

- 1) แนวทางการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจสำหรับกลุ่มเสี่ยง
 - 1.1) บรรยายภาคการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำทนายความอยากรู้ อยากเห็น
 - 1.2) บอกเป้าหมายของการออกกำลังกาย
 - 1.3) ให้งานและให้โอกาสสมาชิกในกลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์กับ ความสำเร็จ
 - 1.4) ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มเสี่ยงในการช่วยปรับปรุงพฤติกรรม
 - 1.5) มีการพบกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคลและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์
 - 1.6) บรรยายภาคของการพบกันต้องมีลักษณะอบอุ่น
 - 1.7) ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงความกระตือรือร้น
- 2) ผู้ให้บริการต้องให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในการสร้างแรงจูงใจภายในด้วย

วิธีการ

- ต้องการ
- 2.1) ควรให้กลุ่มเสียงตั้งเป้าหมายเฉพาะตัวเองในการดูแลสุขภาพที่ตน
 - 2.2) ให้กลุ่มเสียงวางแผนในการพัฒนาตนเองทั้งระยะสั้นและระยะยาว
 - 2.3) กลุ่มเสียงมีการดูแลสุขภาพตามวิธีการที่ตนเองได้เลือกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
 - 2.4) ต้องช่วยให้กลุ่มเสียงวิเคราะห์ความสำเร็จและไม่สำเร็จด้วยตนเอง
 - 2.5) ต้องให้กลุ่มเสียงได้เห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - 2.6) ต้องช่วยให้กลุ่มเสียงได้ค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองที่จะดูแลสุขภาพต่อไป
 - 2.7) ชี้แจงให้กลุ่มเสียงเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล
 - 2.8) ช่วยให้กลุ่มเสียงจัดตารางเวลาในการออกกำลังกาย

จากการสังเกตการณ์หลังการทดลองใช้การจัดการด้านแรงจูงใจกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีข้อสังเกตดังนี้

1. เกิดการวางแผน ตื่นตัวอยู่เสมอ
2. มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย
3. ให้กำลังใจและมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รู้จักการให้อภัย

5.6 ข้อเสนอแนะ

5.6.1 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ส่วนมากแล้วเกิดจากการขาดความตระหนัก ในการจัดการกับตัวเองที่จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินลดลงอย่างยั่งยืน ถึงแม้ว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภค และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยมาทำให้เกิดการลดภาวะโภชนาการเกินในประชาชน แต่ปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการลดภาวะโภชนาการเกินของประชาชนที่จะทำให้เกิดความยั่งยืน ยังประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ที่จะกระทำการลดภาวะโภชนาการเกินต่อไปเพื่อความยั่งยืนด้วย ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรอื่น ๆ ที่จะดำเนินการลดภาวะโภชนาการเกินใน

องค์การ หรือประชาชนทั่วไป สมควรที่จะต้องศึกษาปัจจัยด้านการสร้างความตระหนักให้กับผู้มีภาวะโภชนาการเกิน ทำให้เกิดแรงจูงใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารไปพร้อม ๆ กัน จึงจะจัดการกับการลดภาวะโภชนาการเกินได้

5.6.2 ข้อเสนอแนะเพื่อทำการวิจัยครั้งต่อไป

5.6.2.1 ควรศึกษาการลดภาวะโภชนาการเกินในประชาชน ร่วมกับการมีภาวะของโรคภัยทางสุขภาพต่าง ๆ ร่วมกันด้วย เช่น โรคเรื้อรัง หรือโรคทางสุขภาพจิตที่มีในตัวบุคคลที่ต้องการลดภาวะโภชนาการเกิน จึงจะทำให้เกิดความเหมาะสมในกิจกรรมการลดภาวะโภชนาการเกิน

5.6.2.2 ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบการลดภาวะโภชนาการเกิน ของผู้ที่มีสุขภาพไม่ปกติ ทั้งทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิต เปรียบเทียบกับบุคคลที่มีภาวะโภชนาการเกินปกติทั่วไปด้วย เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีความตระหนัก มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจ ที่แตกต่างกัน





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

บรรณานุกรม

กมลวรรณ สาคร (2557). รูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ.

(วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

กรรณา จิตถนอม. เส้นทางโภชนาการไทย. วารสารเส้นทางโภชนาการไทย, 43(2).

กรมอนามัย,กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือการดำเนินงานคลินิก Diet Physical Activity

Clinic สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย,

กรมอนามัย,กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.

กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.

กรมอนามัย,กระทรวงสาธารณสุข. (2548). ความรู้ด้านโภชนาการ สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ :

กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. สืบค้นจาก

<https://www.ryt9.com/s/cabt/89924>

กระทรวงสาธารณสุข. (2539). เอกสารเผยแพร่แผนการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้าน

สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินค่าป่วยการของ อสม. ปี 2552. กรุงเทพฯ :

กระทรวงสาธารณสุข.

การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2530). คู่มือผู้นำการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ไทยมิตร

การพิมพ์.

เกษรา ชาวนาห้วยตะโก และคณะ. (2550). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ ประชาชน หมู่ที่ 9

ตำบลนครปฐม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550).

หลักสูตรฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ :

บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.

- จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน. (2544). *วิเคราะห์เอกสารและผลการวิจัยภาวะโภชนาการเกิน*. กรุงเทพฯ : เครือข่ายวิจัยสุขภาพ (สกว.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- จันทิมา บุญศรี. (2552). *การจัดการภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนอนุบาล ห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จรินทร์ ธาณิรัตน์. (2529). *อนามัยบุคคล*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- จรวพร ธรณินทร์. (2544). การออกกำลังกายของคนอ้วน. *นิตยสารใกล้หมอ*, 23(2), 35.
- ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์. (2542). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ : รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2544). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวาล แพรัตกุล. (2552). *เทคนิคการวัดผล* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทะนงศักดิ์ ประสบกิติคุณ. (2535). *การประเมินค่าความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมของนักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 3 จังหวัดตราด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทิตนา แคมมณี. (2537). *กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานเป็นทีมและการจัดการเรียนการสอน*. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชนาด ชูเกียรติ. (2539). *การสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบทอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิชาภา เลิศชัยเพชร. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินของประชากรวัยแรงงาน : กรณีศึกษาพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2546). *เด็กไทยกับนิสัยการกิน*. สืบค้นจาก <http://www.doctor.or.th/article/detail/1815>,
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2555). *มาป้องกันโรคอ้วนกันเถอะ*. สืบค้นจาก http://www.drlek.com/article2/article_2003_05_9_3736.html,

- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2546). รายงานการวิจัย โครงการทบทวนองค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก. กรุงเทพฯ : เครือข่ายวิจัยสุขภาพ (สกว.)
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). วิธีการสร้างสถิติสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- บุญลือ คชเสนีย์. (2532). ความรู้และความตระหนักของประชาชนในท้องถิ่นที่มีต่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมบริเวณสถานที่ท่องเที่ยวชายทะเล : ศึกษาเฉพาะกรณีเกาะเสม็ดจังหวัดระยอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรและมนุษยศาสตร์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประทีป จินฉ่ำ. (2540). การวิเคราะห์พฤติกรรม และการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประพัฒน์ ลักษณะพิสุทธิ์. (2525). เกมส์พลศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ประพล มิลินทจินดา. (2542). ความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประสาธ อิศรปริดา. (2540). สารัตถะจิตวิทยาการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 2). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- ปราณีต ผ่องแผ้ว. (2539). *Community nutrition : in society off rapid socio-economic changes*. กรุงเทพฯ : ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย.
- ภมร เสนาฤทธิ์. (2544). โภชนาการ และการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- มนัส ฉายาวิจิตรศิลป์. (2536). พฤติกรรมการบริโภคของคนไทยในชุมชนเมือง : ศึกษาเฉพาะกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- มนตรี ตูจันดา และคณะ. (2547). สร้างเด็กไทยให้เต็มศักยภาพด้วยอาหารและโภชนาการ. กรุงเทพฯ : เพชรรุ่งการพิมพ์.
- รังสรรค์ สิงห์เลิศ. (2558). ระเบียบวิธีวิจัย และการใช้สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัท ทริปเพิ้ลกรุ๊ป จำกัด.

รังสรรค์ สิงห์เลิศ. (2548). *การปรับตัวทางเศรษฐกิจของผู้ย้ายถิ่นกลับ หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจไทย*.

มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ราชกิจจานุเบกษา. (2554). *ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง จังหวัดบึงกาฬ*. สืบค้นจาก

<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2554/E/036/4.PDF>

ราชกิจจานุเบกษา. *พระบัญญัติตั้งจังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2437*. สืบค้นจาก

<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/A/046/14.PDF>

ราชัน พิมพา. (2544). *ความรู้ความตระหนักและการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจังหวัดนครปฐม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต).

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ :

นามมีบุ๊กพับลิเคชั่นส์.

วิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์, สถาบัน กระทรวงสาธารณสุข. (2553).

แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,

วิจัย ต้นไผ่จิตร และคณะ. (2541). *โภชนาการเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย.

วิจัย วงษ์ใหญ่. (2530). *พัฒนาหลักสูตรและการสอนมิติใหม่*. กรุงเทพฯ : ศึกษาพร.

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีกีฬา. (2551). *การรักษาโรคอ้วน โดยไม่พึ่งยา*. กรุงเทพฯ :

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วินัย บำรุงกิจ. (2535). *ความรู้และความตระหนักต่อสภาวะมลพิษทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียน*

พลตำรวจโรงเรียนตำรวจนครบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์).

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริ ทรัพย์สมบูรณ์. (2540). *สู่ความรุ่งโรจน์*. กรุงเทพฯ : ดอกหญ้า.

ศิริจรรยา นางนุช. (2548). *การบริโภคอาหารของเด็กระดับประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน*.

(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุโข. (2544). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม*

สำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.

ศูนย์ข้อมูลธรรมชาติบำบัด. (2555). *อ้วนลงพุงคือจุดเริ่มต้นของโรคร้ายภัยใกล้ตัว*. สืบค้นจาก

[http://www. ศูนย์ข้อมูลธรรมชาติบำบัด.com/index.php?option=com](http://www.ศูนย์ข้อมูลธรรมชาติบำบัด.com/index.php?option=com)

Content & view=article.2012.

ศิริวัลย์ พฤตวิไลย์. (2545). *กระบวนวิชาโภชนบำบัด*. สงขลา : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย.

สุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2542). *แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการ ดำเนินงานสุข*

ศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข.

สง่า ดามาพงษ์. (2550). *อ้วนอันตราย ไม่อยากตายต้องลดอ้วน*. กรุงเทพฯ : วายนิตคอมมิวนิเคชั่น.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *บทบาทบุคลากรสาธารณสุขในอนาคต*.

กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *การล้มมนาของสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 2 มติ 8 การจัดการปัญหา*

น้ำหนักตัวภาวะโรคอ้วน. กรุงเทพฯ : สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมยศ นาวิการ. (2539). *ทฤษฎีองค์กร*. กรุงเทพฯ : สามัคคีสาร (ดอกหญ้า).

สุรจิต สุนทรธรรม. (2544). *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การตรวจและการสร้างเสริม*. กรุงเทพฯ :

หมอชาวบ้าน.

สุรัตน์ โคมินทร์. (2536). *ทพโภชนาการและการรักษา*. กรุงเทพฯ : มาฉลองคุณ.

สำนักงานระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *วิทยาการระบาดโรคไม่ติดต่อ*. กรุงเทพฯ :

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2560). *ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ*. พิษณุโลก : สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.

สุบรรณ พันธ์วิศา และ ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์. (2522). *ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ :

โอเดียนสโตร์.

ไสว นามโยธา. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความกระตือรือร้นในการทำงาน*

ของพนักงานธนาคารออมสิน ภาค 9. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต).

มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

อุทุมพร จามรมาน. (2541). *คู่มือการประเมินผลโครงการฝึกอบรม*. กรุงเทพฯ : ฟีนีเพล็บปีชิ่ง.

- อมรรัตน์ ทิพย์จันทร์. (2547). *การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาจารย์ สถาบันราชภัฏ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อุรุวรรณ แยมบริสุทธิ์. (2549). *สถานการณ์โภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็ก ปัจจัยสาเหตุ และแนวทางการป้องกันในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เทคโนโลยีราชชมงคลศรีวิชัย คณะคหกรรมศาสตร์ ภาควิชาอาหารและโภชนาการ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. *แบบสอบถาม ความพร้อมของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มภาวะน้ำหนักเกิน*. สืบค้นจาก <http://bsris.swu.ac.th/health/doc/q1.doc>, 1996.
- อัมพวัลย์ วิศวธีรานนท์. (2541). *วิถีชีวิตของคนรุ่นใหม่ : ศึกษากรณีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- AACAP. (2011). *The Child with Autism*. New York : Factsfam Publication.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 84(5), 888.
- Al - Nageeb, B. (2010). The Role of Parents and School in Preventing Childhood Obesity. *UCQ Nursing Journal of Academic Writing*, Winter, 37 – 44.
- Anonymous. (2011). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>.
- Anonymous. (2011). *Height, Weight, and Body Mass Index (BMI) Percentile Calculator for Ages 2 to 20 yrs*. Retrieved from http://www.blubberbuster.com/height_weight.html.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY : Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs NJ : Prentice Hall.
- Brown, A. F. and L.C. Kahwati. (2004). Prevention and Treatment of Overweight in Children and Adolescents. *Am Fam Physician*, 1(69), 2591 – 2599.
- Brown, A. F. and L.C. Kahwati. (1997). *Self – efficacy : The exercise of control*. NewYork : Freeman.

- Brown, A. F. and L.C. Kahwati. (2001). Social cognitive theory : An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1 – 26.
- Beckler, M.H. (1974). The Health Belief Model and Personal health Behavior. *Health Education Monographs*. 2(4).
- Bellows, L. and Roach, J. (2009). *Childhood Overweight*. Retrieved from <http://www.ext.colostate.edu/pubs/foodnut/09317.html>,26/8/2554,
- Barnard, Chester Irving. (1968). *The functions of the executive*. Vol. 11. Harvard University Press.
- Bertley, S.H. (1972). *Principle of Perception*. New York : Harper and Row.
- Brenman, Allan Jay. (1990). *The influence of Health Beliefs on Eating Behavior in Children And Adolescent*. Harvard University.
- Christine, A., Limbers, M., Erlanger, A. Turner, Ms, James W. Varni, PhD. (2008). Promoting Healthy Lifestyle : Behavior modification and Motivational interviewing in the treatment of childhood obesity, *Journal of Clinical Lipidology*. 2, 169 – 178.
- Cindy Heller. (2012). *What are the cause of Childhood obesity?*. Retrieved from <http://ezinearticles.com/?What-Are-The-Causes-Of-Childhood-Obesity?&id=734291>.
- Clancy, K.L., Helitzer, D.L. (1983). Food advertising, *Weininger J, Briggs GM editor Nutrition update*, 357–379.
- Coates, T.J., Killen, J.D., Slinkard, L.A. (1982). Parent participation in a treatment program for overweight Adolescents. *TJ Eat Discord*, 1, 37 – 48.
- Cronbach, Lee Joseph. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York : Harper and Row.
- Eve Van Cauter. (2013). *Annals of Internal Medicine*. Retrieved from <http://variety.teenee.com/foodforbrain/232.html>.
- Fayol, H., Taylor, F. W. (1987). *Administracion industrial y general*. Barcelona : Orbis.

- Flippo, Edmin, B. (1971). *Principles of personal administration*. New York : Mc Graw-Hill.
- Follett, M. P. (1918). *The new state: Group organization the solution of popular government*. Penn State Press.
- Frederick, H. (1959). *The Motivation to Work*. New York : John Willey and Sons, Inc.,
- Gantt, Henry L. (1973). *Organizing for Work, 1919*.
- Glanz, K., Rimer, B.K. and Lewis, F.M. (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Fransisco : Wiley & Sons.
- Hedley, A.A., Ogden, C.L., Johnson, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R. and Flegal, K.M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents and adults. *JAMA*, 1999–2002 (291), 2847–2850.
- Jakicic, J.M. (2003). *Exercise in the treatment of obesity*. Department of Health, Physical and Recreation Activity. Weight Management Research Center, University of Pittsburgh. 104 Tree Hills : Pittsburgh.
- James, O. Hill and Holly, R. Wyatt. (2005). Role of Physical activity in preventing and treating Obesity. *Journal of Applied Physiology*, 99(2), 765-770.
- John W. (2000). *Resear in Education* Hall.
- Joreskog, Karl, G. and Sorbom. (1998). *LISREL 8 User's Reference Guild*. Chicago : Scientific Software International.
- Keefe, B.M. (2010). Obama : Childhood obesity a public health crisis. *The Atlanta Journal – Constitution*, 15.
- Kirschenbaum, D.S., Harris, E.S. and Tomarken, A.J. (1984). Effects of parental involvement in behavioral weight loss therapy for preadolescents. *Behavior Therapy*, 15, 485-500.
- Klohe - Lehman and other. (2006). Nutrition knowledge is associated with greater weight loss in obese and overweight low - income mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (1), 65-75.

- Laffont, J.J. and Maskin, E. (1982). *The Theory of Incentives : An Overview in W. Hildenbrand (ed.), Advances in Economic Theory*. Cambridge : Cambridge University.
- Lefrancois, G. R. (1988). *Psychology for Teaching*. (9th ed). KY : Wadsworth Publishing.
- Lewin, K. (1983). *The Conceptual Representation and the Measurement of Psychologyforce Durham, N.C. : Duke University Press*.
- Lippincott, J.B. (1989). *White, Adrienne Adams. Changing Adolescents Food – Relates Behavior Via Nutrition Education*. The University of Tennessee.
- Likert, R., & Likert, J. (1976). *New Way of Managing Conflict*. New York : McGraw-Hill.
- Litwin, G.H., & Stringer, R.A. (1986). *Motivation and Organizational Climate*. Boston : Division Of Research Harvard Business School.
- Lobstein L., Baur, L. and Uauy, R. (2004). Obesity in Children and Young People : a crisis in public Health. *The IASO International Obesity Task Force (Obesity Review)*. 5(1), 4 – 85.
- Longman. (1995). *Dictionary of Contemporary English*. (10th ed). Span : Caytosa.
- Marie-Pierre St - Onge., Kathleen, L. Keller and Steven, B. Heymsfield. (2003). Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights. *American Society Journal of Clinical Nutrition*. 78(6), 1068 – 73.
- Martin, Andrew, J. and Martin Dowson. (2009). Interpersonal Relationships, Motivation, Engagement, and Achievement : Yields for Theory, Current Issues, and Educational Practic. *Review of Educational Research*, 79(1), 327 – 65.
- Mayo, Elton. (2014). *The social problems of an industrial civilisation*. Routledge.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. (2 nd ed). New York : Harper & Row.
- Mc Gregor, Douglas, M. (1960). *The Human Side of Enterprise*. New York : McGraw-Hill.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. USA : Appleton and Lange.

- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4th ed). New Jersey : Pearson Education.
- Prochaska, J. O. and Diclement, C.C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking:Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, (1984). *The Trans theoretical Approach : Crossing Traditional Boundaries of Change*. Home - wood, IL : Dow Jones/Irwin.
- Prochaska, J.O. and other. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problems behaviors. *Health Psychology*, 13, 39 – 46.
- Prochaska, J.O. and Velicer, W.F. (1997). Trans theoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38 – 48.
- Rajalakshmi, R., Lakshman, Stephen, J., Sharp, Ken, K., Ong and Nita, Forouhi, G. (2010). A novel School - based intervention to improve nutrition knowledge in children : cluster randomised controlled trial, *BMC Public Health*, 10, 123.
- Regber, S., Berg-Kelly, K., and Marlid, S. “Parenting Styles and Treatment of Adolescents with Obesity. *Paediatric*, 33 (1) : 21, 2007.
- Robert Keith. (2011). *Solving Childhood Obesity Won't be easy, Expert Says*.
Re-trieved Retrieved from <http://www.aces.edu/dept/extcomm/newspaper/child-obesity.html>.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 56.
- Roy, J. Shephard. (1997). Curricular Physical Activity and Academic Performance. *Pediatric Exercise Science*, 9, 113 – 126.
- Sandy, D.S., John, S.H. and Christopher, A.H. (1998). *A Self-Efficacy Theory Explanation for the Management of Remote Workers in Virtual Organizations*. Retrieved from <http://jcmc.indiana.edu/vol3/issue4/staples.html>.

- Schermerhorn, John, R. (2003). *Organizational Behavior*. 8 th ed. New york : John Wiley and Son.
- Schwarzer, R. (2001). Social cognitive factors in changing health-related behaviors. *Cure Direct Psychol Sci*, 10, 47–51.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. NY : Free Press.
- Snyder, C.R. and Lopez, S.J. (Eds.). (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford : Oxford University Press.
- Steers, R.M., & Porter, L.W. (1983). *Motivation and Work Behavior*. New York : McGraw-Hill.
- Steers and Porter. (1984). *Organizational effectiveness : A behavioral view*. Santa Monica : C.A.
- Sutor, C.J.W. and Crowley, M.F. (1984). *Nutrition*. Philadelphia : Lippincot.
- Sundram, M. (1985). Motivation Techniques in the treatment of Obesity. *Singapore Medical Journal*, 26(4-5), 23.
- Taylor, D. and other. (2007). *A review the use of the Health Belife Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planed Behavior (TPB), and the Trans-Theoretical Model. (TTM) to study and predict health related behavior change*. London : The School of Pharmacy.
- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (2011). Obesity in Children and Teens. *Obesity. Facts For Families*, 79, 3-11.
- University of Twente . *Health Belief Model*. (2011). Retrieved from http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc/.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *The Surgeon General’s Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity* (Rockville, MD : U.S.) Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the urgeon General.

U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans Washington (DC)*. U.S. Department of Health and Human Services.

Wechsler, H., and other. (2004). *The Role of School Preventing Childhood Obesity*. New York : The State Education Standard,

Wilson, Carol Lynne White. (2003). Faculty Issues and Attitudes about Distance Learning : A Case Study of the Kentucky Virtual University. *Dissertation*, 62-69.

Wood, W. (2000). Attitude change: persuasion and social influence. *Annu Rev Psychol*, 51, 539–70.

World Health Organization. (1998). *Obesity : preventing and managing the global epidemic*. Report of WHO Consultation on Obesity. Geneva : WHO.

World Health Organization. 2005. *Obesity and Overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

Yamane, Taro. (1973). *Statistics : An Introductory Analysis*. (2 nd ed). New York : Harper and Row.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ภาคผนวก ก



เครื่องมือวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ชุดคำถามที่

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีจำนวน 7 หน้า แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อคำถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย

- | | | |
|--|----------|----------|
| 1. ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน | จำนวน 10 | ข้อคำถาม |
| 2. ปัจจัยด้านความตระหนัก | จำนวน 9 | ข้อคำถาม |
| 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร | จำนวน 10 | ข้อคำถาม |
| 4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย | จำนวน 5 | ข้อคำถาม |
| 5. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการนอน | จำนวน 5 | ข้อคำถาม |
| 6. ปัจจัยด้านรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต | จำนวน 6 | ข้อคำถาม |
| 7. ปัจจัยด้านแรงจูงใจ | จำนวน 5 | ข้อคำถาม |

กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน โดยไม่ต้องระบุชื่อผู้ตอบคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์มากในการสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

นายวรริศ เมฆนันทไพศิฐ

นักศึกษาปริญญาเอก ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนากุมารเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้วิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เป็นคำตอบของท่าน
หรือ กรอกข้อความ ลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ..... ปี

3. ครอบครัวท่านมีรายได้.....บาท ต่อ ปี



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

1. แบบวัด ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน คำชี้แจง โปรดทำ ✓ ลงในช่องว่าง ที่ท่าน
เห็นว่าถูกต้อง

1. ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน คือผู้ที่มีรอบเอวเกิน (ในผู้ชายเริ่มตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไปและใน
ผู้หญิงเริ่มตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป) หรือค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน (ค่าปกติ 18.5 ถึง 22.9
กิโลกรัมต่อตารางเมตร)

() ใช่

() ไม่ใช่

2. ภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหารหรือ
สารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ เกิดการสะสมพลังงาน หรือสารอาหารบางอย่างไว้จน
เกิดโทษแก่ร่างกาย

() ใช่

() ไม่ใช่

3. อาหารที่มีไขมันสูงคือ อาหารประเภททอด เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ ก๋วยทอด มันทอด

() ใช่

() ไม่ใช่

4. โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน เมื่อรับประทานเข้าไป ร่างกายจะเผาผลาญทำให้เกิดพลังงานได้

() ใช่

() ไม่ใช่

5. การนอนไม่เพียงพอ (นอนหลับต่ำกว่าวันละ 6 ถึง 8 ชั่วโมง) มีผลทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการ
เกิน(อ้วน)ได้

() ใช่

() ไม่ใช่

6. การดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม และรับประทานอาหารหวาน ขนมขบเคี้ยว เป็นประจำทำให้มีภาวะ
โภชนาการเกิน(อ้วน)

() ใช่

() ไม่ใช่

7. การไม่รับประทานอาหารเช้าเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน)ได้

() ใช่

() ไม่ใช่

8. คนที่มีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความ
ดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

() ใช่

() ไม่ใช่

9. การมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) นำมาสู่ปัญหาทางด้านจิตใจ

() ใช่

() ไม่ใช่

10. การมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) นำมาสู่ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

() ใช่

() ไม่ใช่

2. แบบวัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างระดับความคิดเห็นของท่าน

2. ด้านความตระหนัก	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉย เฉย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านพอใจในสุขภาพของตัวเองโดยไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายหรือควบคุมอาหารแต่อย่างใด					
2. บางครั้งก็คิดอยู่เหมือนกันว่าตนเองควรจะควบคุม น้ำหนักด้วยการเริ่มต้นออกกำลังกายและควบคุมอาหาร ก่อนเสียที					
3. ท่านรู้ว่าโรคอ้วนเป็นอันตรายต่อตนเองและสังคม แต่ ก็ยังหาเวลาที่จะดูแลควบคุมน้ำหนักตนเองไม่ได้เลย					
4. ท่านตระหนักดีว่าการออกกำลังกายและการควบคุม อาหาร เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ แต่ก็ยังทำไม่ได้ในตอนนี					
5. ท่านแสวงหาความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับเทคนิคหรือ บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักเพื่อเตรียม วางแผนที่จะลดน้ำหนักของตนเอง					
6. เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านเริ่มที่จะออกกำลังกายสม่ำเสมอขึ้น					
7. ท่านจริงจังกับความพยายามของตนเองที่จะลด น้ำหนักให้ได้					
8. ท่านท้อแท้กับการออกกำลังกาย และควบคุมอาหาร ที่ปฏิบัติมาที่ยังไม่สามารถคุมน้ำหนักได้เลย					
9. ท่านล้มเหลวกับการลดน้ำหนักมาหลายครั้งแล้ว จน คิดว่าเป็นเรื่องที่ยากมาก และไม่อยากจะปฏิบัติต่อแล้ว					

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างระดับการปฏิบัติของท่าน

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นครั้ง คราว	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อใน 1 วัน			
2. ท่านรับประทานอาหารมื้อเย็นห่างจากเวลาอนนอนมากกว่า 4 ชั่วโมง			
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ มากกว่าผักและผลไม้			
4. ท่านรับประทานผักและผลไม้มากกว่าวันละครึ่งกิโลกรัม			
5. ท่านรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน			
6. ท่านรับประทานขนมหวาน ไอศกรีม			
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม กาแฟ น้ำชา			
8. ท่านรับประทานอาหารที่ชอบได้อีก แม้อิ่มแล้วก็ตาม			
9. ท่านรับประทานอาหารด้วยความเร็ว			
10. ท่านรับประทานอาหารคำโต			

4. พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

1. ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมต่าง เช่น เตะฟุตบอล กระโดดเชือก เดินแอโรบิก เป็นต้น			
2. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน			
3. ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที			
4. ขณะท่านออกกำลังกาย หายใจเร็วและมีเหงื่อออก			
5. ท่านมีกิจกรรมเช่น การทำงานบ้าน ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง เล่นคอมพิวเตอร์ หรือไม่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน			

5. พฤติกรรมด้านการนอน

1. ท่านนอนวันละ มากกว่า 6 ถึง 8 ชั่วโมง			
2. ท่านนอนวันละ น้อยกว่า 6 ชั่วโมง			
3. ท่านนอนกลางวัน มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์			
4. ท่านนอนหลังทานอาหารเสมอ			
5. ท่านนอนกลางวันมากกว่ากลางคืน			

6. รูปแบบหรือวิธีการดำเนินชีวิต

1. ท่านออกไปทำงานกลางคืนและทานของว่างเช่นกาแฟ ขนมปัง			
2. ท่านไปงานสังสรรค์ เช่นงานแต่งงาน งานเลี้ยงสังสรรค์ ฯลฯ			
3. ท่านทำอาหารรับประทานเองที่บ้าน			
4. ท่านต้องเร่งรีบและไม่ได้รับประทานอาหารเช้า			
5. ท่านงดอาหารมึนเมาเพื่อลดน้ำหนัก			
6. ท่านต้องรับประทานอาหารเช้าให้หมดทุกครั้งเพราะรู้สึกเสียดาย			

7. แบบวัดด้านแรงจูงใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างระดับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉย ๆ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักแรงจูงใจที่ดีมีส่วนอย่างมาก					
2. ถ้าไม่มีแรงจูงใจท่านจะไม่มีความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกาย					
3. การให้รางวัล เป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากให้น้ำหนัก					
4. การมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการมีภาวะโภชนาการเกินเป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากลดน้ำหนัก					
5. การได้รับการยอมรับว่าสวย หล่อ หุ่นดีและดูดีเป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากลดน้ำหนัก					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข

หนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญและหนังสือขออนุญาตต่าง ๆ



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY




มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY



ภาคผนวก ค

รายชื่อกลุ่มเป้าหมายร่วมวิพากษ์แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกิน

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มเป้าหมาย ร่วมวิพากษ์แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยระยะที่ 2 จำนวน 25 คน ประกอบด้วย

1. นายไพฑูรย์ ประเสริฐทรัพย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา อาจารย์อาวุโส สถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬา วิทยาเขตสุโขทัย
2. ดร.ภรณ์วรัญญู จันทการบัณฑิต นักโภชนาการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
3. ดร.ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์ นักจัดการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
4. แพทย์หญิง ดวงรัตน์ เชี่ยวชาญวิทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม
5. นายวิเชียร มีบุญล้ำ สาธารณสุขอำเภอบางกระทุ่ม
6. นายสมชาย วิชชุปัญญาพาณิชย์ รองนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบางกระทุ่ม
7. ด.ต.สุพจน์ ไสภาคดิษฐ์ เลขาธิการนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบางกระทุ่ม
8. นายพีระ เมฆนันทไพศิฐ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลห้วยแก้ว
9. พ.จ.อ.สมชาย โพธิ์คง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 7 ตำบลบ้านไร่ อ.บางกระทุ่ม
10. นายสนาม น้อยศรี ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 7 ตำบลบ้านไร่ อ.บางกระทุ่ม
11. นางเรณู เสือเปรม ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 7 ตำบลบ้านไร่ อ.บางกระทุ่ม
12. นายนิพนธ์ ศรีสกุล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่
13. นายอนันต์ ชื่นชาวนา ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 3 บ้านเกาะคู ต.บางกระทุ่ม
14. นายชุตติพงศ์ ธาราศรี ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 3 บ้านเกาะคู ต.บางกระทุ่ม
15. นายพรชัย แพงเพชร ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหมู่ 4 บ้านเกาะคู ต.บางกระทุ่ม
16. นายสุทัศน์ ทับทิม สมาชิก อบต.เกาะคู ต.บางกระทุ่ม
17. นายเดช คำสังวาล สมาชิก อบต.เกาะคู ต.บางกระทุ่ม
18. นายมานิตย์ เดชา โมรากุล ประธานกองทุนหมู่บ้าน บ้านเกาะคู
19. นางจิตชอบ ชื่นชาวนา รองประธานกองทุนหมู่บ้าน บ้านเกาะคู
20. นางสาววรรณ ธงศิริ ประธานกลุ่มแม่บ้านเกาะคู
21. นายวิเชียร หนูท่านา ประธานมูลนิธิชัยพัฒนาบ้านเกาะคู
22. นางละเอียด สิงห์ลักษณ์ ประธานกลุ่มอาชีพกล้วยตาก บ้านเกาะคู

23. นายประพาส สิงห์ลักษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ
24. นายมานิต เตชามิตรกุล ประธานกรรมการกองทุนหมู่บ้าน บ้านเกาะคู
25. นายนรา มนุญญา รองประธานกรรมการหมู่บ้าน บ้านเกาะคู



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ภาคผนวก ง

รายชื่อกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการภาวะ

โภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จังหวัดพิษณุโลก

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

รายชื่อกลุ่มทดลอง การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จังหวัดพิษณุโลก ในการวิจัยระยะที่ 3 จำนวน 30 คน ประกอบด้วย

ลำดับ	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	ที่อยู่	หมู่ที่	ตำบล
1	ยงยุทธ	น้อยใจมั่น	หญิง	5	1	บางกระพุ่ม
2	เจียม	ชื่อตรง	หญิง	18	1	บางกระพุ่ม
3	สีปาน	อุไทย	หญิง	78	1	บางกระพุ่ม
4	สนัด	บวบนา	ชาย	61	1	บางกระพุ่ม
5	ฉลวย	ใจขันต์	หญิง	59	1	บางกระพุ่ม
6	อุไร	บัวบุญ	หญิง	26	1	บางกระพุ่ม
7	ไฉน	อุลปาทร	หญิง	75	1	บางกระพุ่ม
8	เอื้อมดาว	สวาสุ	หญิง	65	2	บางกระพุ่ม
9	นิพาดา	คนคล่อง	หญิง	67	2	บางกระพุ่ม
10	นรรัตน์	จำปาศรี	หญิง	74	3	บางกระพุ่ม
11	สุภาภรณ์	กล่อมบาง	หญิง	40	3	บางกระพุ่ม
12	น้อย	แป้นสะอาด	หญิง	94	3	บางกระพุ่ม
13	ปราณี	ใจดี	หญิง	109	3	บางกระพุ่ม
14	สัมฤทธิ์	มบุญญา	หญิง	51	3	บางกระพุ่ม
15	วาสนา	จิตรจรัส	หญิง	98	3	บางกระพุ่ม
16	รัตนา	รองกลิ่น	หญิง	114	3	บางกระพุ่ม
17	ยุพิน	เที่ยงดี	หญิง	10	3	บางกระพุ่ม
18	ดวงกมล	สมภิพงษ์	หญิง	86	3	บางกระพุ่ม
19	นรา	มบุญญา	ชาย	51	3	บางกระพุ่ม
20	สุธีร์	อ้วนวิจิตร	ชาย	86	3	บางกระพุ่ม
21	ยุภา	นวลแดง	หญิง	188	4	บางกระพุ่ม
22	มณี	สำเภาน้อย	หญิง	2	4	บางกระพุ่ม
23	ศิริวิมล	เนตรกุมาร	หญิง	23	4	บางกระพุ่ม

ลำดับ	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	ที่อยู่	หมู่ที่	ตำบล
24	กิตติพันธ์	องค์อภินิษฐ์	ชาย	88	4	บางกระพุ่ม
25	دنุเทพ	วัฒนสมบัติศิริ	ชาย	152	4	บางกระพุ่ม
26	อภินันท์	ก้านหมากกลาง	ชาย	2	4	บางกระพุ่ม
27	สุพิชชา	แสนทวีสุข	หญิง	12	4	บางกระพุ่ม
28	ฉัญรดา	เอี่ยมมา	หญิง	34	4	บางกระพุ่ม
29	สว่าง	สว่างวงศ์	ชาย	160	4	บางกระพุ่ม
30	กิตติยา	นุ้ยเย็น	หญิง	55	4	บางกระพุ่ม



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

รายชื่อกลุ่มควบคุม การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดพิษณุโลก ในการวิจัยระยะที่ 3 จำนวน 30 คน ประกอบด้วย

ลำดับ	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	ที่อยู่	หมู่ที่	ตำบล
1	อำนาจ	แก้วเขียวเหลือง	ชาย	99/1	5	บางกระทุ่ม
2	สุกัญญา	ทองพรมเนียม	หญิง	5/6	5	บางกระทุ่ม
3	ละเมียด	อ่อนเอม	หญิง	8	5	บางกระทุ่ม
4	รำพึง	กุลมัย	หญิง	39/1	5	บางกระทุ่ม
5	มณี	สีฉิม	หญิง	69/1	5	บางกระทุ่ม
6	สร้อยทอง	บุญอัน	หญิง	3/3	5	บางกระทุ่ม
7	เกตสุรี	คันทับ	หญิง	95/2	5	บางกระทุ่ม
8	วิรัช	พานเงิน	ชาย	51/4	5	บางกระทุ่ม
9	จันทร์เพ็ญ	ท้วมเพ็ง	หญิง	97/1	5	บางกระทุ่ม
10	วิไลรัตน์	สิงห์พันธ์	หญิง	50/1	5	บางกระทุ่ม
11	ประพันธ์	พันธ์มณี	ชาย	96/1	6	บางกระทุ่ม
12	สุจิน	บุญเซ็ง	หญิง	18/1	6	บางกระทุ่ม
13	ดรุณ	เพ็งอัน	ชาย	99	6	บางกระทุ่ม
14	นพรัตน์	นุ้ยเย็น	หญิง	57/1	6	บางกระทุ่ม
15	สมจิต	ท้วมเพ็ง	หญิง	40	6	บางกระทุ่ม
16	แป้ง	คนคล่อง	หญิง	34/1	6	บางกระทุ่ม
17	ยุภาพร	ท้วมเพ็ง	หญิง	30	6	บางกระทุ่ม
18	นิรัตน์	เรื่องบ้านโคน	ชาย	55	7	บางกระทุ่ม
19	สาย	เรื่องบ้านโคน	หญิง	29/1	7	บางกระทุ่ม
20	เสนาะ	มีเดช	หญิง	28	7	บางกระทุ่ม
21	อำนาจ	ทองสัมฤทธิ์	ชาย	33	7	บางกระทุ่ม
22	สุรินทร์	อำเจริญ	หญิง	44	7	บางกระทุ่ม
23	สังเวียน	นาคหาดกระบือ	ชาย	50	7	บางกระทุ่ม

ลำดับ	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	ที่อยู่	หมู่ที่	ตำบล
24	สมคิด	ฤทธิ์ชานา	ชาย	38	7	บางกระทุ่ม
25	เพลินพิศ	ลาวิน	หญิง	27	7	บางกระทุ่ม
26	ระเบียบ	อยู่สุข	หญิง	26/2	8	บางกระทุ่ม
27	น้ำอ้อย	สุระคะ	หญิง	17	8	บางกระทุ่ม
28	ขวัญเรือน	สุระคะ	หญิง	13	8	บางกระทุ่ม
29	สายพิณ	กาญจนะ	หญิง	3/1	8	บางกระทุ่ม
30	วันเพ็ญ	สังข์วงศ์	หญิง	13/2	8	บางกระทุ่ม



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ภาคผนวก จ

แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา
ค่าเฉลี่ยการเลือกรูปแบบกิจกรรมโครงการ และผลการวิเคราะห์
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์ เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC $\sum R$	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน	1. ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน คือ ผู้ที่มีรอบเอวเกิน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหารหรือสารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ เกิดการสะสมพลังงาน หรือสารอาหารบางอย่างไว้จนเกิดโทษแก่ร่างกาย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. อาหารที่มีไขมันสูงคือ อาหารประเภททอด เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ กลัวยทอด มันทอด	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน เมื่อรับประทานเข้าไป ร่างกายจะเผาผลาญทำให้เกิดพลังงานได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. การนอนไม่เพียงพอ (นอนหลับต่ำกว่าวันละ 6-8 ชั่วโมง) มีผลทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน)ได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. การดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม และรับประทานอาหารหวาน ขนมขบเคี้ยวเป็นประจำทำให้มีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	7. การไม่รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน)ได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	8. คนที่มีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	9. การมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) นำมาสู่ปัญหาทางด้านจิตใจ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	10. การมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) นำมาสู่ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 – 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่ามีผลสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อในการมีบรรยากาศในองค์การ พบว่าข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC $\sum R$	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
2. ความ ตระหนัก	1. ท่านพอใจในสุขภาพของตัวเอง โดย ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายหรือ ควบคุมอาหารแต่อย่างใด	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. บางครั้งก็คิดอยู่เหมือนกันว่า ตนเองควรจะควบคุมน้ำหนักด้วยการ เริ่มต้นออกกำลังกายและควบคุม อาหารก่อนเสียที	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. ท่านรู้ว่าโรคอ้วนเป็นอันตรายต่อ ตนเองและสังคม แต่ก็ยังหาเวลาที่จะ ดูแลควบคุมน้ำหนักตนเองไม่ได้เลย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. ท่านตระหนักดีว่าการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร เป็นสิ่งที่ ดีต่อสุขภาพ แต่ก็ยังทำไม่ได้ในตอนนี	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. ท่านแสวงหาความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับเทคนิคหรือบุคคลที่ประสบ ความสำเร็จในการลดน้ำหนักเพื่อ เตรียมวางแผนที่จะลดน้ำหนักของ ตนเอง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านเริ่มที่จะออก กำลังกายสม่ำเสมอขึ้น	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	7. ท่านจริงจังกับความพยายามของ ตนเองที่จะลดน้ำหนักให้ได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	8. ท่านท้อแท้กับการออกกำลังกาย และควบคุมอาหารที่ปฏิบัติมาที่ยังไม่ สามารถคุมน้ำหนักได้เลย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	9. ท่านล้มเหลวกับการลดน้ำหนักมา หลายครั้งแล้ว จนคิดว่าเป็นเรื่องที่ ยากมาก และไม่อยากจะปฏิบัติต่อ แล้ว	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 – 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะหาที่มีความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อความสามารถในความกระตือรือร้นในการทำงาน พบว่า ข้อคำถามทั้ง 9 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามความตระหนัก มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC $\sum R$	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
3. พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร	1. ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ ใน 1 วัน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. ท่านรับประทานอาหารมื้อเย็นห่าง จากเวลานอน มากกว่า 4 ชั่วโมง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ มากกว่า ผักและผลไม้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. ท่านรับประทานผักและผลไม้มากกว่า วันละครั้งก็โลกรัม	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. ท่านรับประทานอาหารที่ทอดด้วย น้ำมัน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. ท่านรับประทานขนมหวาน ไอศกรีม	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม กาแฟ น้ำชา	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้
	8. ท่านรับประทานอาหารที่ชอบได้อีก แม้อิ่มแล้วก็ตาม	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	9. ท่านรับประทานอาหารด้วยความเร็ว	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	10. ท่านรับประทานอาหารคำโต	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 – 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะมีความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อความสามารถในความกระตือรือร้นในการทำงาน พบว่า ข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC $\sum R$	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
4. พฤติกรรม การเคลื่อนไหว และการออก กำลังกาย	1. ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกายและ ทำกิจกรรมต่าง เช่น เตะฟุตบอล กระโดดเชือก เดินแอโรบิก เป็นต้น	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. ขณะท่านออกกำลังกาย หายใจเร็ว และมีเหงื่อออก	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. ท่านมีกิจกรรมเช่น การทำงานบ้าน ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง เล่นคอมพิวเตอร์ หรือไม่มีกิจกรรม เคลื่อนไหวร่างกาย มากกว่า 2 ชั่วโมง ต่อวัน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 – 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่ามี ความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อในการทำงานเป็นทีม พบว่า ข้อคำถาม ทั้ง 5 ข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามพฤติกรรม การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC $\sum R$	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
5. พฤติกรรมการนอน	1. ทำนอนวันละ มากกว่า 6 - 8 ชั่วโมง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. ทำนอนวันละ น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. ทำนอนกลางวัน มากกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. ทำนอนหลังทานอาหารเสมอ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. ทำนอนกลางวันมากกว่ากลางคืน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 – 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะอาจมีความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อในการทำงานเป็นทีม พบว่า ข้อคำถาม ทั้ง 5 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามพฤติกรรมการนอน มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC $\sum R$	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
6. รูปแบบหรือ วิธีการดำเนิน ชีวิต	1. ท่านออกไปทำงานกลางคืนและ ทานของว่าง เช่นกาแฟ ขนมปัง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. ท่านไปงานสังคม เช่นงานแต่งงาน งานเลี้ยงสังสรรค์ ฯลฯ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. ท่านทำอาหารรับประทานเองที่ บ้าน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. ท่านต้องเร่งรีบและไม่ได้ รับประทานอาหารเช้า	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. ท่านงดอาหารมีเอียนเพื่อลด น้ำหนัก	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	6. ท่านต้องรับประทานอาหารให้หมด ทุกครั้งเพราะรู้สึกเสียดาย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 - 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่ามี ความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อในการรับรู้บทบาทพบว่าข้อคำถามทั้ง 6 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามรูปแบบหรือวิธีการดำเนินชีวิต มีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหา

เนื้อหา	จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	ผลการพิจารณา ของผู้เชี่ยวชาญ				ค่า IOC $\sum R$	สรุป
		+1	0	-1	รวม		
7. แรงจูงใจ	1. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักแรงจูงใจที่ดีมีส่วนอย่างมาก	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	2. ถ้าไม่มีแรงจูงใจท่านจะไม่มีความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกาย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	3. การให้รางวัล เป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากทำให้ลดน้ำหนัก	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	4. การมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการมีภาวะโภชนาการเกินเป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากลดน้ำหนัก	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
	5. การได้รับการยอมรับว่าสวย หล่อ หุ่นดี และ ดุติ เป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากลดน้ำหนัก	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 – 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะอาจมีความสอดคล้องกันต่ำ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความสอดคล้องรายข้อในการมีความเชื่อมั่น ในตนเองพบว่าข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงอนุมานได้ว่าข้อคำถามในการมีแรงจูงใจมีความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาตรงตามจุดประสงค์

ตารางที่ จ.1

แบบประเมินความเห็นด้วยกับร่างกิจกรรมของผู้เชี่ยวชาญ ต่อกิจกรรมและเนื้อหาในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ก่อนนำไปเป็นตัวแบบตั้งต้น

รายการกิจกรรมประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			\bar{X}	แปลผล	ผลการประเมิน
	1	2	3			
ความตระหนัก						
1. คนอ้วน	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. เสริมพลัง	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
พฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย						
1. ขยับกาย สลายพุง	5	4	5	4.67	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. หุ่นดี ชีวิตมีสุข	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
พฤติกรรมบริโภคอาหาร						
1. กินดี มีสุข	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. ตั้งใจกิน	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
แรงจูงใจ						
1. อยากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้
2. คู่หู	5	5	5	5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	นำไปใช้

หมายเหตุ

พิจารณาคัดเลือกในข้อที่มีคะแนนของกิจกรรมการจัดการ กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.51 - 5.00 แสดงว่ากิจกรรมพัฒนานั้นได้ครอบคลุมเนื้อหาและเหมาะสมที่จะนำไปใช้เป็นรูปแบบการจัดการ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3.51 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เป็นรูปแบบการจัดการ

ผลการตรวจสอบ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนจากความครอบคลุมเนื้อหาที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 3.51 มีจำนวน 8 กิจกรรม ซึ่งสามารถนำไปเป็นกิจกรรมต้นแบบได้

ตารางที่ จ.2

คุณภาพเครื่องมือวัดภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน

ข้อคำถาม	Discrimination	Difficulty
1. ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน คือ ผู้ที่มีรอบเอวเกิน	0.557	0.422
2. ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหารหรือสารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ เกิดการสะสมพลังงาน หรือสารอาหารบางอย่างไว้จนเกิดโทษแก่ร่างกาย	0.643	0.526
3. อาหารที่มีไขมันสูงคือ อาหารประเภททอด เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ กลัวยทอด มันทอด	0.464	0.726
4. โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน เมื่อรับประทานเข้าไปร่างกายจะเผาผลาญทำให้เกิดพลังงานได้	0.704	0.708
5. การนอนไม่เพียงพอ (นอนหลับต่ำกว่าวันละ 6-8 ชั่วโมง) มีผลทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน)ได้	0.762	0.541
6. การดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม และรับประทานอาหารหวาน ขนมขบเคี้ยว เป็นประจำทำให้มีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน)	0.434	0.677
7. การไม่รับประทานอาหารเช้าเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน)ได้	0.707	0.451
8. คนที่มีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด	0.611	0.344
9. การมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) นำมาสู่ปัญหาทางด้านจิตใจ	0.756	0.636
10. การมีภาวะโภชนาการเกิน(อ้วน) นำมาสู่ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ	0.642	0.554

N of Cases = 40.0

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8867

ตารางที่ จ.3

คุณภาพเครื่องมือวัดภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดพิษณุโลกด้านความตระหนัก

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. ท่านพอใจในสุขภาพของตัวเองโดยไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายหรือควบคุมอาหารแต่อย่างใด	0.3361	0.6854
2. บางครั้งก็คิดอยู่เหมือนกันว่าตนเองควรจะควบคุมน้ำหนักด้วยการเริ่มต้นออกกำลังกายและควบคุมอาหารก่อนเสียที	0.2432	0.7808
3. ท่านรู้ว่าโรคอ้วนเป็นอันตรายต่อตนเองและสังคม แต่ก็ยังหาเวลาที่จะดูแลควบคุมน้ำหนักตนเองไม่ได้เลย	0.7872	0.7782
4. ท่านตระหนักดีว่าการออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนักเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ แต่ก็ยังทำไม่ได้ในตอนนี้	0.5734	0.8121
5. ท่านแสวงหาความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับเทคนิคหรือบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักเพื่อเตรียมวางแผนที่จะลดน้ำหนักของตนเอง	0.5376	0.6813
6. เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านเริ่มที่จะออกกำลังกายสม่ำเสมอขึ้น	0.5705	0.8794
7. ท่านจริงจังกับความพยายามของตนเองที่จะลดน้ำหนักให้ได้	0.4280	0.8052
8. ท่านท้อแท้กับการออกกำลังกาย และควบคุมน้ำหนักที่ปฏิบัติมาที่ยังไม่สามารถคุมน้ำหนักได้เลย	0.4380	0.8128
9. ท่านล้มเหลวกับการลดน้ำหนักมาหลายครั้งแล้ว จนคิดว่าเป็นเรื่องที่ยากมาก และไม่อยากจะปฏิบัติต่อแล้ว	0.4236	0.8017

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8724

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8724 ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ จ.4

คุณภาพเครื่องมือวัดภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อใน 1 วัน	0.3542	0.7899
2. ท่านรับประทานอาหารมื้อเย็นห่างจากเวลาอน มากกว่า 4 ชั่วโมง	0.2564	0.7896
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ มากกว่า ผักและผลไม้	0.4386	0.8217
4. ท่านรับประทานผักและผลไม้มากกว่าวันละครึ่งกิโลกรัม	0.4372	0.8412
5. ท่านรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน	0.3210	0.8716
6. ท่านรับประทานขนมหวาน ไอศกรีม	0.4244	0.6824
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม กาแฟ น้ำชา	0.3560	0.7685
8. ท่านรับประทานอาหารที่ชอบได้อีก แม้อิ่มแล้วก็ตาม	0.4224	0.7675
9. ท่านรับประทานอาหารด้วยความเร็ว	0.4670	0.7858
10. ท่านรับประทานอาหารคำโต	0.3532	0.8011

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8112

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8112 ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ จ.5

คุณภาพเครื่องมือวัดภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
ด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมต่าง เช่น เตะฟุตบอล กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก เป็นต้น	0.3911	0.8895
2. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน	0.5675	0.7882
3. ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที	0.3802	0.6862
4. ขณะท่านออกกำลังกาย หายใจเร็วและมีเหงื่อออก	0.4412	0.7801
5. ท่านมีกิจกรรมเช่น การทำงานบ้าน ดูโทรทัศน์ อ่าน หนังสือ ฟังเพลง เล่นคอมพิวเตอร์ หรือไม่มีกิจกรรม เคลื่อนไหวร่างกาย มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน	0.4624	0.8395

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8484

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8484 ผ่านเกณฑ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

ตารางที่ จ.6

คุณภาพเครื่องมือวัดภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
ด้านพฤติกรรมการพักผ่อน

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. ท่านนอนวันละ มากกว่า 6 - 8 ชั่วโมง	0.3139	0.7390
2. ท่านนอนวันละ น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	0.4462	0.7826
3. ท่านนอนกลางวัน มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	0.5676	0.6681
4. ท่านนอนหลังทานอาหารเสมอ	0.3762	0.7443
5. ท่านนอนกลางวันมากกว่ากลางคืน	0.4125	0.7979

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8465

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8465 ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ จ.7

คุณภาพเครื่องมือวัดภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
ด้านรูปแบบหรือวิถีการดำเนินชีวิต

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. ท่านออกไปทำงานกลางคืนและทานของว่าง เช่นกาแฟ ขนมปัง	0.4285	0.6861
2. ท่านไปงานสังคัม เช่นงานแต่งงาน งานเลี้ยงสังสรรค์ ฯลฯ	0.5239	0.6796
3. ท่านทำอาหารรับประทานเองที่บ้าน	0.5392	0.7868
4. ท่านต้องเร่งรีบและไม่ได้รับประทานอาหารเช้า	0.5611	0.7728
5. ท่านงดอาหารมื่อเย็นเพื่อลดน้ำหนัก	0.3129	0.8234
6. ท่านต้องรับประทานอาหารให้หมดทุกครั้งเพราะรู้สึกเสียดาย	0.3243	0.8221

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8821

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8821 ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ จ.8

คุณภาพเครื่องมือวัดภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
ด้านแรงจูงใจ

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารกินและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักแรงจูงใจที่ดีมีส่วนอย่างมาก	0.4114	0.7544
2.ถ้าไม่มีแรงจูงใจท่านจะไม่มีความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารกินและการออกกำลังกาย	0.3421	0.7706
3. การให้รางวัล เป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากให้น้ำหนัก	0.3435	0.7927
4. การมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการมีภาวะโภชนาการเกินเป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากลดน้ำหนัก	0.4454	0.7016
5. การได้รับการยอมรับว่าสวยหล่อ หุ่นดี และ ดูดี เป็นแรงจูงใจที่ดีในการอยากลดน้ำหนัก	0.3466	0.7968

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Item = 15 Alpha = .8214

สรุป เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.8214 ผ่านเกณฑ์

ภาคผนวก ฉ



ภาพประกอบการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
คือ ผู้นำทางจิตอาสาที่อยู่คู่คนไทยมาตลอดกาล



ภาพที่ ฉ.1 มอบรางวัลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากกิจกรรมเสริมพลัง



ภาพที่ ฉ.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยการนำแนวภาวะโภชนาการเกินของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น



ภาพที่ ๓.3 ก่อนการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกิจการคูหา



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

การสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกิน



ภาพที่ ๑.4 การสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกิน



ภาพที่ ๑.5 การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง ของกลุ่มเป้าหมาย (1)



ภาพที่ ๑.๖ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง ของกลุ่มเป้าหมาย (๒)



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

การทดลองและประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกิน



ภาพที่ ๑.7 การทดลองและประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกิน (1)



ภาพที่ ๑.8 การทดลองและประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกิน (2)



ภาพที่ ฉ.9 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกิจกรรมขยับกาย สลายพุง



ภาพที่ ฉ.10 การอบรมกิจกรรมกินดี มีสุข



ภาพที่ ฉ.11 การวัดรอบเอวก่อนและหลังการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพที่ ฉ.12 มอบรางวัลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกิจกรรมอยากหุ่นดีต้องมีเป้าหมายที่สามารถลดเอวได้มากที่สุด

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	นายวรวิศ เมฆนนท์ไพศิฐ
วัน/เดือน/ปีเกิด	20 กุมภาพันธ์ 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	99 หมู่ 4 ตำบลบางกระทุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก 65110
อาชีพปัจจุบัน	นักธุรกิจ
ตำแหน่ง	กรรมการผู้จัดการ บริษัท ศรีเพชรอริยะทรัพย์ นาคราช จำกัด
สถานที่ปฏิบัติงาน	25/1 หมู่ที่ 5 ตำบลพลาญชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2531	วิศวกรรมศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
พ.ศ. 2539	บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด มหาวิทยาลัยศรีปทุม
พ.ศ. 2562	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด) สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามุมภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม