

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของ  
วัยรุ่นตอนปลาย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์  
พฤษภาคม 2557

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของ  
วัยรุ่นตอนปลาย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของ  
วัยรุ่นตอนปลาย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์  
พฤษภาคม 2557

สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2557). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย. ปรินญาณีพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และ อาจารย์ ดร.พรณี บุญประกอบ.

การวิจัยเชิงทดลอง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มและกลุ่มควบคุมที่มีภาวะอ้วน โดยใช้การสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) 3 คณะ จากประชากรนิสิต 6 คณะ นิสิตในกลุ่มทดลอง 1 มีจำนวน 22 คนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มทดลอง 2 จำนวน 20 คนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 จากแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของครอนบาคระหว่าง .88-.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำและ ความแปรปรวนหลายตัว (2 way MANOVA with Repeated Measures, ANOVA with Repeated Measures และ MANOVA) ผลการวิจัยพบว่า

1) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลอง และครั้งของการวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2) กลุ่มทดลอง 1 มีการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และกลุ่มทดลอง 1 มีการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มทดลอง 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) หลังการฝึกเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ส่วนกลุ่มทดลอง 2 มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3) กลุ่มทดลอง 1 มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเองหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และมีการกำกับตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนกลุ่มทดลอง 2 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4) กลุ่มทดลอง 1 มีภาวะอ้วนลดลงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่กลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

5) กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .0$ ) และกลุ่มทดลอง 1 ยังมีภาวะอ้วนหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ลดลงกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

จากการวิจัยสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนดีกว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุมปฏิบัติตามปกติโดยไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

THE EFFECT OF 3 - Self HEALTH BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM FOR  
REDUCING OBESITY OF LATE ADOLESCENTS

AN ABSTRACT  
BY  
SUPITCHA WONGCHAN



Presented in Partial Fulfillment of the Requirement for the  
Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research  
at Srinakharinwirot University

May 2014

Supitcha wongchan. (2014). *The Effect of 3 - Self Health Behavior Modification Program for Reducing Obesity of Late Adolescents*. Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok : Graduate School , Srinakharinwirot University.  
Advisor Committee : Assoc Prof. Dr. Ungsinan Intarakamhang and Dr.Panee Boonprakob.

The objectives of this experimental research were to examine the effectiveness of behavior change in relation to self- efficacy, self- regulation, self-care behavior, and obesity among experimental 3 Groups. The sample of study was 62 undergraduate students in health science field, who were selected by cluster random sampling and assigned 22 participated in Health Behavior Modification based on Client Center Program the experimental group 1, 20 participated in Health Behavior Modification based on Teacher – centered Style as the experimental group 2 for 8 weeks all activities and 20 students as the controlled one. Data collection were conducted 3 times; before program, immediately after program and after program for 4 weeks by health behavior 3 – Self questionnaires: Self – efficacy ,Self – regulation and Self - care. The reliability of each measure ranged from .88 to .93. Data were analyzed 2 way MANOVA repeated measures and MANOVA. According to research hypotheses, results showed that

1) Interaction between type of programs and times of measurement was found statistical significant ( $p < .05$ )

2) Experimental group 1 self – regulation higher than control group of statistical significant ( $p < .05$ ) After week 8 and after program for 4 weeks , Self – efficacy and self – care higher than control group of after week 12 of statistical significant ( $p < .05$ ), and group 1 self - regulation higher than experimental group 2 of statistical significant ( $p < .05$ ) after program for 4 weeks. Experimental group 2 self – efficacy self – regulation and self – care higher than control group of no statistical significant.

3) Experimental group 1 self – efficacy and self – care higher than before program of statistic significant ( $p < .05$ ) after program for 4 week and self – regulation higher than before of statistic significant ( $p < .05$ ) after week 8 and after program for 4 week. Experimental group 2 self – efficacy self – regulation and self – care higher than control group of no statistical significant.

4) Experimental group 1 reducing obesity higher than control group of statistical significant ( $p < .05$ ) after program for 4 week. Experimental group 1 reducing obesity higher than control group of no statistical significant.

5) Experimental group 2 reducing obesity after week 8 and after program 4 week higher than before program of statistical significant ( $p < .05$ ).

Conclusion results in experimental group 1 participated in health behavior modification based on client center program the experimental health behavior and reducing obesity better than experimental group 2 participated in Health Behavior Modification based on Teacher – centered style and control group of statistical significant ( $p < .05$ ).





ปริญญาานิพนธ์  
เรื่อง  
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย  
ของ  
สุพิชชา วงศ์จันทร์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์  
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2557

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ที่ปรึกษาหลัก ..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศิรินทร์ อินทรกำแหง) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรินทร์ กิตติพิชัย)

..... ที่ปรึกษาร่วม ..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.พรรณี บุญประกอบ)

(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศิรินทร์ อินทรกำแหง)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.พรรณี บุญประกอบ)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม)



งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย  
จาก  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ ดร. พรรณี บุญประกอบ คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทที่ให้ความกรุณากับผู้วิจัยเป็นอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่างๆ ที่มีคุณค่าจนกระทั่งงานวิจัยได้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริทธิ์ กิตติพิชัย และอาจารย์ ดร. วิชชุดา กิจธรรม ประธานและกรรมการสอบปริญญาโทที่ได้ให้คำแนะนำเพื่อทำให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นรวมทั้งคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่ผู้วิจัยด้วยความรักความเมตตาโดยตลอด

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ว่าที่ร้อยตรีมนัส บุญประกอบ เกษชกร ดร.พัชรี ดวงจันทร์ และอาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์ ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และกำลังใจที่ดียิ่งแก่ผู้วิจัย นอกจากนี้ขอขอบคุณคณาจารย์ในสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้กำลังใจและอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยดีมาโดยตลอด

ขอขอบคุณผู้ประสานงาน คณาจารย์ในคณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และขอขอบคุณนิสิตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความเสียสละและอดทน จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณบิดา มารดา และทุกคนในครอบครัว ที่คอยให้ความช่วยเหลือ กำลังใจ และอยู่เคียงข้างผู้วิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งขอบคุณพี่น้องและเพื่อนร่วมสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

สุพิชชา วงศ์จันทร์

# สารบัญ

บทที่	หน้า
<b>1 บทนำ</b> .....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
สมมุติฐานการวิจัย.....	13
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	14
ภาวะอ้วน.....	14
ความหมายและการประเมินภาวะอ้วน.....	14
สถานการณ์ปัญหาของภาวะอ้วน.....	19
สาเหตุและกลไกของการเกิดภาวะอ้วน.....	23
การป้องกันภาวะอ้วนด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	24
การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ3 - Self.....	25
การรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	26
การกำกับตนเอง.....	37
การดูแลสุขภาพตนเอง.....	48
เทคนิคการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self.....	56
เทคนิคการจัดกิจกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง.....	56
เทคนิคการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง.....	62
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	68
การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	85
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	86
การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b> .....	90

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
<b>5</b> สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	119
ความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย.....	119
สรุปผลการวิจัย.....	123
การอภิปรายผล.....	126
ข้อเสนอแนะ.....	130
บรรณานุกรม.....	132
ภาคผนวก.....	143
ภาคผนวก ก.....	144
ภาคผนวก ข.....	155
ภาคผนวก ค.....	159
ภาคผนวก ง.....	162
ภาคผนวก จ.....	165
ภาคผนวก ฉ.....	224
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	230

## บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 การจำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว.....	16
2 ค่าคงที่ c และ m จะเปลี่ยนไปตามอายุและเพศ.....	18
3 ค่ามาตรฐานปริมาณไขมันในร่างกาย (%) ที่สัมพันธ์กับสุขภาพเพศชาย.....	18
4 ค่ามาตรฐานปริมาณไขมันในร่างกาย (%) ที่สัมพันธ์กับสุขภาพเพศหญิง.....	18
5 ปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	33
6 เปรียบเทียบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและ ผู้ให้บริการเป็นสำคัญ.....	67
7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายของกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง กิจกรรม และแนวคิดที่ใช้ในกลุ่มทดลอง 1.....	72
8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายของกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง กิจกรรม และแนวคิดที่ใช้ในกลุ่มทดลอง 2.....	78
9 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง การทำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง.....	92
10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลอง และครั้งของการวัด.....	94
11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำ จำแนกรายตัวแปร ของพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด.....	95
12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของภาวะอ้วน โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลอง และครั้งของการวัด.....	97
13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำ จำแนกรายตัวแปร ของภาวะอ้วนโดยพิจารณาตามครั้งที่ของการวัด.....	98
14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางของตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	102

## บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวจำแนกรายตัวแปรของพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	103
16 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ระหว่างกลุ่ม การทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ ที่ 12.....	104
17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของตัวแปร พฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด กลุ่มทดลอง 1 .....	106
18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณา ตามครั้งของ การวัดของกลุ่มทดลอง 1.....	107
19 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ตามครั้งของการวัด(T) ของกลุ่มทดลอง 1.....	108
20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของ ตัวแปร 3 - Self โดยพิจารณาตามครั้งของการวัดของกลุ่มทดลอง 2.....	109
21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางของตัวแปรภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	110
22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวจำแนกรายตัวแปรของภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	111
23 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	112
24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของ ตัวแปร ภาวะอ้วนโดยพิจารณาตามครั้งของการวัดของกลุ่มทดลอง 1.....	113
25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด ของกลุ่มทดลอง 1.....	114
26 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะอ้วน ตามครั้งของการวัด (T) ของกลุ่มทดลอง 1.....	115
27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของตัวแปร ภาวะอ้วน โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด กลุ่มทดลอง 2.....	116

## บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด ของกลุ่มทดลอง 2 .....	117
29 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาวะอ้วน ตามครั้งของการวัด (T) ของกลุ่มทดลอง .....	118
30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามพฤติกรรม สุขภาพ .....	156
31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถาม การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ .....	157
32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการรับรู้ ความสามารถของตนเอง .....	158
33 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจง (Normal distribution) ของตัวแปร .....	160
34 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม ด้วยวิธี Box's M test สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร .....	161
35 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง .....	161
36 เปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ทั้ง 2 โปรแกรม .....	170
37 เปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ทั้ง 2 โปรแกรม .....	171



## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวความคิด.....	12
2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผล ที่จะเกิดขึ้น.....	26
3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	27
4 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ.....	28
5 แสดงถึงกระบวนการกำกับตนเอง.....	42
6 หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.....	58
7 กระบวนการกลุ่ม.....	59
8 ขั้นตอนการสูมตัวอย่าง.....	69
9 แสดงแบบแผนการทดลอง.....	70
10 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรในแต่ละระยะ.....	88
11 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของการกำกับตนเองของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม และครั้งของการวัด ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลอง เสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	96
12 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม และครั้งของการวัด ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลอง เสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	99
13 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม และครั้งของการวัด ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลอง เสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	100
14 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของความหนาของไขมันใต้ผิวหนังของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม และ ครั้งของการวัดระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12.....	101

# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

องค์การอนามัยโลก (WHO.2005) ได้ระบุว่าในปี พ.ศ. 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 35 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2558 โดยเฉพาะภาวะอ้วนที่มีการระบาดไปทั่วโลก และความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งถือว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง หรือหลายปัจจัยร่วมกันจากการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง กินผักผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และความเครียด ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังสร้างผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย ทั้งผลกระทบต่อเฉียบพลันและปัญหาเรื้อรัง ทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต โครงการศึกษาภาวะโรคขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่าร้อยละ 58 ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 21 ของโรคหลอดเลือดหัวใจ และร้อยละ 42 ของโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน จากการสำรวจสุขภาพภาวะแห่งชาติและภาวะโภชนาการ (National Health and Nutrition Examination Survey : NHANES) พบว่า ความชุกของคนอเมริกันที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรในปี ค.ศ. 1999 - 2000 2001-2002 2003 - 2004 2005-2006 และ 2007 - 2008 เท่ากับร้อยละ 64.5 65.7 66.3 67.0 และ 68.0 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี และเมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 20 ปี โดยเมื่อปี ค.ศ. 1976 - 1980 คนอเมริกันมีภาวะอ้วนร้อยละ 36 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.5 ในปี ค.ศ. 1999 - 2000 นั่นคือ 59 ล้านคนของผู้ใหญ่อเมริกันอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงทางด้านสุขภาพ (Katherine ;& et.al. 2010) และจากการศึกษาความชุกภาวะอ้วนของคนอเมริกาในปี 2009 - 2010 ของซินเทียและคณะ (Cynthia ;& et.al. 2012) พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนในคนอเมริกันที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในปี 2009 - 2010 มีภาวะอ้วนร้อยละ 35.7 ในช่วงอายุ 20 - 39 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 32.6 และช่วงอายุ 12 - 19 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 18.4

เมื่อพิจารณาภาวะอ้วนของคนเอเชียใน 4 ประเทศ พบว่า ประชาชนผู้ใหญ่ในประเทศมาเลเซียอ้วนสูงสุดรองลงมาเป็นประเทศเกาหลี ไทย และสิงคโปร์ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก 2012 พบว่า คนมาเลเซียมีความชุกของภาวะอ้วนร้อยละ 48 รองลงมาคือ เกาหลี ร้อยละ 30 คนไทย ร้อยละ 28.5 และ สิงคโปร์ ร้อยละ 28 ตามลำดับ (OECD; & WHO. 2012)

ส่วนสถานการณ์ภาวะอ้วนของคนไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี 2546 - 2547 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.45 เป็นร้อยละ 34.55 และมีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวชาย  $\geq 90$  เซนติเมตร และเพศหญิง  $\geq 80$  เซนติเมตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.7 เป็นร้อยละ 32.1 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547,2552) และจากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (2550) พบว่า คนมีน้ำหนักเกิน

และอ้วนรวมกันร้อยละ 22.8 (10.5 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 19.1 (8.7 ล้านคน) โดยพบว่าเป็นวัยรุ่นอายุ อายุ 15 – 24 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 9.3 และมีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 21.1 (สำนักโรคไม่ติดต่อ.2548,2550) และไพบูลย์ พิทยาและคณะ (2554) ได้ศึกษาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะอ้วนในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วนในปี พ.ศ. 2552 มีมูลค่าสูง 5,580.8 ล้านบาท โดยจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 847.4 ล้านบาท และในแผนกผู้ป่วยใน 4,733.4 ล้านบาท ทั้งนี้โรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ โรคเบาหวาน (3,386.6 ล้านบาท) โรคหัวใจขาดเลือด (1,070.5 ล้านบาท) และ โรคมะเร็งลำไส้และเร็คตัม (377.2 ล้านบาท) ผลการศึกษานี้ยืนยันอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนว่าภาวะอ้วนส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากมหาศาล ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการวางแผนนโยบายหรือกำหนดมาตรการเพื่อลดความชุกของภาวะอ้วนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

จากการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรม 3 อ. คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 10.3 และ ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 11.1 (ดวงพร กตัญญูตานนท์.2554) และขวัญตา ฮวดศิริ (2547: 48) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาหารและพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครมีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วน ร้อยละ 21.1 และจากผลการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี มีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 75.8 บริโภคกลุ่มอาหารไขมันสูง 90.2 บริโภคกลุ่มขนมสำหรับกินเล่นหรือขนมกรุบกรอบปี 2548 ร้อยละ 72.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2548) สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมไทยว่าด้วยปัญหาเยาวชน พ.ศ. 2551 คือ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักอนามัย (เช่น อาหารที่มีน้ำตาลสูง อาหารจำพวกฟาสต์ฟู้ด) ก็ทำให้ปัญหาสุขภาพของเยาวชนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตมาก ปัจจุบันนี้ โอกาสที่เยาวชนไทยจะกลายเป็นคนน้ำหนักเกิน ซึ่งจะเกิดผลข้างเคียงอื่น ๆ มากมายต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจหรือโรคมะเร็ง ก็มีมากขึ้น การสำรวจในปีพ.ศ. 2546 นั้นพบว่า ร้อยละ 22 ของเยาวชนไทยอายุ 20-29 ปี มีปัญหาน้ำหนักเกิน (World Bank. 2009) อีกทั้งเด็กและวัยรุ่นที่อ้วนมีโอกาสเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้มากกว่าวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการปกติถึงร้อยละ 80 เนื่องจากนิยมในการเลือกรับประทานอาหารตามที่ชอบมาก กินจุบจิบตลอดเวลา บริโภคน้ำอัดลม ไอศกรีม ทอฟฟี่ ตลอดจนอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด การบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง (มันหนา ประทีปะเสน. 2539) ซึ่งจะทำให้มีน้ำหนักมากเกินไปจนเกิดภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนในระยะต่อไป ปัญหาของวัยรุ่นถ้ามีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เซลล์ไขมันในร่างกายจะมีทั้งเพิ่มและขยายขนาดได้เป็นจำนวนมากซึ่งปริมาณเซลล์ไขมันที่เพิ่ม และขยายตัวขึ้นนี้จะส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินที่ลดได้ยากในวัยผู้ใหญ่จากการศึกษาวิจัยที่ติดตามเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินไประยะยาวของเซอร์ดูลาและคณะ (Serdula; et al. 1993: 167) พบว่า 1 ใน 3 ของเด็กในวัยก่อนเรียนและครึ่งหนึ่งในวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนัก

เกินมาตรฐานจะยังคงมีภาวะนี้อยู่เมื่อเป็นวัยรุ่น และถ้าหากยังคงมีภาวะนี้ในวัยรุ่นโอกาสที่จะเป็น ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินยิ่งสูงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้กลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้ ซึ่งการเลือก วิถีปฏิบัติในการลดน้ำหนักอาจมีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง ผลเสียของการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้องต่อ ภาวะสุขภาพที่พบได้ คือ ร่างกายอ่อนเพลีย ขาดสารอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร อาการหิวบ่อย ตลอดเวลา จนเป็นสาเหตุให้น้ำหนักกลับเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการลดน้ำหนักที่ นิยมใช้คือการไม่รับประทานเลย เพราะถือว่าการอดอาหารเป็นการลดน้ำหนักที่สะดวกและ ง่ายดายมากที่สุด แต่หากลดน้ำหนักด้วยวิธีการอดอาหารบ่อยๆ อาจทำให้ได้รับสารอาหารไม่ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ และเนื่องจากบุคคลใน วัยนี้ คือ ผู้ที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต หากเกิดปัญหาทางด้าน สุขภาพอนามัยจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็อาจทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งในด้านของทรัพยากรบุคคลและการพัฒนาด้านอื่นๆ ตามมาได้ ดังนั้น การป้องกันและควบคุม การเกิดภาวะอ้วนจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันปัญหาดังกล่าว (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) จากการ ประมวลเอกสารเกี่ยวกับภาวะอ้วนข้างต้นแสดงว่าวัยรุ่นยังเห็นความสำคัญเพียงเล็กน้อยในการดูแล เอาใจใส่ในสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพราะยังพบปัญหาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ภาวะอ้วน ซึ่งจะส่งผลตรงก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้จะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย ศักยภาพในการทำงานของบุคคล การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมทั้งการสูญเสียทรัพยากร มนุษย์ที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศ อันเป็นการสูญเสียที่ประเมินค่าไม่ได้

โดยหลักในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นกลวิธีที่ประยุกต์หลักการเรียนรู้ หรือ การประยุกต์หลักการพฤติกรรม หรือข้อค้นพบทางจิตวิทยาที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหา พฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น จากพฤติกรรมที่ไม่ พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Mikulus, 1978; และประเทือง ภูมิภักทราคม, 2541) ซึ่ง ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) จัดได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมาก ต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน แบนดูรา (Bandura, 1989) มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่ เพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยพฤติกรรม และ สภาพแวดล้อม สำหรับประเทศไทย การออกแบบชุดโปรแกรมการลดภาวะอ้วนที่เน้น ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและศึกษาร่วมกันระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับ การกำกับตนเอง พบในงานวิจัยของอินทรกำแหง (Intarakamhang, 2012) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ PROMISE ที่เน้นผู้รับบริการเป็น ศูนย์กลางในกลุ่มที่มีความเสี่ยงของโรคเมตาบอลิก พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการผู้เข้าร่วม โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถ ของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแล สุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่า

ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแอนเนซี และ โกจารา (Annesi; & Gorjala. 2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถสำหรับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการทำกับตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม 95 คน มีดัชนีมวลกาย  $40.5 \pm 3.9$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร เข้าร่วมโปรแกรมฝึกการทำกับตนเองในการออกกำลังกายและลดน้ำหนักเป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การทำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเองมีการเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการทำกับตนเองและการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายและการควบคุมการรับประทานอาหาร และมีอิทธิพลต่อดัชนีมวลกาย ( $R^2 = 0.26$ ) ส่งผลให้ดัชนีมวลกายลดลง 0.20 และมีงานวิจัยของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2556) ได้ศึกษาอิทธิพลทางจิตสังคมและการทำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การทำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการทำกับตนเองและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการทำกับตนเอง ส่วนงานวิจัยเรื่องอื่นๆ ส่วนใหญ่แล้วจะศึกษาการทำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เช่น กุสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภู จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4 สัปดาห์แต่ละครั้งใช้เวลา 1.30 ชั่วโมงรวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจิตติมา บำรุงญาติ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการทำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์โรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและลดน้ำหนัก ความคาดหวังต่อการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตนเพื่อลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม และมีน้ำหนักลดลงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จากการประมวลเอกสารที่ผ่านมายังมีการนำแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการทำกับตนเองน้อยมาก และยังมีงานวิจัยที่จัดโปรแกรมที่มีกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญค่อนข้างน้อย และยังไม่มียงานวิจัยที่เปรียบเทียบผลของใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ กับผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้ให้บริการเป็นสำคัญ งานวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อป้องกันภาวะอ้วน โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี

การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการใช้เทคนิคการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (วัฒนาพร ระวังทุกข์. 2542) คือ ผู้รับบริการเป็นผู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ดำเนินการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน วางแผน และกำหนดเป้าหมายข้อตกลงในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน และร่วมรับผิดชอบกับการปฏิบัติกิจกรรม รับฟังความเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรม ที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้น้ำหนักลดลงของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่ม โดยผู้ให้บริการจะทำหน้าที่สร้างบรรยากาศที่นำไปสู่การช่วยให้บุคคลเกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้ และช่วยพัฒนาผู้รับบริการให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ โดยใช้การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรม เปรียบเทียบกับการใช้เทคนิคการเน้นครูเป็นศูนย์กลาง (วรศักดิ์ เพียรชอบ. 2548) คือ ผู้ให้บริการจะมีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรม ผู้ให้บริการจะบรรยาย อธิบาย สาธิต กำหนดเนื้อหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการจัดกิจกรรมให้กับผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟัง ผู้จด ผู้ตอบคำถามและปฏิบัติตามที่ผู้ให้บริการกำหนด ในการสร้างโปรแกรมข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วน ซึ่งจะสามารถนำไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดหรือควบคุมน้ำหนักในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในวงกว้างและระยะยาวต่อไป

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย มีวัตถุประสงค์ย่อย คือ

1. เพื่อตรวจสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และครั้งของการวัดที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และภาวะอ้วน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และภาวะอ้วน

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนี่มวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมภาวะอ้วน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลายให้กับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. หน่วยบริการทางสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล คลินิก ศูนย์สาธารณสุขชุมชน สามารถนำรูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริม และป้องกันโรคอ้วนให้กับวัยรุ่นตอนปลายในวงกว้างและระยะยาวต่อไป

## ขอบเขตของการวิจัย

### ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตระดับปริญญาตรี ของคณะวิชาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่อยู่ในสาขาวิชาด้านสุขภาพที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันประกอบด้วย คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 3 ในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ/หรือมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในเพศชาย และ/หรือตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในเพศหญิง และ/หรือมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง จากเกณฑ์ดังกล่าว ประชากรในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 362 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตจาก 6 คณะ ที่กำลังศึกษาอยู่ในสาขาวิชาด้านสุขภาพที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 3 และมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และ/หรือ มีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในเพศชาย และตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในเพศหญิง และ/หรือมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง ได้มา 3 คณะ จากการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) ได้แก่ คณะพลศึกษา คือ กลุ่มทดลอง 1 คณะพยาบาลศาสตร์ คือ กลุ่มทดลอง 2 และคณะสหเวชศาสตร์ คือ กลุ่มควบคุม คณะละ 24 คน ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้จำนวนตามที่เนเม็ตและคณะ (Nemet; & et al. 2005) แนะนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 11 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และ 18 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 95% และเพื่อให้ครอบคลุมต่อการค้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งน้ำหนักและดัชนีมวลกาย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 โดยได้จากผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีค่าเฉลี่ยของการสูญหายประมาณร้อยละ 20 (วนิชา กิจวรวัฒน์; และคณะ. 2547; & Anderson; & et al. 2008)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตระดับปริญญาตรี คณะที่เกี่ยวข้องกับสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 3 ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ/หรือ วัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในผู้ชายและตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในผู้หญิง และ/หรือมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง
2. มีความสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรืออาจารย์ที่ปรึกษาให้เข้าร่วมการวิจัย
3. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
4. ไม่เคยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

### ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ
  - 1.1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และการไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
  - 1.2 ครั้งของการวัด คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (8 สัปดาห์) และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12
2. ตัวแปรตาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ
  - 2.1 พฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self
    - 2.1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy)
    - 2.1.2 การกำกับตนเอง (Self – regulation)
    - 2.1.3 การดูแลสุขภาพตนเอง (Self – Care)
  - 2.2 ภาวะอ้วน
    - 2.2.1 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)
    - 2.2.2 เส้นรอบเอว (Waist Circumference)
    - 2.2.3 ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold)



## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะอ้วน หมายถึง บุคคลที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปเมื่อเทียบกับส่วนสูง คือมีค่าดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป หรือในเพศชายวัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว และเพศหญิงวัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้ว หรือมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง

2. วัยรุ่นตอนปลาย หมายถึง นิสิตที่มีช่วงอายุระหว่าง 18 – 22 ปี

## นิยามปฏิบัติการ

### 1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

**1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง** เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการลดภาวะอ้วน โดยใช้กลไกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง และใช้วิธีการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ เทคนิคการสร้างกิจกรรมที่จะให้นิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ดำเนินการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน วางแผน และกำหนดเป้าหมายข้อตกลงในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน และร่วมรับผิดชอบกับการปฏิบัติกิจกรรม รับฟังความเห็นของเพื่อนและผู้อื่นภายในกลุ่ม ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมเพื่อจะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้ภาวะอ้วนของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่มลดลง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จและไม่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนให้กับสมาชิกภายในกลุ่มได้ร่วมแก้ปัญหา ฝึกการทำงานร่วมกันโดยมีการระดมสมอง ค้นหาปัญหาอุปสรรค วิเคราะห์ ทบทวนเป้าหมายและวางแผนเพื่อลดน้ำหนักต่อภายในกลุ่ม ฝึกประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยเปรียบเทียบกับผลงานของแต่ละกลุ่ม และสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อปรับปรุงพัฒนา สมาชิกร่วมกันให้กำลังใจ ชื่นชมแสดงความยินดี สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ส่งเมลล์ และ Facebook แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ในลักษณะเป็นคู่หู การติดตามเยี่ยมเยียน พุดคุยปัญหาอุปสรรคกับกลุ่ม ให้อาหารรางวัลกับผู้ประสบผลสำเร็จ ประเมินผลโดยสมาชิกในกลุ่ม รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

**1.2 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง** เป็นโปรแกรมที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการลดภาวะอ้วน เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการลดภาวะอ้วน โดยใช้กลไกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง และใช้วิธีการเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง คือ เทคนิคการจัดกิจกรรมที่จะให้ผู้วิจัยเป็นผู้บรรยาย อธิบาย สาธิต กำหนดเนื้อหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการจัดกิจกรรมให้กับนิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรม นิสิตมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟัง ผู้จด ผู้ตอบคำถามและปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมาย และกิจกรรม

เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดภาวะอ้วนให้กับนิสิต ผู้วิจัยจะใช้ตัวแบบจากผู้ที่ประสบผลสำเร็จ และจะสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม และแก้ปัญหา และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยให้กำลังใจ ชื่นชมแสดงความยินดีกับคนที่ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ และ ส่งเมลล์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้รางวัลกับผู้ประสบผลสำเร็จ รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

## 2. พฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ประกอบด้วย

**2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง** หมายถึง การที่วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะอ้วนมีเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องที่จะนำไปสู่การลดน้ำหนักได้ในเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ตัวแปรนี้สามารถวัดได้จากแบบวัดที่ปรับมาจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ลักษณะแบบวัดเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพสูงกว่า ผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมต่ำกว่า

**2.2 การกำกับตนเอง** หมายถึง การที่วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะอ้วนที่มีการแสดงออกถึงการกระทำของบุคคลในการสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำกิจกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดเพื่อให้ตนเองมีภาวะอ้วนลดลงหรือเป็นปกติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจจะทำการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ประกอบด้วย

**2.2.1 การสังเกตตนเอง** หมายถึง การที่วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนมีความสนใจต่อการปรับเปลี่ยนการมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด เป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้จริง และประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่ โดยสามารถทำได้โดยมีการจดบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านของปริมาณ ความถี่ และการเตือนตนเอง

**2.2.2 การตัดสินใจตนเอง** หมายถึง การที่วัยรุ่นตอนปลายมีการเปรียบเทียบผลที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด รวมทั้งการประเมินความสมดุลของปริมาณพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารและพลังงานที่สูญเสียไปจากการมีกิจกรรมทางกาย กับเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคมจากมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้ตั้งไว้ มาตรฐานทางสังคม และการให้คุณค่าของกิจกรรม

2.2.3 การแสดงปฏิภริยาต่อตนเอง หมายถึง เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดทางบวก เช่น การให้รางวัลตนเอง ในรูปของวัตถุ สิ่งของ การใช้เวลาอิสระกับตนเอง หรือการยกย่องชมเชยตนเองและการกระทำที่เกี่ยวกับทางลบ เช่น การลงโทษตนเอง การตำหนิตนเอง การละอายใจ การแสดงความเสียใจ การทบทวนเป้าหมายและแผนกิจกรรมให้ไปสู่การลดน้ำหนักได้จริงมากขึ้น

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้โดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ลักษณะของแบบวัดเป็นข้อคำถามมาตรฐานประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่ามีอาการกับตนเองสูงกว่า ผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมต่ำกว่า

**2.3 การดูแลสุขภาพตนเอง** หมายถึง การกระทำที่ส่งเสริมให้มีน้ำหนักลดลง ประกอบด้วย

2.3.1 การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง บุคคลนั้นๆ มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การเดินเร็ว การวิ่ง เป็นต้น ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายดังกล่าวต้องมีความสม่ำเสมอ มีความหนัก และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมให้มีดัชนีมวลกายปกติ

2.3.2 การบริโภคอาหาร หมายถึง บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร ปริมาณพลังงานที่ได้รับ และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

2.3.3 การจัดการความเครียด หมายถึง บุคคลมีความพยายามเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและอาการแสดงออก เพื่อจัดการอารมณ์ของตนเองและจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปฏิภริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความเครียด และรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการเหมาะสม

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้จากแบบวัดที่ปรับมาจากแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ให้เหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้ โดยมีมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” เกณฑ์การให้คะแนนจากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “ปฏิบัติมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงถึงการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า ผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

### 3. ภาวะอ้วน ประกอบด้วย

**3.1 ดัชนีมวลกาย** หมายถึง ค่าที่ใช้ประเมินภาวะอ้วนของบุคคล โดยคำนวณจากการซึ่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ น้ำหนักตัวน้อย มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวปกติจะมีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 – 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ท้วมจะมีดัชนีมวลกายระหว่าง 23.0 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ อ้วนมีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

**3.2 เส้นรอบเอว** หมายถึง ค่าของเส้นรอบเอวบ่งชี้ถึงปริมาณไขมันหน้าท้อง เป็นบริเวณที่ไขมันส่วนเกินมาจับเกาะ สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะอ้วนได้โดยเฉพาะภาวะอ้วนลงพุง วิธีการวัดรอบเอวคือ อยู่ในท่ายืนตรงใช้สายวัดวัดรอบเอวผ่านสะดือ อ่านค่าในช่วงหายใจออก โดยให้สายวัดแนบกับลำตัวอยู่ในแนวขนานกับพื้นไม่รัดแน่น ซึ่งถ้าในเพศชายวัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว และเพศหญิงวัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้ว ถือว่า อ้วนลงพุง แต่ถ้าในเพศชายวัดเส้นรอบเอวได้น้อยกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว และเพศหญิงวัดเส้นรอบเอวได้น้อยกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วถือว่าปกติ

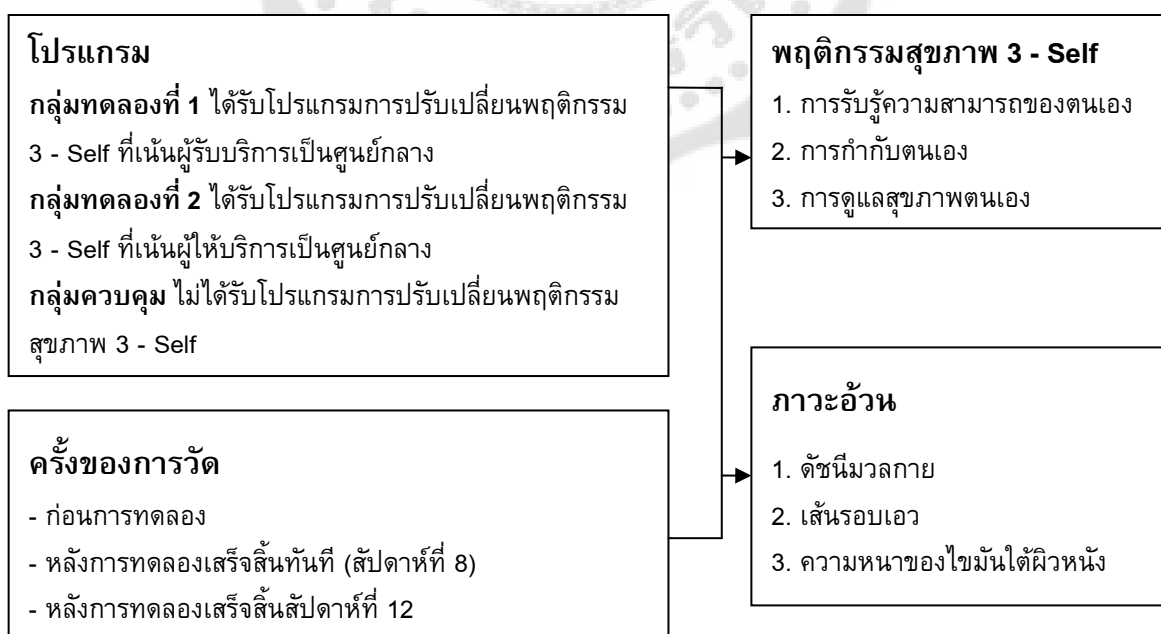
**3.3 ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง** คือ ค่าที่ใช้ประเมินปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat) โดยวัดไขมันใต้ผิวหนัง 4 จุด คือ 1) ต้นแขนด้านหลัง (Triceps) คือ หยิบผิวหนังให้เป็นสันในแนวตั้ง บริเวณเส้นกลางด้านหลังต้นแขนระดับกึ่งกลาง ระหว่าง Acromion Process และ Olecranon Process โดยปล่อยแขนอิสระข้างลำตัว ไม่เกร็ง หันฝ่ามือเข้าหาลำตัว 2) ต้นแขนด้านหน้า (Biceps) คือ หยิบผิวหนังให้เป็นสันในแนวตั้ง บริเวณเส้นกลางด้านหน้าต้นแขนระดับเดียวกับที่วัด Triceps หรืออาจสูงกว่า 1 ซม. 3) ใต้กระดูกสะบัก (Subscapular) คือ หยิบผิวหนังให้เป็นสันในแนวทำมุมกับกระดูกสันหลัง 45 องศาต่ำกว่า inferior angle ของ Scapular ประมาณ 1 – 2 ซม. และ 4) เหนือกระดูกเชิงกราน (Suprailiac) คือ หยิบผิวหนังให้เป็นสันตามแนวรอยย่นผิวหนังเหนือ iliac crest บริเวณเส้น anterior auxiliary line โดยวิธีการวัดคือ 1) ก่อนการวัดอาจใช้ ดินสอ หรือปากกาที่ลบได้ทำเครื่องหมายที่บริเวณแต่ละจุดไว้ก่อนก็ได้ 2) การวัดทุกจุดให้วัดที่ด้านขวาของผู้ทดสอบ ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้มือซ้ายหยิบผิวหนังให้กระชับขึ้นมาให้ตั้งเป็นสันสูงประมาณ 1 ซม. โดยไม่มีเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อติดใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้มือซ้ายหยิบผิวหนังให้กระชับขึ้นมาให้ตั้งเป็นสันสูงประมาณ 1 ซม. โดยไม่มีเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อติด การหยิบให้กางนิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วชี้ห่างกันประมาณ 8 ซม. เป็นแนวตั้งฉากกับเส้นของผิวหนังที่จะหยิบ 3) วางปากคิบบของ Caliper ให้ตั้งฉากกับสันผิวหนังและต่ำลงมาจากปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่หยิบประมาณ 1 ซม. และอยู่กึ่งกลางระหว่างสันผิวหนังและฐาน 4) อ่านค่าหลังจากปล่อยให้ Caliper กดผิวหนังประมาณ 2 วินาที ขณะที่นิ้วมือก็หยิบ ผิวหนังให้เป็นสันไว้ตลอดช่วงของการวัด 5) ทำการวัดค่าอย่างน้อย จุดละ 2 ครั้ง ถ้าค่าที่อ่านได้แตกต่างกันมากกว่า 1 – 2 มิลลิเมตร ให้วัดซ้ำครั้งที่สาม 6) ทำการวัดโดยหมุนตำแหน่งไปตามลำดับมากกว่าวัดซ้ำ ณ จุดนั้น ๆ เลย หรือให้เวลากับผิวหนังในการกลับคืนสู่สภาพเดิม 7) ผิวหนังของผู้ทดสอบที่จะวัดต้องแห้ง ไม่ทาโลชั่น และไม่ทำการวัดทันทีหลังผู้ทดสอบหยุดออกกำลังกาย โดยในเพศชายมีไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 และเพศหญิงมีไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 35 ถือว่ามีภาวะอ้วน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Modification) ของแบนดูรา (Bandura, 1989) คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ และการกำกับตนเอง (Self-regulation) ได้แก่ กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยากับตนเอง และใช้เทคนิคการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนที่เน้นนักเรียนเป็นศูนย์กลาง (Student Centers Method) (วัฒนาพร ระบุว่าทุกซ์.2542) โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม และแนวคิดการเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางโดยใช้เทคนิคการจัดการเรียนการสอนที่เน้นครูเป็นศูนย์กลาง (Teacher Centers Method) (วรศักดิ์ เพียรชอบ. 2548) โดยที่ผู้วิจัยต้องการทดสอบว่า การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การได้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรอิสระ จะส่งผลทำให้ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะอ้วน ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันหรือไม่ ดังแสดงในภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### สมมุติฐานงานวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับครั้งที่ของการวัด ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และ ภาวะอ้วน
2. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ภายหลังจากทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง
4. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
5. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลอง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี

1. ภาวะอ้วน
  - 1.1 ความหมายและการประเมินภาวะอ้วน
  - 1.2 สถานการณ์และปัญหาของภาวะอ้วน
  - 1.3 สาเหตุและกลไกของการเกิดภาวะอ้วน
  - 1.4 การป้องกันภาวะอ้วนด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self
  - 2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 2.2 การกำกับตนเอง
  - 2.3 การดูแลสุขภาพตนเอง
3. เทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self
  - 3.1 เทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
  - 3.2 เทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

#### 1. ภาวะอ้วน

##### 1.1 ความหมายและการประเมินภาวะอ้วน

###### ความหมาย

ภาวะอ้วนในคนเอเชียจะมีเกณฑ์ในการประเมินแตกต่างจากคนซีกโลกตะวันตกเนื่องจากดัชนีมวลกายในการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งภาวะอ้วน (Obesity) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งเกิดจากการที่มีปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat) มากกว่าปกติ จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ (WHO. 2004) เช่นเดียวกับแทนและคณะ (Tan; & et al. 2004: 1182) ที่ให้คำจำกัดความของภาวะอ้วนในคนเอเชีย คือ คนที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และทรูทและคณะ (Treuth; & et al. 2000: 198 – 900) ได้อธิบายไว้ว่าความอ้วนเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับเข้าไปมากและพลังงานที่ร่างกายใช้น้อย พลังงานที่เหลือจึงถูกสะสมในรูปไขมัน

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายของภาวะอ้วนไว้ดังนี้ คือ กำพล ศรีวัฒนกุล (2543) ได้อธิบายไว้ว่าภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมไขมันส่วนเกินจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและจะเกิดเมื่อได้รับปริมาณสารอาหารมากกว่าพลังงานที่ถูกใช้ไป และกฤษดา ศิรามพุช (2549) กล่าวว่า ภาวะอ้วน คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานต่อความสูงหรือบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย

มวลกายตั้งแต่ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เช่นเดียวกับ พรหมมิตร เมธากาญจนศักดิ์ (2548: 10 – 16 ) ได้อธิบายไว้ว่าน้ำหนักตัวมากกว่าปกติในคนเอเชีย นั้น ได้จากการนำค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณได้มาเทียบตามเกณฑ์สำหรับคนเอเชียโดยมีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่าอ้วน และกองโภชนาการ (2550: 3) กล่าวว่า ภาวะอ้วน คือ ผู้ที่มีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วในเพศชาย และตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในเพศหญิง

สรุปได้ว่า ภาวะอ้วน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินไปจนเกิดความต้องการเกิดจากการได้รับสารอาหารมากเกินไปที่ร่างกายจะนำไปใช้ประโยชน์ได้หมด และถูกเก็บสะสมไว้ในส่วนต่างๆ ของร่างกายในรูปของไขมันจนทำให้ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตรและ/หรือมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้วในเพศชายและตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในเพศหญิง และ/หรือ ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง

**การประเมินภาวะอ้วน มีหลายวิธีดังนี้**

**1. การวัดเส้นรอบเอว** ขนาดของรอบเอวบ่งชี้ถึงปริมาณไขมันหน้าท้อง เป็นบริเวณที่ไขมันส่วนเกินมาจับเกาะ สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะอ้วนได้โดยเฉพาะ ภาวะอ้วนลงพุง วิธีการวัดเส้นรอบเอว คือ อยู่ในท่ายืนตรงใช้สายวัดวัดรอบเอวผ่านสะดือ อ่านค่าในช่วงหายใจออก โดยให้สายวัดแนบกับลำตัวอยู่ในแนวขนานกับพื้นไม่รัดแน่น การแปลผลการประเมินเส้นรอบเอว คือ ในเพศชายวัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว และเพศหญิงวัดเส้นรอบเอวได้ตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้ว (กองโภชนาการ. 2550: 10)

การวัดเส้นรอบเอวเป็นวิธีการประเมินภาวะอ้วนที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่า การวัดเส้นรอบเอวเพื่อตัดสินโรคอ้วนมีข้อดีหลายประการ คือ การวัดทำได้ง่ายไม่สัมพันธ์กับความสูง มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับดัชนีมวลกาย และเป็นดัชนีที่คาดคะเนมวลไขมันในช่องท้องและไขมันในร่างกายทั้งหมด (สุรจิต สุนทรธรรม. 2544)

**2. การคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)** เป็นหน่วยมาตรฐานสากลที่ใช้จำแนกเพื่อประเมินน้ำหนักของร่างกายว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีน้ำหนักน้อยเกินไป หรือมีน้ำหนักตัวมากเกินไปซึ่งค่าดังกล่าวนิยมใช้ในการคำนวณอย่างแพร่หลายเนื่องจากคำนวณง่าย และสะดวกในการวัด คำนวณได้จากสูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}}$$

การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งทำได้โดยไม่ยาก มีความแม่นยำ และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกทั้งในเวชปฏิบัติและการศึกษาในภาคสนาม นอกจากนี้ ดัชนีมวลกายเป็นวิธีที่เหมาะสม สำหรับใช้ประเมินภาวะการสะสมพลังงานในผู้ใหญ่ตั้งแต่ อายุ 19 ปีขึ้นไป และค่าดัชนีมวลกายมิใช่เป็นเพียงเกณฑ์ตัดสินโรคอ้วนเท่านั้น แต่ยังเป็นเกณฑ์ตัดสินโรคผอมได้ด้วย แพทย์ยังสามารถประเมินผลการรักษาโรคอ้วนและโรคผอมว่า ได้ผลดีไม่น้อยเพียงใด จากการติดตามหาค่าดัชนีมวลกายเป็นระยะๆ



ค่าดัชนีมวลกายที่จะนำมาใช้อ้างอิงว่าอ้วนหรือไม่นั้น คงไม่สามารถใช้ตัวเลขเดียวกันทั่วโลกได้ เพราะชาวยุโรปจะมีโครงสร้างร่างกายใหญ่กว่าชาวเอเชีย ดังนั้น ค่าดัชนีมวลกายของชาวยุโรปจึงใช้เกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง กล่าวคือจะถือว่าอ้วนเมื่อดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนชาวเอเชีย คือ ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เพราะชาวเอเชียมีโครงสร้างร่างกายที่เล็กกว่าชาวอเมริกาและยุโรป ดังนั้น คนแถบเอเชียเช่น คนไทย จีน ญี่ปุ่น เกาหลี ฟิลิปปินส์ ควรใช้ค่าดัชนีมวลกายที่แตกต่างจากยุโรปและอเมริกา (WHO; IASO; & IOTF. 2000; และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548; และพรมมินทร์ เมธากาญจนศักดิ์. 2548)

การประเมินสัดส่วนร่างกายด้วยวิธีการการวัดดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวมีรายละเอียดดังตาราง 1 (สมชาย ลีทองอิน. 2550: 36 - 65)

ตาราง 1 การจำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยใช้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ของคนเอเชีย)			
	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	ผู้ชาย < 90 ซม. ผู้หญิง < 80 ซม.	ผู้ชาย ≥ 90 ซม. ผู้หญิง ≥ 80 ซม.
น้ำหนักน้อย/ผอม	< 18.5	ผอม (เสี่ยงขาดสารอาหาร)	ปกติ
น้ำหนักปกติ	18.5 – 22.9	ปกติ	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น
น้ำหนักเกิน	≥ 23.0	.....	.....
มีความเสี่ยง	23.0 – 24.9	ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	ความเสี่ยงปานกลาง
อ้วนระดับ 1	25.0 – 29.9	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
อ้วนระดับ 2	≥ 30.0	ความเสี่ยงสูง	ความเสี่ยงสูงมาก

ที่มา: WHO; IASO;&IOTF. (2000). The Asia-Pacific Perspective: redefining obesity and its treatment. The International Obesity Task Force.

3. การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold Measurement) เพื่อประเมินปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat) ใช้หลักการวัดไขมันใต้ผิวหนัง 4 จุด คือ 1) ต้นแขนด้านหลัง (Triceps) คือ หยิบผิวหนังให้เป็นสันในแนวตั้ง บริเวณเส้นกลางด้านหลังต้นแขนระดับกึ่งกลาง ระหว่าง Acromion Process และ Olecranon Process โดยปล่อยแขนอิสระข้างลำตัว ไม่เกร็ง หันฝ่ามือเข้าหาลำตัว 2) ต้นแขนด้านหน้า (Biceps) คือ หยิบผิวหนังให้เป็นสันในแนวตั้ง บริเวณเส้นกลางด้านหน้าต้นแขนระดับเดียวกับที่วัด Triceps หรืออาจสูงกว่า 1 ซม. 3) ใต้กระดูกสะบัก (Subscapular)

คือ หยิบผิวหนังให้เป็นสันในแนวทำมุมกับกระดูกสันหลัง 45 องศาต่ำกว่า inferior angle ของกระดูกสะบัก ประมาณ 1 – 2 ซม. และ 4) เหนือกระดูกเชิงกราน (Suprailiac) คือ หยิบผิวหนังให้เป็นสันตามแนวรอยย่นผิวหนังเหนือ iliac crest บริเวณเส้น anterior auxiliary line (ACSM Health and Fitness Journal. 1997. 1: 30; อ้างอิงจาก สมชาย ลีทองอิน. 2552)

#### วิธีการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง มีดังนี้

1) ก่อนการวัดอาจใช้ดินสอ หรือปากกาที่ลบได้ทำเครื่องหมายที่บริเวณแต่ละจุดไว้ก่อนก็ได้

2) การวัดทุกจุดให้วัดที่ด้านขวาของผู้ทดสอบ ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้มือซ้ายหยิบผิวหนังให้กระชับขึ้นมาให้ตั้งเป็นสันสูงประมาณ 1 ซม. โดยไม่มีเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อติดใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้มือซ้ายหยิบผิวหนังให้กระชับขึ้นมาให้ตั้งเป็นสันสูงประมาณ 1 ซม. โดยไม่มีเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อติด การหยิบให้กางนิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วชี้ห่างกันประมาณ 8 ซม. เป็นแนวตั้งฉากกับเส้นของผิวหนังที่จะหยิบ

3) วางปากคีบของ Caliper ให้ตั้งฉากกับสันผิวหนังและต่ำลงมาจากปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่หยิบประมาณ 1 ซม. และอยู่กึ่งกลางระหว่างสันผิวหนังและฐาน

4) อ่านค่าหลังจากปล่อยให้ Caliper กดผิวหนังประมาณ 2 วินาที ขณะที่นิ้วมือก็หยิบผิวหนังให้เป็นสันไว้ตลอดช่วงของการวัด

5) ทำการวัดค่าอย่างน้อย จุดละ 2 ครั้ง ถ้าค่าที่อ่านได้แตกต่างกันมากกว่า 1 – 2 มิลลิเมตร ให้วัดซ้ำครั้งที่สาม

6) ทำการวัดโดยหมุนตำแหน่งไปตามลำดับมากกว่าวัดซ้ำ ณ จุดนั้น ๆ เลย หรือให้เวลากับผิวหนังในการกลับคืนสู่สภาพเดิม

7) ผิวหนังของผู้ทดสอบที่จะวัดต้องแห้ง ไม่ทาโลชั่น และไม่ทำการวัดทันทีหลังผู้ทดสอบหยุดออกกำลังกาย

#### การคำนวณ

นำค่าความหนาของไขมันใต้ผิวหนังทั้ง 4 จุด มารวมกันและเข้าสมการดังนี้

$$\text{Body fat\%} = 100 \times \frac{[(4.95) - 4.5]}{c - (m \times \log \text{ of sum of 4 skinfolds})}$$

ค่า c และ ค่า m ในสมการ ถูกกำหนดไว้ในตารางมาตรฐาน (ตาราง 2) ซึ่งนำมาแทนค่าตามอายุและเพศ

ตาราง 2 ค่าคงที่ c และ m จะเปลี่ยนไปตามอายุและเพศดังนี้

อายุ	เพศชาย		เพศหญิง	
	C	m	c	m
16 – 19	1.1620	0.0630	1.1549	0.0678
20 - 29	1.1631	0.0632	1.1599	0.0717
30 – 39	1.1422	0.0544	1.1423	0.0632
40 – 49	1.1620	0.0700	1.1333	0.0612
50 ปีขึ้นไป	1.1715	0.0779	1.1339	0.0645

ที่มา: (ACSM Health and Fitness Journal. 1997. 1: 30; อ้างอิงจาก สมชาย ลีทองอิน. 2552)

ตาราง 3 ค่ามาตรฐานปริมาณไขมันในร่างกาย (%) ที่สัมพันธ์กับสุขภาพเพศชาย

กลุ่มวัย	ไม่แนะนำ	ระดับปริมาณไขมันปกติที่แนะนำ			อ้วน
		ต่ำ	กลาง	สูง	
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (<35 ปี)	< 8	8	13	22	> 22
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (35-55 ปี)	< 10	10	18	25	> 25
วัยสูงอายุ (>55 ปี)	< 10	10	16	23	> 23

ที่มา: (ACSM Health and Fitness Journal. 1997. 1: 30; อ้างอิงจาก สมชาย ลีทองอิน. 2552)

ตาราง 4 ค่ามาตรฐานปริมาณไขมันในร่างกาย (%) ที่สัมพันธ์กับสุขภาพเพศหญิง

กลุ่มวัย	ไม่แนะนำ	ระดับปริมาณไขมันปกติที่แนะนำ			อ้วน
		ต่ำ	กลาง	สูง	
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (<35 ปี)	< 20	20	28	35	> 35
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (35-55 ปี)	< 25	25	32	38	> 38
วัยสูงอายุ (>55 ปี)	< 25	25	30	35	> 35

ที่มา: (ACSM Health and Fitness Journal. 1997. 1: 30; อ้างอิงจาก สมชาย ลีทองอิน. 2552)

จากการประมวลเอกสารผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการประเมินภาวะอ้วนด้วยการวัดดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว และ การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก มีความแม่นยำ ไม่สิ้นเปลืองและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย

## 1.2 สถานการณ์และปัญหาของภาวะอ้วน

### สถานการณ์ของภาวะอ้วน

ปัจจุบันพบว่าความชุกของภาวะอ้วนนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกกลุ่มอายุ ทั้งเด็ก วัยรุ่น และ ผู้ใหญ่ องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี 2005 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน 1,600 ล้านคน และมีประมาณ 400 ล้านคน ที่มีภาวะอ้วนและคาดว่าในปี 2015 นี้จะมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มเป็น 2,300 ล้านคน และมีประมาณ 700 ล้านคน ที่มีภาวะอ้วน (WHO.2004) และจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติและภาวะโภชนาการ (National Health and Nutrition Examination Survey :NHANES) พบว่า ในปี 1999 – 2000 คนอเมริกันมีความชุกของภาวะอ้วนร้อยละ 64 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 จากปี 1988 – 1994 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 จากปี 1976 – 1980 และประมาณ 59 ล้านคนในผู้ใหญ่อเมริกันอยู่ในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ และ จากการสำรวจในปี 2007 – 2008 พบว่า มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากปี 1988 – 1994 ถึง ร้อยละ 23 โดยพบว่าความชุกของผู้ใหญ่ในอเมริกันที่มีภาวะอ้วนในปี 1999 - 2000 2001-2002 2003 - 2004 2005 - 2006 และ 2007 – 2008 คือร้อยละ 64.5 65.7 66.3 67.0 และ 68.0 ตามลำดับ (Katherine; & et al. 2010) และจากการศึกษาความชุกโรคอ้วนในอเมริกาในปี 2009 – 2010 ของ ซินเทียและคณะ (Cynthia;& et.al. 2012) พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนในคนอเมริกันที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในปี 2009 – 2010 มีภาวะอ้วนร้อยละ 35.7 อายุ 20 – 39 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 32.6 และอายุ 12 – 19 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 18.4

เมื่อพิจารณาภาวะอ้วนของคนเอเชียใน 4 ประเทศ พบว่า ประชาชนผู้ใหญ่ในประเทศมาเลเซียอ้วนสูงสุดรองลงมาเป็นประเทศเกาหลี ไทย และสิงคโปร์ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก 2012 พบว่า คนมาเลเซียมีความชุกของภาวะอ้วนร้อยละ 48 รองลงมาคือ เกาหลี ร้อยละ 30 คนไทย ร้อยละ 28.5 และ สิงคโปร์ ร้อยละ 28 ตามลำดับ (OECD ,& WHO.2012)

ส่วนสถานการณ์ภาวะอ้วนของคนไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า เกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ปี 2546 - 2547 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 และมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวชาย  $\geq$  90 เซนติเมตร และเพศหญิง  $\geq$  80 เซนติเมตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.7 เป็นร้อยละ 32.1 โดยแบ่งเป็นเพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.1 เป็นร้อยละ 45.0 และเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.4 เป็นร้อยละ 18.6

(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2547,2552) และจากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ.2550 พบว่า คนมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 26.5 (12.2 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 22.1 (10.1 ล้านคน) และผู้ที่มีอ้วนร้อยละ 3.0 (1.4 ล้านคน) (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2548, 2550)

เมื่อพิจารณาภาวะอ้วนในวัยรุ่น จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ.2550 พบว่า วัยรุ่นอายุ 15 – 24 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 9.3 และมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 21.1 (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2548, 2550) และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า กลุ่มอายุ 15 – 29 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 19.5 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 18.5 และเพศหญิงร้อยละ 20.6 และมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 18.6 โดยแบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 26.5 และเพศชายร้อยละ 11.6 และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 – 2549 พบว่า กลุ่มวัย 15 – 29 ปี เพศชายมีดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 14.6 และเพศหญิงมีดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 20.7 และมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 14.3 โดยแบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 21.0 และเพศชายร้อยละ 8.0 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547, 2552)

จากสถานการณ์ภาวะอ้วนคนไทยก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม ทั้งส่วนบุคคลและในระดับประเทศนับเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และยังเป็นโอกาสดีที่ภาวะอ้วนสามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าตระหนักในปัญหาสุขภาพเหล่านี้

### ปัญหาของภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน เป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของคนในยุคปัจจุบันที่กำลังระบาดในหลายประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าภาวะอ้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ง่ายขึ้น เพราะภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคนิ้วในถุงน้ำดี และโรคมะเร็งบางชนิด (ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2548) ซึ่งสาเหตุของการตายในคนอ้วนส่วนใหญ่ นั้น เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดกับโรคเบาหวาน ในปี ค.ศ. 2002 พบชาวตะวันออกที่มีภาวะอ้วนป่วยเป็นโรคเบาหวาน 16 ล้านคน และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่คนอ้วนจะป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 43 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 (WHO. 2003) จากรายงานความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนกับโรคต่างๆ ในคนที่มีดัชนีมวลกายแตกต่างกัน ระหว่างปี 1988 -1994 พบว่า ในผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรจะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกาย ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นจาก 25 เป็น 40 จะพบโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากร้อยละ 2.38 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.89 โรคหลอดเลือดหัวใจจากร้อยละ 6.87 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.22 โรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 23.26 เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.16 และโรค

ข้อเข่าอักเสบจากร้อยละ 5.22 เพิ่มเป็นร้อยละ 19.22 เป็นต้น (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. 2546) นอกจากนี้ ยังพบว่าในเพศหญิงถ้ามีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานประมาณร้อยละ 40 จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งในมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งเต้านมมากขึ้น และถ้าเป็นผู้ชายจะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งต่อมลูกหมากได้มากกว่าคนที่น้ำหนักตัวปกติ (กมลพรรณ เมฆวรรุฒิ; และ อัมพร ชัยสิริรัตน์. 2544) สอดคล้องกับ คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (2549) ที่กล่าวว่า ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง ภาวะอ้วนจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเกิดโรคเรื้อรัง ภาวะพิการและการตายก่อนวัยอันควร ในปี 2547 ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss) เป็นอันดับที่ 2 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 6 ในผู้ชายไทย และ องค์การอนามัยโลก (WHO. 2000) กล่าวว่า ภาวะอ้วน จะมีความเสี่ยงต่อโรคและสภาวะต่อไปนี้คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคของถุงน้ำดี มีการหยุดหายใจเป็นพักๆ ในขณะที่นอนหลับ และปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิต กระดูกข้ออักเสบ มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ ไต และต่อมลูกหมาก ปัญหาทางจิต มีความไม่สะดวกในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ภาวะเจริญพันธ์เสื่อม และไพบูลย์ พิทยา และคณะ (2554) ได้ศึกษาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทยในปี พ.ศ.2552 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในปี พ.ศ. 2552 มีมูลค่าสูง 5,580.8 ล้านบาท โดยจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 847.4 ล้านบาท และในแผนกผู้ป่วยใน 4,733.4 ล้านบาท ทั้งนี้โรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ โรคเบาหวาน (3,386.6 ล้านบาท) โรคหัวใจขาดเลือด (1,070.5 ล้านบาท) และ โรคมะเร็งลำไส้และเร็คตัม (377.2 ล้านบาท) ผลการศึกษานี้ยืนยันอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นจำนวนมหาศาล ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการวางแผนนโยบายหรือกำหนดมาตรการเพื่อลดความชุกของโรคอ้วนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

สำหรับช่วงวัยรุ่นถ้ามีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เซลล์ไขมันในร่างกายจะมีทั้งเพิ่มและขยายขนาดได้เป็นจำนวนมากซึ่งปริมาณเซลล์ไขมันที่เพิ่ม และขยายตัวขึ้นนี้จะส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินที่ลดได้ยากในวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาวิจัยที่ติดตามเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินไประยะยาวของ เซอร์ดูลาและคณะ (Serdula; & et al. 1993: 167) พบว่า 1 ใน 3 ของเด็กในวัยก่อนเรียนและครึ่งหนึ่งในวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะยังคงมีภาวะนี้อยู่เมื่อเป็นวัยรุ่น และถ้าหากยังคงมีภาวะนี้ในวัยรุ่นโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินยิ่งสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการในสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 10 - 20 ของทารกที่มีน้ำหนักเกินจะยังคงมีภาวะดังกล่าวต่อไปในวัยเด็กร้อยละ 40 ของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะยังคงมีภาวะนี้ในวัยรุ่น และร้อยละ 75 - 80 ของวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิงจะมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ง่ายกว่าวัยรุ่นชาย เนื่องจากวัยรุ่นหญิง

ร่างกายเริ่มมีการสะสมไขมันเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ระยะวัยรุ่นตอนต้นเพื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (Moran, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่มากกว่า วัยรุ่นที่ผอมกว่าถึง 8 เท่า และร้อยละ 2.4 ของวัยรุ่นกลุ่มนี้เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 เมื่ออายุ 30 ปี วัยรุ่นเหล่านี้ ยังโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีอัตราการตายและอัตราป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในสมอง อุดตันหรือแตกมากกว่าประชากรทั่วไป ไม่เพียงเท่านั้นยังพบปัญหาทางกายที่เกิดขึ้นได้บ่อยอีก เช่น ขา โกง เหนื่อยง่าย และนิ้วในถุงน้ำดี นอกจากนี้ ภาวะดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคมอีกด้วย เช่น ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกด้อยคุณค่า เครียด ปัญหาทางอารมณ์ และ ซึมเศร้า (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2546: 2) และจากความไม่รู้และขาดประสบการณ์ของวัยรุ่น รวมทั้งวิถีเลี้ยงดูของครอบครัวที่สร้างเสริมนิสัยบริโภคอย่างไม่เหมาะสม และสื่อโฆษณาที่ไม่คำนึงถึงผู้บริโภค นำพาให้เด็กวัยรุ่นเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจากพฤติกรรมเหล่านี้จนกลายเป็น นิสัยติดตัวจนเป็นผู้ใหญ่

เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างประชากรไทย พบว่า จากรูปทรงปิรามิดกำลังเปลี่ยนแปลงเป็น ทรงกระบอก เพราะมีฐานที่แคบลงกว่าเดิมอันเป็นผลเนื่องจากประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดทำให้ มีจำนวนของวัยรุ่นและวัยกลางคนมากขึ้น โดยช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 – 24 ปี มีจำนวนถึงร้อยละ 21.14 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง, 2553) และข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพและ ภาวะโภชนาการแห่งชาติ (National Health Interview Survey) พบว่าคนที่เคยออกกำลังกายอย่างหนักจะลดการออกกำลังกายลงจากอายุ 12 ปี ไปจนอายุ 21 ปี โดยลดลงมากช่วงอายุ 15 – 18 ปี (Caspersen; Pereira; & Curren, 2000) จากความไม่รู้และขาดประสบการณ์ของวัยรุ่น รวมทั้งวิถี เลี้ยงดูของครอบครัวที่สร้างเสริมนิสัยบริโภคอย่างไม่เหมาะสมและสื่อโฆษณาที่ไม่คำนึงถึงผู้บริโภค นำพาให้เด็กวัยรุ่นเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจากพฤติกรรมเหล่านี้จนกลายเป็นนิสัยติดตัวจนเป็น ผู้ใหญ่ ซึ่งบุคคลวัยนี้ เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรหลักที่มีความสำคัญและเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ไวและ ล่อแหลมต่อการเกิดปัญหาทั้งต่อสุขภาพอนามัยของตนเองและสังคมส่วนรวม โดยมีผลทั้งในปัจจุบัน และอาจต่อเนื่องไปในอนาคตได้ หากเกิดปัญหาสุขภาพก็อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาประเทศทั้งใน ด้านของทรัพยากรบุคคลและการพัฒนาด้านอื่น ๆ ตามมา การที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ เหมาะสมจนเกิดภาวะอ้วนซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ นั้น ควรที่จะต้องได้รับการแก้ไข โดย สร้างเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้น (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2546: 2) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องอาศัยปัจจัยร่วมหลายปัจจัยด้วยกันดังที่แบบดูรา กล่าว ว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่ เพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัวบุคคล พฤติกรรม และ สภาพแวดล้อม (Bandura, 1997)

จะเห็นได้ว่าในคนที่มีความอ้วนนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมายที่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกายและเส้น รอบเอวที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความอ้วนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ควรได้รับการ แก้ไขทั้งในระดับโลก ประเทศ และชุมชนทุกพื้นที่ รวมทั้งควรมีการรณรงค์ให้คนที่ยังไม่ประสบ

ปัญหา ได้ใส่ใจตนเองด้วยการป้องกันภาวะอ้วนเพื่อลดความเสี่ยงจากอันตรายที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งบุคคลวัยนี้ เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรหลักที่มีความสำคัญและเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ไวและล่อแหลมต่อการเกิดปัญหาทั้งต่อสุขภาพอนามัยของตนเองและสังคมส่วนรวมหากเกิดปัญหาสุขภาพก็อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาประเทศทั้งในด้านของทรัพยากรบุคคลและการพัฒนาด้านอื่นๆ ตามมา

### 1.3 สาเหตุและกลไกของการเกิดภาวะอ้วน

สาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ และอัตราการเผาผลาญพลังงานขณะพัก (คัลยา คงสมบูรณ์เวช. 2551; & กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548) สอดคล้องกับนาตาชา เดชดำรงคุณ (2549) กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน คือ ลักษณะทางพันธุกรรม ยีน ระบบต่างๆ ในร่างกายแต่ละคน เพศ กล้ามเนื้อของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง อายุที่มากขึ้นการเผาผลาญพลังงานลดลง เช่นเดียวกับอรุณี ตั้งเฒ่า (2544) กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนมี 2 ปัจจัย คือ กรรมพันธุ์หรือสิ่งแวดล้อม ประกอบกับวิธีการเลี้ยงดูและการดำเนินชีวิตจากครอบครัวมักได้รับแรงผลักดันจากพฤติกรรมในวัยเด็กอย่างมากทั้งที่รู้ตัวและที่ไม่ได้รู้ตัวเมื่อเป็นผู้ใหญ่ พันธุกรรมหรือสิ่งที่ได้รับจากบรรพบุรุษมีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดความจุของเซลล์ไขมัน และการกระจายของไขมันทั่วร่างกาย คนที่อ้วนตอนเด็กก็มีแนวโน้มเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนแต่ถึงแม้อ้วนตอนเด็ก หากไม่มีไขมันส่วนเกินเข้าไปสะสมก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน 2) สาเหตุที่ควบคุมได้ คือ การกระทำหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดความเคยชินโดยบางกิจกรรมส่งผลให้อ้วน เช่น ไม่ออกกำลังกาย นั่งทำงานที่โต๊ะเป็นเวลานานทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การเลือกรับประทานที่มีไขมันสูงและเกินความต้องการของร่างกาย ความเครียด ซึ่งส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ บางคนใช้การรับประทานอาหารเพื่อระบายอารมณ์แก้อาการซึมเศร้า และเมื่อมีภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ยิ่งหลั่งมากไขมันก็จะถูกเก็บสะสมมาก โดยเฉพาะในส่วนพุง การนอนหลับพักผ่อนหากพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีผลต่อระดับฮอร์โมนที่ควบคุมความอยากอาหารทำงานแปรปรวนทำให้หิวมากขึ้นและรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นได้ มีผลกระทบต่อดัชนีการเผาผลาญพื้นฐาน คือ ระดับการใช้พลังงานในร่างกายลดลง สอดคล้องกับประณีต ผ่องแผ้ว (2539) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน คือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด และกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมกันขับเคลื่อนให้คนไทยมีสุขภาพดีภายใต้โครงการภาคีร่วมใจคนไทยไร้พุง โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรได้เกิดความรู้ความตระหนักและมีทักษะในการลดอ้วนลดพุงของคนในองค์กรที่อ้วนตลอดจนควบคุมป้องกันอ้วนในกลุ่มคนปกติ โดยมีระบบการจัดการที่ดี และใช้หลักแนวคิด 3 อ. พิชิตอ้วน พิชิตพุง คือ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย และ อ.อารมณ์ (กองโภชนาการ. 2551)



จากการประมวลเอกสาร สาเหตุของการเกิดภาวะอ้วนจะเห็นว่าจะเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ และระบบฮอร์โมน และปัจจัยที่ควบคุมได้ คือ การดูแลสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และความเครียด ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้จะศึกษาปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมที่ควบคุมได้ คือ การดูแลสุขภาพตนเอง

#### 1.4 การป้องกันภาวะอ้วนด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

หลักการลดภาวะอ้วนทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ จะถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านจิตวิทยา สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งแนวคิดในการเสริมสร้างพลังใจซึ่งมีหลายมิติและมีการปรับเปลี่ยนเมื่อนำไปใช้ในบริบทที่ต่างกัน ซึ่งการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีความเชื่อว่าการกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการและมีความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวได้สำเร็จ โดยการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง จะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีความยั่งยืนและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ (อังคินันท์ อินทรกำแหง.2552) ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำเป็นที่จะต้องมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้รวมทั้งจัดปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีความเชื่อผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเพิ่มความเชื่อในความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการในการออกแบบกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอาจใช้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างผสมผสานกันได้ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยนนั้นเหมาะสมกับรูปแบบใด เช่น การจัดกิจกรรมเป็นคอร์สปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Single Course) การจัดกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะ (Intermittent Course) การอบรมในระยะสั้นๆ และติดตามผลเป็นระยะๆ (Short & Intermittent Course) หรือการจัดกิจกรรมต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เช่น การเต้นแอโรบิก เป็นต้น (กรมอนามัย. 2551)

กลยุทธ์เสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลดน้ำหนักนี้มีดังนี้ (จูรีพร คงประเสริฐ. 2554: 116 – 127) กล่าวว่

1. การควบคุมหรือการปรับเปลี่ยนสิ่งกระตุ้น (Stimulus Control) ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมบริโภคเกินและไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เป้าหมายเพื่อแยกแยะระหว่างความอยากกับความหิว เช่น ไม่กินขนมจุกจิกขณะดูโทรทัศน์หรือขณะขับรถ การเก็บอาหารและขนมในกล่องที่ปิดหรือขุดหนีบ การไม่ตุนขนมไว้ที่บ้าน

2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค (Changing eating behavior) เพื่อการบริโภคอาหารให้น้อยลง เช่น การเคี้ยวอาหารนานขึ้น วางช้อนและส้อมก่อนกินทุกคำ ดักอาหารใส่จานที่ขนาดเล็ก (Portion Size) กินที่โต๊ะอาหาร กินเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ มื้อละ 1 จาน ไม่ตักเพิ่ม

3. เสริมแรงด้านบวกสำหรับพฤติกรรมสุขภาพ (Reinforcement) ได้แก่ การให้รางวัล (Rewards) เพื่อพัฒนานิสัยการกินหรือการออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำหรือตามที่วางแผนไว้ การให้รางวัลต้องให้ทันทีที่ปรับพฤติกรรมได้ รางวัลที่ได้ต้องชัดเจน เช่น เงิน เสื้อผ้า หนังสือ ไม่ควรเป็นขนมหรืออาหาร

4. พัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา (Cognitive Behavior Techniques) ได้แก่ การวางแผน สำหรับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการบริโภคมากเกินไป เช่น การไปเลี้ยงหรือไปเที่ยวการเรียนรู้วิธีการ หลีกเลี่ยงการกินมาก โดยเน้นแนวคิดเชิงบวกและลดการติเตียนตนเอง

5. กระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยในการค้นหาแรงสนับสนุนจากสังคม (Social Support) ครอบครัว เพื่อน กลุ่ม หรือชมรม เพื่อช่วยให้การลดน้ำหนักประสบความสำเร็จและรักษาน้ำหนักที่ ลดลงให้คงที่

6. Behavioral Contracting เป็นการใช้หลักควบคุมสิ่งเร้าร่วมกับการเสริมแรง โดยการทำ สัญญาและตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน ควรเป็นเป้าหมายที่ค่อยเป็นค่อยไปและสามารถ บรรลุได้ไม่ยาก

7. การจัดการอารมณ์ (Stress Management) ความรู้สึกหรืออารมณ์ เช่น โกรธ เหนง เศร้า เศ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า เสียใจ น้อยใจ กังวล เครียด อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแบบ แผนการบริโภคที่เปลี่ยนไป กินเก่งขึ้นหรือน้อยลง กินจุบกินจิบ ไม่สนใจตนเอง ไม่เคลื่อนไหว ร่างกาย ในกรณีดังกล่าว ควรแนะนำเทคนิคการจัดการอารมณ์ เช่น การทำสมาธิ การหายใจเข้า เทคนิคการผ่อนคลาย การมีกิจกรรมยามว่างหรือนันทนาการ

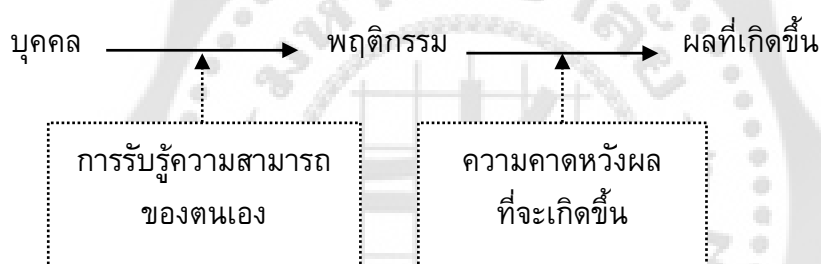
จากการประมวลเอกสารแนวคิดในการลดภาวะอ้วน คือ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้มี ภาวะอ้วนต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) การกำกับตนเอง (Self - regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self - Care)

## 2. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) จัดได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพล อย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน แบนดูรา (Bandura, 1989: 1 - 60) มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทาง สภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยพฤติกรรม และ สภาพแวดล้อม และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูราจะ ประกอบด้วย แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) แนวคิดของการ กำกับตนเอง (Self-regulation) และแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) ในระยะแรกแบนดูราเสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมาแบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า การที่บุคคลตัดสินใจ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ กำหนดไว้ โดยไม่ได้กล่าวถึงคำว่าคาดหวังอีกเลย ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่ เกี่ยวกับการลดภาวะอ้วน จึงประกอบไปด้วย

## 2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุดเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจนมากขึ้น แบนดูราได้เสนอภาพความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura. 1986)

ตามภาพประกอบ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น นักกีฬาที่มีความเชื่อว่า เขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้ หมายถึง ผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือ จะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ โดยการจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพประกอบ 3

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura. 1986)

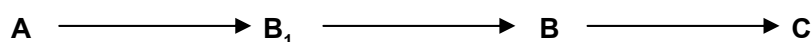
แบนดูราได้เสนอแนะแหล่งของการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธีดังต่อไปนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2550: 59-60)

**1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences)** ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

**2. การใช้ตัวแบบ (Modeling)** การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้คุณตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

การใช้ตัวแบบ เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ที่มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ (พฤติกรรม สภาพแวดล้อม ส่วนบุคคล) จะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกันอยู่ ถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไป อีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะ

เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ซึ่งแนวทางในการใช้ตัวแบบนี้จะพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นบางอย่าง ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นนี้เอง จะส่งผลทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม ลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบแสดงดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ (Bandura. 1986)

โดยที่ A - การเสนอตัวแบบ

B<sub>1</sub> - ความคิดหรือความรู้สึกของผู้สังเกตตัวแบบ

B - พฤติกรรมที่แสดงออก

C - ผลกรรม

จากภาพประกอบ 4 จะเห็นได้ว่าในกระบวนการเสนอตัวแบบนั้นจะต้องมีการเสนอแบบ (A) ที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจและคิดอยากจะทำตาม (B<sub>1</sub>) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม (B) ตามตัวแบบแล้ว สิ่งก็ตามมาคือผลกรรม (C) ที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้วได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้นอีก

แบนดูราได้กล่าวไว้ว่า ตัวแบบมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกัน คือ

1) ช่วยให้ผู้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะนี้เองทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2) มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนี้จะมีสูงมาก เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้รับผลกรรมอย่างที่ผู้สังเกตคาดว่าจะได้รับ (ผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกรรมทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบนี้ก็จะมีมากขึ้น เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้นได้ถูกยุติการระงับแล้ว

3) ช่วยให้ผู้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

## ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการใช้ตัวแบบ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการใช้ตัวแบบ แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการเก็บจำ (Factors Enhancing Learning and Retention) และปัจจัยที่ส่งเสริมการแสดงออก (Factors Enhancing Performance) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2550: 255; อ้างอิงจาก Perry; & Furukawa. 1986)

### ปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการเก็บจำ

เบนดูราได้กล่าวไว้ชัดเจนว่า การที่คนเราจะเรียนรู้ได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้สังเกตที่จะสังเกตตัวแบบ และความสามารถในการเก็บจำสิ่งที่สังเกตได้ ดังนั้นผู้ที่วางแผนในการใช้ตัวแบบนั้น ควรจะแน่ใจได้ว่าตนเองได้พยายามสร้างเงื่อนไขให้เกิดการส่งเสริมความตั้งใจและการเก็บจำของผู้สังเกต ซึ่งตัวแบบที่ใช้ วิธีการเสนอตัวแบบ ตลอดจนลักษณะของผู้ที่จะให้สังเกตตัวแบบนั้นควรจะได้รับพิจารณา

**ลักษณะของตัวแบบ** การที่จะบอกว่าใครควรจะเป็นตัวแบบนั้นต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการจะบำบัด ลักษณะของผู้สังเกต และปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของพฤติกรรมและลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม มีหลักการในการเลือกตัวแบบอย่างกว้างๆ ดังต่อไปนี้

1) ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะบุคคลคนนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน

2) ตัวแบบควรจะเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปก็จะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

3) ระดับของความสามารถของตัวแบบนั้น ควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมาก ก็จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำตามได้ ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตามตัวแบบนั้น ซึ่งทางที่ดีที่สุดควรที่จะเลือกตัวแบบที่มีความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเพียงเล็กน้อย หรือเริ่มจากสภาพที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต แล้วค่อยๆ เพิ่มความสามารถขึ้นไป

4) ตัวแบบนั้นควรจะมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

5) ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

**ลักษณะของผู้สังเกต** ผลของการเสนอตัวแบบจะมีมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตด้วย ซึ่งลักษณะของผู้สังเกตที่ผู้ดำเนินการเสนอตัวแบบควรจะต้องพิจารณามีดังต่อไปนี้

1) ความสามารถในการดำเนินการและเก็บจำข้อมูล ซึ่งจัดได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะต้องพิจารณา ความสามารถดังกล่าวขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาของผู้สังเกต ดังนั้นควรเสนอตัวแบบให้สอดคล้องกับระดับสติปัญญาของผู้สังเกต

2) ความไม่แน่ใจ ถ้าผู้สังเกตไม่แน่ใจในการแสดงออกของพฤติกรรมของตนเองก็มักจะให้ความสนใจต่อตัวแบบ

3) ความวิตกกังวล ถ้าผู้สังเกตมีความวิตกกังวลมากเกินไปก็จะทำให้เกิดการรบกวนต่อการสังเกต ตลอดจนกระบวนการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบ จึงอาจจะจำเป็นที่จะต้องฝึกให้ผู้สังเกตรู้จักวิธีการผ่อนคลายก่อนการเสนอตัวแบบ และบอกให้เขาผ่อนคลายในระหว่างที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้เพื่อที่จะแน่ใจได้ว่าการผ่อนคลายจะไประงับความวิตกกังวลนั้น

4) บุคลิกภาพด้านอื่นๆ ของบุคคลที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเสนอตัวแบบ เช่น ลักษณะหุ่นหันปล้นแล่น การรู้ถึงคุณค่าของตัวเอง การรับรู้ถึงศักยภาพแห่งตน สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และ เพศ เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ควรจะได้มีการพิจารณาก่อนที่จะมีการเสนอตัวแบบ

#### ลักษณะของการเสนอตัวแบบ

มีวิธีการเสนอตัวแบบอยู่หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่

1) เสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงนั้นมีข้อดีตรงที่นำเสนอที่น่าสนใจมากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ของคนบางคน อีกทั้งสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ แต่จุดอ่อนของการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงอยู่ที่ค่อนข้างจะเสี่ยงไปตรงที่ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมได้อย่างที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้เองทำให้ผู้บำบัดพฤติกรรมจำนวนมากชอบที่จะใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์มากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบของ ฟิล์ม แถบภาพ แถบเสียง การ์ตูน หรือข้อเขียน การจะเสนอในรูปแบบใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพฤติกรรมและการนำไปใช้

2) ตัวแบบภายใน การเสนอตัวแบบภายใน เป็นการให้บุคคลจินตนาการตัวแบบแสดงพฤติกรรม

3) การเสนอตัวแบบหลายๆ ตัว จะช่วยทำให้การเสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับตน ตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลายๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลายๆ สภาพการณ์

4) การเสนอตัวแบบที่แสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี กับตัวแบบที่ค่อยๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งตัวแบบที่ค่อยๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหานั้น ก็จะต้องเริ่มจากการแสดงว่าเขาขาดทักษะบางอย่าง และมีความรู้สึกบางอย่างที่ทำให้เขาไม่สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ จากนั้นตัวแบบก็จะพูดถึงความรู้สึกของตนและขั้นตอนในการแก้ปัญหา พร้อมๆ กับพฤติกรรมของเขาก็จะเริ่มดีขึ้น

5) การเสนอตัวแบบแบบค่อยๆ แสดงออกทีละขั้นตอน วิธีการเสนอแบบนี้เหมาะที่จะใช้กับการแสดงถึงพฤติกรรมหรือการกระทำที่ซับซ้อน การเสนอตัวแบบแบบค่อยๆ แสดงออกทีละขั้นตอนนั้น จะแบ่งทักษะออกมาเป็นทักษะย่อยๆ แล้วเสนอไปที่ละทักษะ ซึ่งผู้สังเกตจะต้องทำได้ตามตัวแบบเสียก่อนจึงจะค่อยเสนอตัวแบบที่แสดงทักษะในลำดับต่อไป

6) การให้การสอน การให้การสอนควรจะได้รับพิจารณาใช้ร่วมกับการเสนอตัวแบบ การเริ่มต้นการสอนนั้นควรอธิบายว่าผู้สังเกตจะเห็นตัวแบบกระทำอะไร และบอกผู้สังเกตว่าเราหวังที่จะเห็นเขาแสดงตามตัวแบบที่เขาจะดูนั้น ซึ่งการบอกเช่นนี้จะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจต่อตัวแบบมากยิ่งขึ้น

7) การให้ผู้สังเกตสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบที่เขาสังเกต ซึ่งจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถเรียนรู้และเก็บจำลักษณะของตัวแบบได้ดียิ่งขึ้น

8) การชักจูง เมื่อสังเกตตัวแบบได้แล้ว การที่จะทำให้การเรียนรู้จากการลอกเลียนแบบนั้นได้ผลดีขึ้น ควรให้ผู้สังเกตได้มีโอกาสชักจูง ซึ่งการชักจูงสามารถทำได้ 2 ลักษณะคือ ชักจูงในใจนั้นคือคิดถึงลักษณะของพฤติกรรมที่จะต้องแสดงออกในลักษณะต่างๆ กับการชักจูงโดยการลองแสดงออกดู ซึ่งการชักจูงทั้ง 2 ลักษณะนี้จะทำให้ผู้ที่สังเกตจดจำได้ดีขึ้น และเมื่อถึงเวลาแสดงออกก็จะแสดงออกได้ง่ายขึ้น

9) สิ่งสำคัญอีกหนึ่งประการที่จะต้องพิจารณาคือ สภาพการณ์ที่จะเสนอตัวแบบ ควรเป็นสภาพการณ์ที่สามารถลดการรบกวนจากสิ่งเร้าภายนอกได้เป็นอย่างดี

### **ปัจจัยที่ส่งเสริมการแสดงออก**

ภายหลังจากที่คนเราตั้งใจและเก็บจำลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบได้เป็นอย่างดีแล้ว สิ่งที่จะต้องพิจารณาต่อมาคือทำอย่างไรจึงจะสามารถทำให้บุคคลนั้นแสดงออก การแสดงออกนั้นควรจะเป็นการแสดงออกที่มีคุณภาพ และทำอย่างไรจึงจะทำให้บุคคลนั้นเอาสิ่งที่ตนเองเรียนรู้จากตัวแบบไปใช้ในสภาพการณ์อื่นๆ ด้วย ซึ่งการที่จะส่งเสริมลักษณะของการแสดงออกทั้ง 3 ด้านนั้น ควรดำเนินการดังต่อไปนี้

1) การสร้างสิ่งล่อใจเพื่อให้บุคคลแสดงออก อาจทำได้โดยการให้ตัวแบบได้รับการเสริมแรง ซึ่งการที่ตัวแบบได้รับการเสริมแรงจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว จะทำให้บุคคลอยากแสดงพฤติกรรมตามลักษณะของตัวแบบบ้าง นอกจากนั้นการให้การเสริมแรงโดยตรงต่อผู้ที่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบก็จะทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบมากขึ้นนั่นเอง สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะต้องพิจารณาคือ การที่ให้ตัวแบบเสริมแรงตนเอง เช่น เมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วก็พูดกับตัวเองว่า “เยี่ยมมาก ผมแก้ปัญหาได้แล้ว” แล้วยิ้มอย่างมีความสุข การเสนอตัวแบบในลักษณะดังกล่าวจะช่วยทำให้ผู้สังเกตได้รู้จักการใช้การเสริมแรงตนเอง ซึ่งในระยะยาวจะมีผลดีกว่าการใช้การเสริมแรงจากภายนอก



2) การทำให้การแสดงออกนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการชักจูง และมีการให้ข้อมูลป้อนกลับ วิธีการคือให้บุคคลสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบแล้วก็ลองให้เขากระทำดู จากนั้นผู้บำบัดก็ควรจะให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยการบอกถึงสิ่งที่เขาทำดีแล้วและสิ่งที่เขาควรที่จะแก้ไข จากนั้นจึงบอกให้ทำอีกครั้งจนกระทั่งเขาสามารถทำได้ดี นอกจากการใช้วิธีการชักจูงและการให้ข้อมูลป้อนกลับแล้ว ในบางครั้งก็อาจจะใช้การเสนอตัวแบบแบบมีส่วนร่วม (Participant Modeling) ซึ่งกระบวนการนั้นก็มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแบบและผู้สังเกต หลังจากมีการแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แล้ว ตัวแบบก็จะนำผู้สังเกตไปที่ละขั้นตอน อาจจะต้องจับบางส่วนของผู้สังเกตให้ทำตามด้วยถ้าจำเป็น ถ้าเป็นไปได้ตัวแบบก็ควรจะให้ข้อมูลป้อนกลับทันทีที่ผู้สังเกตทำตามตัวแบบได้อย่างถูกต้องด้วย

3) การให้บุคคลนำเอาสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในสภาพการณ์อื่น การที่จะทำให้เกิดการแผ่ขยายของการเรียนรู้ นั้น สิ่งหนึ่งที่สามารถทำได้คือ จัดสภาพการณ์ให้คล้ายคลึงกับสภาพการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด การแผ่ขยายก็จะมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก นอกจากนี้การให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกบ่อยๆ การเรียนรู้ถึงกฎเกณฑ์ต่างๆ รวมทั้งการที่จัดการฝึกในสภาพการณ์ต่างๆ กัน เช่น การฝึกที่โรงเรียน ที่บ้าน หรือที่สาธารณะอื่นๆ ก็เป็นวิธีการที่จะช่วยให้เกิดการแผ่ขยายได้ดีขึ้น

**3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)** เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่งแบนดูรา ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

**4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)** การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้นก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับหลักการของแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในส่วนต่อไปจะขอลงถึงงานวิจัยที่นำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการนำไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

### รูปแบบกิจกรรมจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดังที่ได้กล่าวข้างต้นว่า แหล่งในการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 4 วิธี ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ จากแนวคิดนี้ แบนดูราได้เสนอรูปแบบในการพัฒนาและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมและพัฒนารับรู้ความสามารถของตนเอง (สจวร์ต ฟันท์เอี่ยม. 2548: 38-39; อ้างอิงจาก Bandura. 1977: 195)

แหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง	รูปแบบกิจกรรมในการพัฒนาและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบอย่างของบุคคลที่อยู่รอบข้าง (Participant Modeling)</li> <li>- การเพิ่มความสามารถแบบค่อยเป็นค่อยไป (Performance Desensitization)</li> <li>- ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ (Performance Exposure)</li> <li>- การสอนการกระทำด้วยตนเอง (Self-instructed Performance)</li> </ul>
2. การใช้ตัวแบบ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้เห็นตัวอย่างจริง (Live Modeling)</li> <li>- การได้รับทราบประสบการณ์ของผู้อื่น (Symbolic Modeling)</li> </ul>
3. การใช้คำพูดชักจูง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับคำแนะนำ (Suggestion)</li> <li>- การได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Exhortation)</li> <li>- การสอนตัวเอง (Self-instruction)</li> </ul>
4. การกระตุ้นทางอารมณ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คุณลักษณะประจำตัว (Attribution)</li> <li>- การผ่อนคลาย</li> </ul>

## ตาราง 5 (ต่อ)

แหล่งของการสร้างการรับรู้ ความสามารถของตนเอง	รูปแบบกิจกรรมในการพัฒนาและส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนเอง
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเผชิญการกระตุ้นเร้าต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป (Symbolic Desensitization)</li> <li>- การกล้าที่จะเผชิญกับการกระตุ้นเร้า (Symbolic Expose)</li> </ul>

งานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรม ตามแนวคิดของแบนดูรา ดังต่อไปนี้

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าม้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานวิจัยของนัฐพร กกสูงเนิน (2552) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของหญิงก่อนวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างอายุ 35 – 45 ปี มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลอง 44 คน กลุ่มควบคุม 42 คน รวมระยะเวลาในการจัดโปรแกรม 12 สัปดาห์ จัดกิจกรรม ครั้งละ 2 ชั่วโมง 4 ครั้ง รวมระยะเวลา 8 ชั่วโมง รูปแบบของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนักของกลุ่มทดลอง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง คือ การฝึกทักษะการจัดทำเมนูอาหารและการเดินเร็วทำซ้ำๆ จนชำนาญจากการจัดกิจกรรมอภิปรายกลุ่ม 2) การใช้ตัวแบบ ในการเล่าประสบการณ์แห่งความสำเร็จเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก 3) การใช้คำพูดโน้มน้าว โดยผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่มที่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนัก 4) การกระตุ้นทางสภาวะทางสรีระและอารมณ์ สมาชิกกลุ่มที่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนัก กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกต้องการลดน้ำหนัก การกระตุ้นติดตามให้ปฏิบัติพฤติกรรมลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่องโดยการอภิปรายกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมและมีดัชนีมวลกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศศิธร อุตสาหกิจ (2550) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่อาศัยในพื้นที่ตำบล

ครองยาง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายโยคะและการควบคุมอาหารโดยใช้การรับประทานอาหารหลักสมดุล จัดกิจกรรมที่ครอบคลุมประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ คือ การฝึกทักษะในการออกกำลังกายโยคะและ ฝึกการรับประทานอาหารหลักสมดุล 2) การได้เห็นตัวแบบทั้งตัวแบบจริงและตัวแบบสัญลักษณ์ 3) การชักจูงโน้มน้าวด้วยคำพูดจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ และ 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ โดยการจัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ด้านอารมณ์ ฝึกสมาธิผ่อนคลายความเครียด ด้านการใช้คำพูดชักจูงจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัยภายหลังการทดลอง พบว่าสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑาทวี วงษ์สมบัติ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายและความดันโลหิตของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินจำนวน 90 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดกระบี่ โดยสุ่มชุมชน 3 ชุมชนจาก 8 ชุมชน เป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่มและกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง 1 เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการเดิน และกลุ่มทดลอง 2 เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพโดยการฝึกซิ้ง โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการส่งเสริมของแพนเดอร์ (Pender) ประกอบด้วย 1) การสร้างความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตนเองเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง พูดคุย แนะนำ ซักถามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง และกล่าวชมในส่วนที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้บุคคลเชื่อในความสามารถของตนดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการสร้างความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) การใช้ตัวแบบการเรียนรู้ผ่านตัวแบบประกอบด้วย การให้ความรู้ ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อจากการสรุปเนื้อหาที่ศึกษา ประกอบด้วยแผนการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมในภาวะน้ำหนักเกิน คู่มือเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในภาวะน้ำหนักเกิน แบบบันทึกกิจกรรมรับประทานอาหารเช้าและการออกกำลังกาย และการเล่าถึงประสบการณ์ของตัวแบบเอง คือ ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน มีความร่วมมือในการเป็นตัวแบบให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมจากผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยตัวแบบจะเล่าถึงประสบการณ์ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ คือ เมื่อ

นำไปปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จนประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดตามมา การประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติ ใช้ตัวแบบบุคคลร่วมในการฝึกทักษะ โดยการฝึกทักษะในการเลือกประเภทอาหารพื้นบ้านที่รับประทานกันทั่วไปครบทั้ง 3 มื้อซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมมา จากนั้นผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกแยกกลุ่มอาหารเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้ คือ กลุ่มข้าว – แป้ง ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ และไขมัน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถเลือกกลุ่มอาหารได้ถูกต้อง พร้อมให้ความรู้เรื่องพลังงานจากอาหารในกลุ่มต่างๆ สามารถรวมพลังงานจากอาหารที่ได้รับโดยประมาณด้วยตนเอง และบอกถึงอาหารที่ควรรับประทานให้น้อยลงเพื่อลดพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานลงวันละ 500 – 600 กิโลแคลอรี สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ สามารถนำไปปฏิบัติจริงพร้อมฝึกลงบันทึกในแบบบันทึกการรับประทานอาหาร และ 4) การพูดชักจูง โดยการโทรศัพท์ติดตาม พูดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป และหากพบปัญหาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์แก้ไขปัญหานั้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้จนเกิดผลสำเร็จ เพื่อการฝึกทบทวนซ้ำ เปิดโอกาสให้กลุ่มได้พูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยกัน ใช้เวลา 12 สัปดาห์ โดยเข้าร่วมโปรแกรม 3 ครั้งติดต่อกันทุกวันในช่วงสัปดาห์แรก ครั้งละ 60 – 90 นาที ส่วนครั้งที่ 4 ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยติดตามและประเมินผลทางโทรศัพท์เมื่อครบ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองดังกล่าวข้างต้น อาจพอสรุปได้ว่า มีการนำวิธีการนี้ไปใช้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งเพื่อป้องกันโรคอ้วนหรือภาวะโภชนาการเกิน ส่วนรูปแบบของกิจกรรมพบว่าส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันและควบคุมโรค การฝึกทักษะด้านโภชนาการ ทั้งวิธีการเลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และวิธีการเตรียมอาหาร การฝึกทักษะด้านการออกกำลังกาย การให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง และการนำประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่างมาเป็นข้อมูลย้อนกลับ 2) การใช้ตัวแบบ ประกอบด้วย การใช้ตัวแบบในกลุ่ม เพื่อเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติ การสาธิตโดยใช้ตัวแบบที่มีชีวิต ได้แก่ สาธิตการออกกำลังกาย และสาธิตวิธีการเตรียมอาหาร และการใช้ตัวแบบผ่านสื่อการสอนและวีดีโอ 3) การใช้คำพูดชักจูง ประกอบด้วย การนำบุคคลสำคัญคือเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม การให้กำลังใจด้วยคำพูด การให้การเสริมแรงโดยกล่าวชมเชยตามความสำเร็จ การอธิบายถึงข้อดีของการปฏิบัติตัวตามพฤติกรรมเป้าหมาย และการให้การสนับสนุนและคำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ประกอบด้วย กระตุ้นให้เกิดความรู้สึก

ต้องการลดน้ำหนักด้วยการชั่งถ้าม ติตตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการลดน้ำหนักและหาทางแก้ไข ให้กำลังใจด้วยคำพูด

## 2.2 การกำกับตนเอง (Self – regulation)

การกำกับตนเอง เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2550: 54; อ้างอิงจาก Bandura. 1986) ซึ่งแบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่บุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองด้วยผลกรรมของตนเอง ซึ่งความสามารถนี้แบนดูราเรียกว่าเป็นการกำกับตนเอง

### ความหมายของการกำกับตนเอง

การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรมจากความรู้อารมณ์และความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ และสารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen; & Postlethwait. 1994: 5400) และชินะพัฒน์ ชินแดช่ม (2542: 15) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึงการใช้กลวิธีซึ่ง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผลทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำโดยการสังเกตพฤติกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวพร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีดัชนีมวลกายลดลงตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

การกำกับตนเองนี้ไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝนและพัฒนาความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเรานั้นยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง ถ้าขาดหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น บุคคลควรจะได้รับ การฝึกฝนกลไกของการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการดังต่อไปนี้

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self Observation ) บุคคลจะไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อการกระทำของตนเอง ถ้าเขาไม่สนใจว่าเขากำลังทำอะไรอยู่ ดังนั้น จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเอง คือ บุคคลจะต้องรู้ว่ากำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองนั้น ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอและความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกตนเอง ในการบวนการสังเกตตนเองนั้น Bandura ควรมีด้านต่างๆ ที่ควรพิจารณาอยู่ด้วยกัน 4 ด้าน คือ ในด้านการ

กระทำ ซึ่งผู้ที่สังเกตตนเอง ควรจะตัดสินใจว่าควรจะสังเกตตนเอง ในมิติใดของการกระทำของตน ซึ่งมีมิติต่าง ๆ ของพฤติกรรมที่ควรพิจารณาทำการสังเกต ได้แก่ มิติด้านคุณภาพ อัตราความเร็ว ปริมาณ ความริเริ่ม ความสามารถในการเข้าสังคม จริยธรรม และความเบี่ยงเบน ทั้งนี้ การที่จะเลือกสังเกตที่มีมิติใดของพฤติกรรมนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับเป้าหมายของผู้สังเกตและลักษณะของพฤติกรรมเป็นหลัก เช่น ถ้าต้องการสังเกตการวิ่งของนักกีฬา ก็คงต้องทำการสังเกตในมิติของความเร็ว หรือถ้าสังเกตว่าหลังการฝึกทักษะทางสังคมแล้ว การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นเช่นใด อาจจะสังเกตในมิติความสามารถในการเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากด้านของการกระทำแล้ว ยังมีด้านของความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียง และความถูกต้องอีกด้วย

การสังเกตตนเองนั้นทำหน้าที่อย่างน้อยที่สุด 2 ประการ คือ เป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้จริง และประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่ แต่การที่คนเราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง อย่างเช่นการวินิจฉัยตนเอง ซึ่งมักจะพบว่าคนเราไม่ค่อยตระหนักกับสิ่งที่ตนเองกระทำเป็นนิสัย การสังเกตตนเองจะทำให้บุคคลสามารถวินิจฉัยได้ว่าในเงื่อนไขใด ควรทำพฤติกรรมใด การวินิจฉัยตนเองนั้นจะนำให้บุคคลไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรจะเปลี่ยนแปลง

**ช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง** แบบดูราวพบว่า ช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรม และการบันทึกพฤติกรรมนั้นสั้น ก็ย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ดีขึ้น การที่คนเราให้ความสนใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำอย่างทันทีทันใดจะทำให้เกิดความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเป็นความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจ ก็จะส่งผลให้คนเรตัดสินใจว่าควรจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองหรือไม่ อย่างเช่นความต้องการลดความอ้วน การบันทึกจำนวนแคลอรีของอาหารที่รับประทานแต่ละมื้ออย่างทันทีทันใด จะส่งผลทำให้พฤติกรรมรับประทานอาหารอย่างระมัดระวังเกิดขึ้นได้ดีกว่าบันทึกในตอนก่อนนอนของแต่ละวัน

**การให้ข้อมูลป้อนกลับ** ข้อมูลป้อนกลับนี้ได้จากการสังเกตตนเอง ซึ่งข้อมูลป้อนกลับที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ควรจะเป็นข้อมูลป้อนกลับ ที่มีความชัดเจนว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ก้าวหน้าไปแค่ไหนแล้ว เพราะถ้าข้อมูลป้อนกลับนั้นคลุมเครือก็ย่อมจะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

**ระดับของแรงจูงใจ** คนที่มีแรงจูงใจสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะตั้งพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเองและประเมินความก้าวหน้าดังกล่าวด้วยตนเอง ก็จะทำให้การสังเกตตนเองมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าการที่บุคคลที่ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง

**คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต** แนนอนถ้าพฤติกรรมที่สังเกตนั้นมีคุณค่ามาก ปฏิบัติการสนองตอบย่อมสูง เมื่อได้เห็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเอง จึงจะนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าการที่บุคคลที่ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง

**คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต** แนนอนถ้าพฤติกรรมที่สังเกตนั้นมีคุณค่ามาก ปฏิบัติการสนองตอบย่อมสูง เมื่อได้เห็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเอง จึงจะนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่มีคุณค่าบุคคลก็ย่อมจะไม่สนใจมากนักต่อการพัฒนาพฤติกรรมดังกล่าว

**การเห็นที่ความสำเร็จหรือความล้มเหลว** พฤติกรรมและการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองจะเปลี่ยนแปลง ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นนำไปสู่การได้รับรางวัล การเห็นการสังเกตความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรม จะทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรมที่ปรารถนามากกว่าที่จะไปสังเกตความล้มเหลวของการแสดงพฤติกรรม

**ระดับความสามารถในการควบคุม** พฤติกรรมที่สังเกตนั้น ถ้าบุคคลรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมได้ ก็จะมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าพฤติกรรมที่บุคคลมีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมได้

**2) กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process)** ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองนั้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนไม่มากนัก ถ้าปราศจากกระบวนการตัดสินใจ ถ้าข้อมูลดังกล่าวนั้นเป็นที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ โดยอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้มาจากการถูกสอนโดยตรง การประเมิน ปฏิบัติการตอบสนองทางสังคมต่อพฤติกรรมนั้นๆ และจากการสังเกตตัวเองซึ่งแบบดูว่า ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการถ่ายทอดมาตรฐาน จากกระบวนการของตัวแบบ

นอกจากการตัดสินใจ ที่ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ คือ การเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคม ที่ประกอบด้วย การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคม การเปรียบเทียบกับทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเอง และการเปรียบเทียบกับกลุ่ม (Bandura.1986 อ้างอิงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิชิต. 2550 : 56 – 57)

เมื่อเป้าหมายหรือมาตรฐานของพฤติกรรมใดไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่มีความชัดเจน บุคคลก็จะใช้มาตรฐานไม่สมบูรณ์ซึ่งเกิดจากวิธีการเปรียบเทียบกับทางสังคมซึ่ง แบบดูว่า (Bandura. 1986) กล่าวไว้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบกับอ้างอิงทางสังคม (Social referential comparison) เมื่อบุคคลทราบผลการกระทำต่างๆ ของตนเองจากการวัดและการประเมินก็จะมี การเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้อื่นด้วยเพื่อจะได้ทราบว่า การกระทำของตนเองสูงหรือต่ำกว่าคนอื่น เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นในการประเมิน การทำพฤติกรรมของตนเองโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นนั้น บุคคลสามารถเลือกเกณฑ์ในการเปรียบเทียบได้ 4 ลักษณะคือ

1.1 การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐานของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มระดับการศึกษา กลุ่มเพศหรือกลุ่มสภาพที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งบรรทัดฐานของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการที่มีผู้ทำการสำรวจและหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มนั้นๆ จนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วและบรรทัดฐานที่บุคคลนำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับ การกระทำของตนเองจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเองด้วย



1.2 การเปรียบเทียบกับตนเอง คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับสิ่งที่เขาได้เคยกระทำมาแล้วหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนตั้งขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบกับตนเองนี้จะก่อให้เกิดความท้าทายจะทำให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้ดีกว่าครั้งที่ผ่านมา เพราะถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้เท่ากับครั้งที่ผ่านมา การกระทำระดับนั้นอาจจะไม่ก่อให้เกิดความท้าทายอีกต่อไป

1.3 การเปรียบเทียบกับสังคม คือ การที่บุคคลใช้ผลการกระทำของผู้อื่นมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับผลการกระทำของตนซึ่งผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับนี้จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาพการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับตน เช่น เพื่อนร่วมชั้น หรือผู้ร่วมงานเป็นต้น

1.4 การเปรียบเทียบกับกลุ่ม คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนกับค่าเฉลี่ยจากการกระทำของกลุ่มโดยบุคคลจะเปรียบเทียบว่าผลการกระทำของตนอยู่ลำดับที่เท่าไรของกลุ่ม

2. คุณค่าของกิจกรรม องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจ คือ คุณค่าของกิจกรรม บุคคลจะสนใจตัดสินใจกิจกรรมที่ตนกระทำน้อยหากเขาพบว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าต่อเขาน้อยหรือไม่มีคุณค่าต่อเขาเลยและจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย ในทางตรงกันข้ามบุคคลจะใช้ความพยายามมากในการทำกิจกรรมที่เขาพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อเขามาก ส่วนกิจกรรมที่มีคุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับตัดสินใจของบุคคล กิจกรรมจะมีคุณค่าถ้าบุคคลเห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับ

3. การอนุমানสาเหตุของพฤติกรรม การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองขึ้นอยู่กับความรู้ปัจจุบันที่ส่งผลต่อพฤติกรรม บุคคลมักจะภูมิใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จแล้วระบุสาเหตุว่าเป็นเพราะความสามารถและความพยายามแต่จะรู้สึกพึงพอใจกับงานไม่มากถ้าระบุสาเหตุว่าเป็นปัจจัยภายนอกเพราะคิดว่าความสำเร็จนั้นมิได้มาจากความสามารถและความพยายาม

กระบวนการตัดสินใจจะไม่ส่งผลใดๆ ต่อบุคคล ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคล แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่า การประเมินตนเองก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที แต่อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะสนองตอบอย่างไรต่อกระบวนการตัดสินใจนั้น ก็ย่อมขึ้นกับการอนุমানสาเหตุในการกระทำ บุคคลจะรู้สึกภูมิใจ ถ้าการประเมินความสำเร็จของการกระทำมาจากความสามารถและการกระทำของเขา และจะรู้สึกไม่พึงพอใจเท่าใดนัก ถ้าการกระทำนั้นขึ้นกับปัจจัยภายนอก

**3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self - Reaction)** การพัฒนามาตรฐานในการประเมินและทักษะในการตัดสินใจนั้น จะนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจในการที่จะนำไปสู่ผลทางบวก ทั้งในแง่ของผลที่ได้เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ หรือในแง่ของความพึงพอใจในตนเอง ส่วนมาตรฐานภายในของบุคคล ก็จะทำหน้าที่เป็นตัวเกณฑ์ที่ทำให้บุคคลคงระดับ

การแสดงออก อีกทั้งเป็นตัวจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่มาตรฐานดังกล่าวด้วย(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2550: 57) ซึ่งเป็นกระบวนการสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง กระบวนการนี้ทำหน้าที 2 ประการคือ

1. ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสิน ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลกับตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายเขาจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

2. ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง

2.1 สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามารจับต้องได้หรืออาจเป็นการให้เวลาอิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่าง ๆ

2.2 สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเองหลังจากที่ประเมินการทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่อง ชื่นชมตนเอง เป็นต้น

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกนับว่าเป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรมส่วน การแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือบุคคลภายนอกลงโทษเพราะเมื่อบุคคลลงโทษตนเองนั้นสามารถเป็นการระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตนได้กระทำลงไปและจะกระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ

นอกจากนี้การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านแรงจูงใจตนเอง เนื่องจากพบว่าบางครั้งการสังเกตตนเองก็นำไปสู่การเพิ่มของพฤติกรรม การลดพฤติกรรม และบางครั้งก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมที่สังเกตนั้นเลย ดังนั้น ก็น่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยของแรงจูงใจของตนเองด้วยซึ่งแบนดูรา (Bandura. 1986) กล่าวว่า การที่คนเราจะเกิดแรงจูงใจตนเองนั้น น่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยดังภาพประกอบ 5

การสังเกตตนเอง (Self Observation )	กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process)	การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)
ด้านของการกระทำ คุณภาพ อัตราความเร็ว ปริมาณ ความริเริ่ม ความสามารถในการเข้า สังคม จริยธรรม ความเบี่ยงเบน	มาตรฐานส่วนบุคคล ทำหาย ชัดแจ้ง ความใกล้ชิด ทั่วไป  การกระทำเพื่ออ้างอิง บรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐาน การเปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเอง การเปรียบเทียบกับกลุ่ม	การประเมินการแสดง ปฏิกิริยาต่อตนเอง ทางบวก ทางลบ  การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ในลักษณะที่รับรู้หรือจับต้อง ได้ การให้รางวัล การลงโทษ
ความสม่ำเสมอ	การให้คุณค่าของกิจกรรม ให้คุณค่าสูงมาก	ไม่มีปฏิกิริยาต่อตนเอง
ความใกล้เคียง	กลางๆ	
ความถูกต้อง	ไม่ให้คุณค่า	
	การอนุমানความสามารถ- ในการกระทำ แหล่งภายในตนเอง แหล่งภายนอก	

ภาพประกอบ 5 แสดงถึงกระบวนการกำกับตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2550: 55; อ้างอิงจาก Bandura. 1986)

### ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง ดังนี้

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal Benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลก็จะได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวเขาเองเขาก็จะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองจะทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้
2. รางวัลทางสังคม (Social Reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัลซึ่งการให้รางวัลทางสังคมเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling Supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเองเช่น การพูดจาไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนอื่น ๆ รอบด้านล้วนแต่มีการพูดจาไพเราะด้วยกันคนที่พูดจาไพเราะทั้งหลายเหล่านี้จะมีส่วนช่วยเป็นตัวแบบที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ปรักิรียาทางลบจากผู้อื่น (Negative Sanctions) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้วหากภายหลังให้รางวัลกับตนเองต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดงปรักิรียาทางลบต่อตัวเขาปรักิรียาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานของเดิมของเขาอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual Supports) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง (Self – inflicted Punishment) จะเป็นหนทางช่วยให้บุคคลลดความไม่สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้ในหลายๆ กรณีก็เป็นการลดปรักิรียาทางลบจากผู้อื่นได้ แทนที่จะถูกคนอื่นเหล่านั้นลงโทษเอาโดยตรงคนส่วนมากจะมีความรู้สึกว่าการลงโทษตนเองมีความไม่พอใจน้อยกว่าการถูกผู้อื่นลงโทษและในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากผู้อื่น (Bandura. 1986: 369-372)

### รูปแบบกิจกรรมจากการประยุกต์ใช้การกำกับตนเอง

สำหรับงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมนั้นจากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดนี้ไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ดังต่อไปนี้

จากการศึกษาของมิเชล (Michael. 2003) ได้ศึกษาการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะอ้วน โดยได้รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนเป็นจำนวนมากในการป้องกันภาวะอ้วนและการบำบัดรักษาที่มีความหลากหลายวิธีรวมกัน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ โภชนาการ การออกกำลังกาย และ เทคนิคการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมน้ำหนัก แต่คนส่วนใหญ่มักจะไม่ปฏิบัติตามได้เนื่องจากสภาพแวดล้อม ดังนั้นการกำกับตนเองจะเป็นสิ่งที่คอยควบคุมอิทธิพลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนได้

กฤษมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภูกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง รวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมลดน้ำหนัก ประกอบด้วย ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การเตรียมความพร้อม แนวทางการลดน้ำหนักที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ เคล็ดไม่ลับ สำหรับการลดน้ำหนัก การควบคุมอาหารเพื่อการลดน้ำหนักที่ถูกต้อง สาธิตวิธีการวางแผนและการเลือกบริโภคอย่างฉลาดเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการลดน้ำหนัก แนะนำวิธีการคำนวณพลังงานเพื่อลดน้ำหนักในชีวิตประจำวัน ร่วมกันอภิปรายวิเคราะห์ปัญหาจากการสังเกตพฤติกรรมตั้งเป้าหมาย วางแผนลดน้ำหนัก ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นำเสนอผลการลดน้ำหนักในสัปดาห์ที่ผ่านมาของสมาชิกในภาพรวม ให้สมาชิกที่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย แนะนำแนวทางการลดน้ำหนักที่ทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จ ให้ฝึกสังเกตพฤติกรรมลดน้ำหนัก ฝึกทักษะการควบคุมพลังงานที่ได้จากอาหาร ฝึกออกกำลังกาย และติดตามเยี่ยมเยียน กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ รับฟังปัญหาอุปสรรค มอบรางวัลให้แก่สมาชิกที่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย และให้กำลังใจสมาชิกที่ไม่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย ให้มีความพยายามตั้งใจต่อไป ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนัก สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ค่าสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการ อำเภอหนองบัว จังหวัดเลย จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 คน ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 5 สัปดาห์ ครั้งละ 3 ชั่วโมงครึ่ง และรวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 18 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบจากวีดีโอ การแจกคู่มือการลดน้ำหนักการสังเกตตนเอง ประเมินพฤติกรรมตนเอง การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายและการสาธิตอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การวางแผนการลดน้ำหนัก กำหนดการลงโทษและให้รางวัลแก่ตนเอง การให้รางวัล คำชมเชย และการให้ออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลงมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเส้นรอบเอวเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ลดลงไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังความสามารถตนเองกับความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการปฏิบัติหลังการทดลองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตติมา บำรุงญาติ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ โรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 – 10 จัดกิจกรรมแอโรบิก โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การให้ความรู้ กระบวนการสังเกตตนเอง ใช้กิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทดลองจะได้รู้จักคุ้นเคยกัน เล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีภาวะอ้วน ชมวีดิทัศน์ ให้ความรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและโรคอ้วน สาเหตุ ผลเสียต่อสุขภาพ โรคเรื้อรังที่เกิดจากโรคอ้วน และการแก้ไข สมาชิกร่วมกันสรุปผลกิจกรรม บันทึกน้ำหนักตัว บันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายด้วยตนเอง การกระตุ้นเตือน สมาชิกร่วมกันสรุปผลกิจกรรม บันทึกน้ำหนักตัว บันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายด้วยตนเอง กระตุ้นเตือนการบันทึกพฤติกรรมตามแบบบันทึก ฝึกสังเกตตนเอง แจกคู่มือลดน้ำหนัก คู่มือตารางรายการอาหารทดแทน กลุ่มเป้าหมายเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ชั่งน้ำหนัก เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มวางแผนในการลดน้ำหนักและการจัดการกับปัญหา ทำกิจกรรมกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเล่าถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารและออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มร่วมสรุปปัญหา ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ กล่าวชมเชยผู้ที่มีน้ำหนักลดลงและให้กำลังใจผู้มีน้ำหนักเท่าเดิมและเพิ่มขึ้น ให้รางวัลกับสมาชิกที่มีน้ำหนักลด ให้กำลังใจแก่สมาชิกที่ยังไม่สามารถที่จะลดน้ำหนักได้ กิจกรรมกลุ่ม ฝึกออกกำลังกาย สนับสนุน กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ให้เวลาในการออกกำลังกาย ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคอ้วนและการลดน้ำหนัก ความคาดหวังต่อการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตนเพื่อลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารีย์รัตน์ สุขโข (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการ

เปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของสตรีกลุ่มดังกล่าว ซึ่งอาศัยอยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 21 คน ในกลุ่มทดลองมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มติดต่อกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการควบคุมตนเอง มีการให้ความรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โภชนาการ และการออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ คู่มือลดน้ำหนักเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน การชั่งน้ำหนักและวัดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ และทำแบบบันทึกและประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเน้นการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายให้ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกายและการมีน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดัชนีความหนาของร่างกาย และค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการควบคุมตนเองทำให้สตรีวัยกลางคนที่ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีภาวะโภชนาการดีขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพโดยช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นผลตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชนต่อไป

แอนเนซี และ โกจาลา (Annesi; & Gorjala. 2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถสำหรับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการทำกับตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม 95 คน มีดัชนีมวลกาย  $40.5 \pm 3.9$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร เข้าร่วมโปรแกรมฝึกการทำกับตนเองในการออกกำลังกายและลดน้ำหนักเป็นเวลา 3 เดือน และมีการวัดการทำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถ การมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารหลัง 24 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมโครงการจะเข้าร่วมการอบรม 3 เดือน 5 ครั้ง ที่ศูนย์สุขภาพ YMCA มีกำหนดเป้าหมายระยะยาวและการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและวางแผนการรับประทานอาหารหลักและอาหารว่างในการทำงาน ทักษะการความก้าวหน้าจาก 20 นาทีที่ความแรงปานกลาง ฝึกวิธีการควบคุมตนเองของพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเช้าจากผู้เชี่ยวชาญ และการออกกำลังกาย การพัฒนาตนเองด้วยการฝึกปฏิบัติการทำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมแรงกระตุ้นตัวเอง และมีการให้รางวัล ปฐมนิเทศการใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายที่มีอยู่และสิ่งอำนวยความสะดวก วางแผนการออกกำลังกายได้ตามความชอบ แต่ต้องสม่ำเสมอ 20 นาที ความแรงระดับปานกลาง 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การทำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเองมีการเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์มี

ความสัมพันธ์กับการทำกับตนเองและการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายและการควบคุมการรับประทานอาหาร และมีอิทธิพลต่อดัชนีมวลกาย ( $R^2 = 0.26$ ) ส่งผลให้ดัชนีมวลกายลดลง 0.20

อำนาจ รุ่งสว่าง (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังต่อขนาดของรอบเอว และดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนของตำบลห้วยเกตุ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน เข้าร่วมโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายและลดน้ำหนักเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 วัน ระยะเวลาในแต่ละครั้ง 3 ชั่วโมง และกลุ่มควบคุม 45 คน รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จทันที โดยใช้แบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลัง และวัดดัชนีมวลกาย โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ให้ความรู้ด้านโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและโรคแทรกซ้อน การรับพลังงานจากอาหาร (แคลอรี) อาหารทดแทนที่ให้พลังงานต่ำ และการอ่านฉลากโภชนาการ ให้ความรู้สัดส่วนของการเคลื่อนไหวออกกำลังที่ควรปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และพลังงานที่ถูกเผาผลาญ การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายและการวางแผนบริโภคอาหาร การเผชิญอารมณ์หรือสถานการณ์ และทางเลือกในการแก้ปัญหาที่นำไปสู่การบริโภคที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมกลุ่ม การเคลื่อนไหวออกกำลัง การประสานงาน สร้างความสามัคคี การทำงานเป็นทีม ความห่วงใย การที่จะลดน้ำหนักให้ได้ผลจะต้องเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย และลดการอยู่กับที่โดยใช้ภารกิจหรือบริบทประจำวันเพื่อให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น จนไม่เหลือเก็บสะสมเป็นไขมัน ตระหนักถึงปัญหาอุปสรรคของการมีน้ำหนักเกินต่อการทำกิจกรรมต่างๆ รู้จักการเสียสละและความร่วมมือร่วมใจกัน จากใบงานการฝึกการทำกับตนเองด้านการบริโภคอาหาร ใบงานการฝึกการทำกับตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกกำลัง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติเรื่องการบริโภคและการเคลื่อนไหวออกกำลัง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายขนาดรอบเอว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการเคลื่อนไหวออกกำลังครั้งนี้ มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการเคลื่อนไหวออกกำลังได้ดี ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว มีแนวโน้มลดลง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาการทำกับตนเอง ดังกล่าวข้างต้น อาจพอสรุปได้ว่า มีการนำวิธีการนี้ไปใช้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งเพื่อป้องกันโรคอ้วนหรือภาวะโภชนาการเกิน ในส่วนรูปแบบของกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะยาว และมีความเฉพาะเจาะจง การเตือนตนเอง ประกอบด้วย จำแนกเป้าหมายให้ชัดเจนว่า จะต้องสังเกตพฤติกรรมอะไร กำหนดเวลาที่จะสังเกตและบันทึกพฤติกรรม กำหนดวิธีการบันทึก และเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกพฤติกรรม ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง แสดงผลการ



บันทึกพฤติกรรมตนเองเป็นกราฟ หรือแผนภาพ วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึกเพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ และเพื่อพิจารณาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) การตัดสินใจตนเอง ประกอบด้วย การเปรียบเทียบ ผลกับเป้าหมายของตนเองที่ตั้งไว้ และเปรียบเทียบผลกับเป้าหมายของกลุ่มที่ได้รับจากการกระทำ กับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เป็นกระบวนการสุดท้าย ของกลไกการกำกับตนเอง ประกอบด้วย การให้รางวัล คำชมเชยกับตนเอง ให้แรงจูงใจโดยตนเอง เพื่อน และผู้ร่วมวิจัย และจากการประมวลเอกสารการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย ส่วนใหญ่จะใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละครั้งและจัดกิจกรรม 3 – 5 ครั้ง รวมระยะเวลาในการ จัดกิจกรรมและประเมินโปรแกรมอยู่ระหว่าง 4 – 12 สัปดาห์และระยะเวลาในการจัดโปรแกรมอยู่ที่ 6 – 18 ชั่วโมง ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ 2 ชั่วโมง 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 8 ชั่วโมง มีการกำกับ ติดตาม และกระตุ้นเตือนอีก 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

### 2.3 การดูแลสุขภาพตนเอง (Self – care)

#### ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะ กระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพและการงดเว้นไม่ กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552:11) และธนวรรธน์ อัมสมบูรณ์ (2549) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำการปฏิบัติ ของบุคคล ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชน

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นตอนปลายที่มี ภาวะอ้วนแล้วจะป้องกัน ควบคุมและลดน้ำหนักด้วยการมีบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และ การจัดการความเครียดอย่างไร

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด ของวัยรุ่นตอนปลายที่จะลด และป้องกันภาวะอ้วน ดังจะได้กล่าวโดยละเอียดดังต่อไปนี้

#### การบริโภคอาหาร

##### ความหมายของการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคลทั้งที่สังเกตเห็นได้และสังเกตไม่ได้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆ ได้แก่ ความเชื่อ ความนิยมในการบริโภค อาหาร เป็นความเข้าใจและประสบการณ์ที่ได้รับถ่ายทอดและสะสมกันมา โดยมักจะมีเหตุผลหรือข้อ อ้างอิงเป็นคำอธิบายถึงผลของความเชื่อเหล่านั้น ซึ่งอาจจะเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ (สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ.

2533: 1-9) สอดคล้องกับวีณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์ (2541: 22) กล่าวว่า การบริโภคอาหาร หมายถึง การนำอาหารเข้าสู่ร่างกาย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เป็นความเชื่อถือ เป็นข้อห้าม หรือข้อบังคับแนะนำที่ถือปฏิบัติในสังคมจนกลายเป็นบริโภคนิสัย และศิริลักษณ์ สินธวาลักษณ์ (2533: 86) ให้ความหมายการบริโภคอาหาร หมายถึง เรื่องของลักษณะการรับประทานอาหารว่ารับประทานอะไร รับประทานอย่างไร มากหรือน้อย บ่อยหรือไม่ในรอบวันหรือเดือน มีระเบียบมารยาทการรับประทานอาหารเป็นอย่างไร เป็นต้น และแซนเจอร์ ซูเตอร์ และคราวเลย์ (Sanjur. 1982; & Suitor; & Crowley. 1984) กล่าวว่า การบริโภคอาหาร หมายถึง สิ่งทีบุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกหาอาหารมาบริโภคและนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐาน 4 ปัจจัย คือ การบริโภคอาหาร ความชอบอาหาร ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและปัจจัยเกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรม

ปัญหาการได้รับสารอาหารเกิน (Over Nutrition) เป็นต้นเหตุนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Non Communicable Chronic Degenerative Diet Related Diseases) ได้แก่ ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็งต่างๆ ซึ่งมักเกิดกับผู้ใหญ่วัยกลางคน วัยหนุ่มสาวในประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เพราะอาหารเป็นตัวกำหนดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะในวัยทำงานที่มีพฤติกรรมบริโภคไขมันประเภทอิ่มตัวสูง เกลือ น้ำตาลมาก ประกอบกับวิถีชีวิตที่มีการออกกำลังกายน้อยใช้แรงงานต่ำ รวมทั้งมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และความเครียด เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายสองอันดับแรก (สาคร ธนสมิตต์. 2545: 25) โดยการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการทั้งปริมาณและคุณภาพเพื่อให้มีภาวะโภชนาการดี ควรรับประทานอาหารให้สมดุลและปริมาณอาหารแต่ละกลุ่มให้พอเหมาะในแต่ละวันผู้หญิงควรได้รับพลังงานวันละ 1600 กิโลแคลอรี ผู้ชาย ควรได้รับพลังงานวันละ 2000 กิโลแคลอรี (วนิษา กิจวรพัฒน์. 2550) และพฤติกรรมบริโภคในวัยรุ่นที่ถูกต้องจะช่วยให้มีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยผู้ใหญ่ (พัชรภรณ์ อารีย์; และคณะ. 2550: 104)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคล การกระทำหรือปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ความถี่ในการบริโภค ลักษณะนิสัย และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารเกี่ยวกับปริมาณพลังงาน และคุณค่าของอาหารที่ได้รับ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

ปัจจัยที่ผลต่อการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารส่วนบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ อุปนิสัย ความชอบ และการตอบสนองของร่างกาย เช่น รูป รส กลิ่น สี ความหิว ความอึดซึ่งพฤติกรรมบางอย่างเป็นวิวัฒนาการมาโดยกำเนิด แต่ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมเรียนรู้บนพื้นฐานจิตวิทยา การเอื้ออำนวยทางเศรษฐกิจของครอบครัว และสิ่งแวดล้อม จนกลายเป็นบริโภคนิสัยส่วนบุคคล (ยิ่งยง เทาประเสริฐ. 2536: 326-331) และกรมอนามัย (2544) ได้กำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อการบริโภคอาหาร โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ 1) ปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ ขนาดครอบครัวและลักษณะของครอบครัว การปฏิบัติของบิดามารดา กลุ่มเพื่อน ขนบธรรมเนียมประเพณี สังคม ค่านิยม สื่อ อาหารด่วนทันใจ ค่านิยมการรับประทานอาหาร ความรู้ เรื่องโภชนาการ และประสบการณ์ส่วนบุคคล 2) ปัจจัยภายใน หรือปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย ลักษณะนิสัยเฉพาะตัว ภาพลักษณ์ของตนเอง ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล สุขภาพ ความชอบของอาหาร ความหมายของอาหาร และพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร ทั้งปัจจัยด้านจิตวิทยา ด้านสังคมและวัฒนธรรมก็เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตที่จะนำไปสู่การบริโภคอาหาร ตามสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล แต่ละวัย

จากการประมวลเอกสาร การบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินความถี่ และปริมาณพลังงานในการรับประทานอาหารเนื่องจากเป็นวิธีการที่ประเมินได้ง่ายและสะดวก

### **การมีกิจกรรมทางกาย**

#### **ความหมายของการมีกิจกรรมทางกาย**

การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลายซึ่งทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มจากขณะพัก แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายในงานอาชีพ เช่น หาบขนมขาย ขนของ ถีบสามล้อ เกี่ยวข้าว ฯลฯ 2) การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น เดินไปทำงาน ถีบจักรยานไปทำงาน เดินไปทำธุระ เดินขึ้นบันได ฯลฯ 3) การทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น เดินเล่น เดินทางไกล ปีนเขา ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ลีลาศ รำมวยจีน เล่นโยคะ เป็นต้น (Pate; & et al. 1995: 273; & U.S. Department of health and human services. 1996) และ โรเบิร์ตและคณะ (Gaspersem; Power; & Christenson.1985; cited in Robert; & et al. 1993: 349 – 369; & Dipietro; & et al. 1993: 628 – 642; & Burns. 1996) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงสร้าง ส่งผลให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นมากกว่าระดับปกติ ประกอบด้วย การทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก การเดิน และการเคลื่อนที่ของร่างกาย เช่นเดียวกับ เพนเดอร์ (Pender; & et al. 2002) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายแล้วทำให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ใช้พลังงานเพิ่มมากกว่าปกติ และวิศาล คันธารัตนกุล (2542) ได้ให้ความหมายของกิจกรรมทางกายว่า การเคลื่อนไหวหรือทำงานของส่วนต่างๆ ในร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อโครงสร้างจะทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกาย

การมีกิจกรรมทางกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติสุข การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ หรือการดำเนินชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงมีชีวิตชีวาจะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายดี โดยประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายที่พอเพียงและสม่ำเสมอมีดังนี้ 1) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ชนิด Coronary และภาวะการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง 2) ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) ลดคอเลสเตอรอลในเลือด และควบคุมระดับไขมันในเลือด 4) ทำให้การเผาผลาญอาหารภายในเซลล์ต่างๆ ของร่างกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว หัวใจและปอดได้ทำงานมากขึ้น ช่วยได้รับประทานอาหารได้มากขึ้นและยังช่วยย่อยอาหารอีกด้วย 5) ช่วยให้คุณภาพจิตดีขึ้น อารมณ์แจ่มใส 6) ช่วยเพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูก และช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน 7) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 8) ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดต้องพึ่งอินซูลิน 9) ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว และมีรูปร่างสมส่วน 10) ช่วยป้องกันโรคกระดูกอักเสบ 11) ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นและการทำงานของประสานกันของอวัยวะทำให้ลดความเสี่ยงในการที่จะล้ม (Davison; & Grant. 1993; และ มงคลแฝงสาเคน. 2541: 109 – 110)

ข้อแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น เช่น การเดินเร็วๆ การเล่น ทำความสะอาดบ้าน เดินขึ้นบันได ล้วนเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรคจะต้องกระทำด้วยความแรงระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน (สมชาย ลีทองอิน. 2545: 29-30) สอดคล้องกับวิทยาลัยกีฬาวissenschaftแห่งอเมริกา (American College of Sport Medicine. 2006) ได้สนับสนุนให้มีการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและออกรายงาน Report of Surgeon General : Physical Activity and Health ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 พบว่า กิจกรรมทางกายทุกอย่างล้วนเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและเป็นพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพ ปริมาณกิจกรรมทางกายขั้นต่ำ (Dose-Response) ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ในที่นี้ หมายถึง ลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากภาวะโภชนาการที่ไม่ดี คือ การมีกิจกรรมทางกายด้วยความแรงระดับปานกลาง สะสมเป็นระยะเวลาอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันหรือเกือบทุกวันต่อสัปดาห์ หรือใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติอย่างน้อยวันละ 150 กิโลแคลอรี หรือประมาณ 1000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ เช่นเดียวกับศูนย์ควบคุมโรคแห่งอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention. 1996) ได้เสนอข้อแนะนำสำหรับการเคลื่อนไหวที่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ การมีกิจกรรมทางกายที่ความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ มีกิจกรรมทางกายที่ระดับหนักอย่างน้อย 20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และ ทอมสันและคณะ (Thompson; et al. 2003; 107: 3109-16) กล่าวว่า การออกกำลังกายควรจะทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที ด้วยความแรงปานกลาง (Moderate Intensity) นอกจากนี้การออกกำลังกายในระยะเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10-15 นาที เช่น การเดินเร็วๆ การทำงานบ้าน แต่ทำบ่อยๆ วันละหลายครั้งก็พบว่า มีประโยชน์เช่นกัน

จากการประมวลเอกสารอาจสรุปได้ว่า การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลนั้นๆ มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การเดินเร็ว การวิ่ง เป็นต้น ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายดังกล่าวต้องมีความสม่ำเสมอ มีความหนัก และระยะเวลาที่เพียงพอต่อการลดน้ำหนัก

### **การจัดการความเครียด**

#### **ความหมายของการจัดการความเครียด**

การจัดการความเครียด คือ พฤติกรรมที่จัดกระทำเพื่อควบคุมความเครียดเป็นการเผชิญหรือการจัดการความเครียด (Coping) (Lazarus; & Folkman. 1984: 74) สอดคล้องกับเมเนแกน (Menaghan. 1982: 220 - 222; Garland; & Bush. 1982: 6) กล่าวว่า การจัดการกับความเครียด หมายถึง วิธี นิสัย หรือแนวทางที่บุคคลใช้เผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นไปได้ทั้ง การปฏิเสธ การถอยหนี ยอมรับ หรือต่อสู้ เพื่อควบคุมเหตุการณ์นั้น และคาร์เรนเบิร์กและเดวิส(Kallenberg; & Davis. 1980: 353; Clarke. 1984: 10; & Crider; & et al. 1983: 497) กล่าวว่า การจัดการความเครียด หมายถึง กระบวนการปฏิบัติ การกระทำ ความคิด ทั้งขณะมีจิตสำนึกและภายใต้จิตไร้สำนึกที่บุคคลพยายามที่จะทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป กระบวนการเหล่านี้จะประกอบด้วย พฤติกรรมที่เปิดเผยและซ่อนเร้นหลายอย่างด้วยกัน และเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำภายหลังจากที่ได้พยายามใช้กลไกในการป้องกันตัวทางจิตแล้วไม่สามารถกำจัดภาวะคุกคามได้ และ บาร์ออน (Bar-on. 1997) ได้ให้ความหมายของการจัดการความเครียด ว่าเป็นความสามารถในการทำงานภายใต้ความกดดันได้ มีความอดทนต่อความเครียดและควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความสามารถในการต่อต้านเหตุการณ์ร้ายๆ หรือสถานการณ์ที่มีความกดดันโดยไม่มีความท้อถอย แต่กลับเพิ่มการจัดการความเครียดในทางบวก สามารถรับมือกับสิ่งต่างๆ ด้วยเทคนิคและวิธีการต่างๆ เพื่อขจัดความเครียดทั้งหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในที่ทำงานและที่บ้าน ตลอดจนมีความสามารถในการยืดเวลาที่จะแสดง ความยินดีปรีดาได้ สอดคล้องกับดาเลย์ (Darley; et al. 1981: 432) ได้ให้ความหมายการจัดการความเครียดว่า เป็นพฤติกรรมหรือความคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยผ่านกระบวนการทางความคิดเพื่อควบคุมสาเหตุของความเครียดหรือควบคุมความรู้สึกเครียด บุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือหลายรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ในขณะนั้น ต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ตั้งเครียดเพื่อขจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ตั้งเครียดนั้น ถ้ากลวิธีนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จ บุคคลจะคัดเลือกวิธีอื่นต่อไป และบุคคลที่มีประสิทธิผลต้องสามารถจัดการความเครียดเป็นอย่างดี (Schermerhorn; & Osborn. 1988: 539)

จากการประมวลเอกสารสามารถสรุปได้ว่า การจัดการความเครียด หมายถึง การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป เพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจและป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานเมื่อถูกรบกวนจากสิ่งที่มีมากระตุ้น โดยบุคคลจะใช้สติปัญญา ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมที่แสดงออก จากประสบการณ์ของการจัดการความเครียด

### วิธีการจัดการความเครียด

การแก้ปัญหาเป็นความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อจัดการกับความต้องการหรือข้อเรียกร้องจากภายในและภายนอกที่บุคคลประเมินว่าเกินความสามารถที่ตนจะรับได้ หรือเป็นภาวะที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของบุคคลจากความหมายการจัดการความเครียด แสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหามีลักษณะเป็นกระบวนการ (Process) คือ 1) การแก้ปัญหามีความเกี่ยวข้องกับการประเมินหรือการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งบุคคลจะเกิดความเครียดมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลประเมินสิ่งที่ต้องใช้ (Demands) ในสถานการณ์นั้นอย่างไร และประเมินสิ่งที่ตนมีอยู่ (Resource) เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์หนึ่งมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ความแตกต่างจากการรับรู้หรือการประเมินของบุคคล จึงทำให้บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันมีความเครียดต่างกัน 2) การแก้ปัญหามีลักษณะเป็นพลวัตรหรือเคลื่อนไหวตลอดเวลา การแก้ปัญหาไม่ใช่การตอบสนองแบบครั้งเดียว แต่ทุกครั้งที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์บุคคลจะพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาอยู่เสมอ 3) การแก้ปัญหามีเป้าหมายเป็นที่ตั้ง การแก้ปัญหาหรือการปรับตัวเป็นการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการ และนอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง การจำแนกวิธีการแก้ปัญหา (Coping Effort) ออกเป็น 2 วิธี คือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem - Focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามจัดการกับสาเหตุของความเครียดให้คลี่คลายลง โดยพยายามทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและหาทางออกที่เป็นไปได้ กลวิธีที่ใช้อาจปรับเปลี่ยน แก้ไขที่สถานการณ์หรือพฤติกรรมของผู้อื่นหรืออาจปรับเปลี่ยนแก้ไขที่ตัวบุคคลเอง 2) แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้กระบวนการทางปัญญา เพื่อจัดการหรือควบคุมอารมณ์หรือความทุกข์ที่เกิดจากเหตุการณ์ให้คลี่คลายลง วิธีการที่ใช้อาจเป็นการมองปัญหาในทางบวก (ณัฐกานต์ ทองสนธิ. 2549: 12-16 อ้างอิงจาก Lazarus; & Folkman. 1984: 141-163)

ทั้งนี้การจัดการความเครียดของบุคคลย่อมแตกต่างกัน โดยบุคคลจะมีวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างไร และจะแก้ปัญหานั้นๆ ได้สำเร็จมากน้อยเพียงไรนั้น ลาซารัสและโพรคแมน (ณัฐกานต์ ทองสนธิ. 2549: 12 - 16; อ้างอิงจาก Lazarus; & Folkman. 1984) กล่าวว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีต่อความสามารถในการจัดการความเครียดหลายด้านอาทิเช่น 1) ความเชื่อในทางบวก (Positive Believe) คือ ความเชื่อในความสามารถของตน ซึ่งบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนมักจะใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่เชื่อความสามารถนอกตนจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ 2) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problems - Solving Skills)

บุคคลที่สามารถแสวงหาความรู้ ข้อมูลต่าง ๆ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล รวมทั้งคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้คุณจะสามารถแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น 3) แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (Material Resource) บุคคลที่มีทรัพย์สินหรือสิ่งของต่าง ๆ ที่บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้มากขึ้น โดยโมเมนและลาซารัส (Monet; & Lazarus. 1977: 360; & Goosen; & Bush. 1979: 54) กล่าวว่า พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการความเครียดเป็นความพยายามที่เป็นทั้งการกระทำที่เห็นชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อมกับความต้องการภายในตน และจัดการกับความขัดแย้งของสิ่งเหล่านั้น ซึ่งต้องใช้พลังและทรัพยากรมากมาย หรือเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเมื่อถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละพฤติกรรมจะประกอบด้วยการสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้คุณควบคุมความเครียดได้ รวมทั้งขบวนการทางจิตที่เสริมสร้างความสำเร็จในการปรับตัวต่อภาวะเครียด

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่าการจัดการความเครียด หมายถึง การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป เพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียดและลดภาวะอ้วน โดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของลาซาลัส ซึ่งแบ่งการจัดการความเครียดไว้ 2 วิธีคือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา 2) แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งผู้ที่มีการจัดการความเครียดที่ดีก็จะส่งผลให้มีน้ำหนักปกติตามไปด้วย

#### การวัดการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการศึกษาสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบวัดประเมินค่า 6 ระดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ที่ได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพวัดผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 และวัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2552) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการอำเภอหนองบัว จังหวัดเลย แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบวัดประเมินค่า 3 ระดับ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.84 และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ แบบสอบถามมีทั้งหมด 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.80 ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแบบวัดจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ให้เหมาะสมกับวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะอ้วนโดยมีมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับภาวะอ้วน

จากการศึกษาของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของพจมาน มุสิกะสาร (2547) ได้ศึกษาการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการของผู้ชายวัยทองในชุมชนหนองแวงตาชู 5 เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า การบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สมลักษณ์ นิ่มสกุล และคณะ (2543) ได้ศึกษาผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์ชนบทจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การบริโภคอาหารของหญิงวัยเจริญพันธุ์ชนบทมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการทั้งลักษณะผอมและภาวะน้ำหนักเกิน จึงควรปรับปรุงการบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและมีคุณภาพมากขึ้น

จากการศึกษาของรัชดาวรรณ ลิมาชาน (2549) ได้ศึกษากิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายแตกต่างกันมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อาริรัตน์ สุขโข (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการควบคุมตนเอง ทำให้สตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีภาวะโภชนาการดีขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพโดยช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นผลตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

จากการศึกษาของสุภัค เพ็ชรนิล (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนวัยทำงาน ตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการจากเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสัดส่วนเอวต่อสะโพก และศุภจิรา สืบสีสุข (2548) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดร้อยละ 83.5 และ 1 ใน 5 ของพยาบาลวิชาชีพมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ และ 1 ใน 10 มีภาวะโภชนาการเกิน และแบบแผนการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นควรส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยการกระตุ้นให้พยาบาลเห็นผลเสียของภาวะทุพโภชนาการ ส่งเสริมการบริโภคอาหารให้ได้พลังงานและสารอาหารที่พอเพียงกับความต้องการของร่างกายและสมดุลกับการเคลื่อนไหวและลดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพคือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ ควรมีการจัดการความเครียด การพักผ่อนหย่อนใจ และ



การนอนหลับพักผ่อน เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาโภชนาการและสุขภาพพยาบาลวิชาชีพ และไฟโรจน์ ลีพทกุล และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและแบบแผนสุขภาพผู้ใหญ่วัยก่อนเกษียณอายุการทำงาน ซึ่งแบบแผนสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า แบบแผนสุขภาพและภาวะโภชนาการมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนั้นควรมีการปรับเปลี่ยนแผนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่สม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดที่ดี จะช่วยทำให้มีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า การดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วน ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

### 3. เทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self

#### 3.1 เทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (วัฒนาพร ระบุว่าทุกข์. 2542) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้โดยครูเปรียบเสมือนผู้ให้บริการ และนักเรียนเปรียบเสมือนผู้รับบริการ

การจัดกิจกรรมโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ ผู้ให้บริการจะต้องให้โอกาสผู้เข้ารับบริการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้มากมาย ซึ่งกิจกรรมนั้นจะต้องมีลักษณะที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่าง active คือ ช่วยให้ผู้รับบริการมีความกระตือรือร้น มีความจดจ่อ ผูกพันกับสิ่งที่ทำกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพสำหรับการจัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ รวมทั้งการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ และการถ่ายโอนการเรียนรู้ที่ได้เพิ่มขึ้นมา (ทิตินา แซมมณี. 2548: 15 – 26) และ เป็นที่ยอมรับกันว่า การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ วิธีการสำคัญที่สามารถสร้างและพัฒนา ผู้รับบริการให้เกิดคุณลักษณะต่างๆ ที่ต้องการในยุคโลกาภิวัตน์ เนื่องจากเป็นการจัดการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักเรียนรู้ด้วยตนเอง เรียนในเรื่องที่สอดคล้องกับความสามารถและความต้องการของตนเอง และได้พัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งแนวคิดการจัดการศึกษานี้เป็นแนวคิดที่มีรากฐานจากปรัชญาการศึกษาและทฤษฎีการเรียนรู้ต่างๆ ที่ได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และเป็นแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถพัฒนาผู้รับบริการให้มีคุณลักษณะที่ต้องการอย่างได้ผล (วัฒนาพร ระบุว่าทุกข์. 2542: 4)

การจัดการเรียนการสอนเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การจัดการกิจกรรมที่มุ่งจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิต เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติจริงทุกขั้นตอน จนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (วัฒนาพร ระวังทุกข์. 2542: 11) และ ณีรัฐภูมิ กิจรุ่งเรือง และคณะ (2545: 10) กล่าวว่า การจัดการสอนที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ หมายถึง การจัดการเรียนรู้ที่หลากหลายสอดคล้องกับความถนัด ความสนใจ และความแตกต่างระหว่างบุคคล ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดสาระที่จะเรียนรู้ ทำกิจกรรม และปฏิบัติจริง จนค้นพบข้อควรรู้และวิธีการปฏิบัติด้วยตนเองจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดการกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการจัดการกิจกรรมโดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ เป็นการเปลี่ยนบทบาทของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยผู้รับบริการจากการเป็นผู้รับการถ่ายทอดก็เป็นผู้รับและให้ข้อมูล และผู้ให้บริการก็เปลี่ยนเป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ วิธีการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่สมบูรณ์ที่สุด คือ การมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มในการจัดการกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ

#### **เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)**

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2543; วัฒนาพร ระวังทุกข์. 2542)

#### **องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม**

มีองค์ประกอบสำคัญอยู่ 4 ประการ คือ

**1) ประสบการณ์ (Experiential Learning)** เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้บริการผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้รับบริการนำประสบการณ์เดิมของตนออกมาใช้ในการเรียนและแบ่งปันประสบการณ์ของตนกับเพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์คล้ายหรือแตกต่างกัน

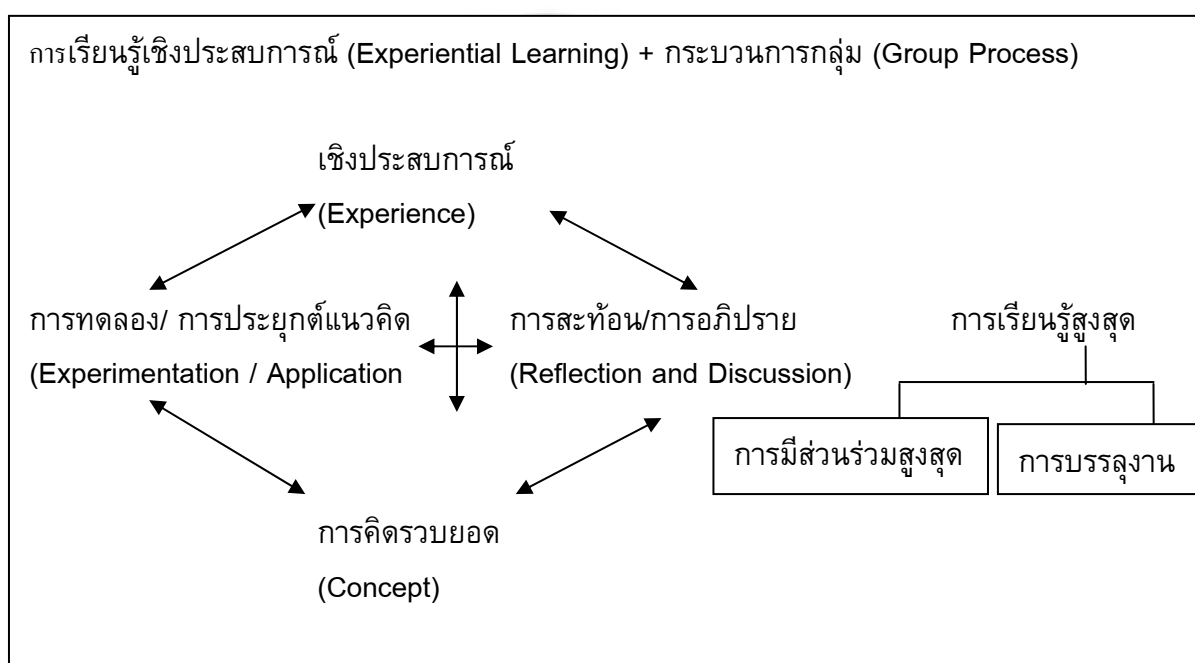
**2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflect and Discussion)** เป็นขั้นตอนที่ผู้รับบริการได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิเคราะห์ และผู้รับบริการได้รู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่แตกต่างไปจากตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อมูลสรุปที่หลากหลาย และผู้รับบริการได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม

**3) ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization)** เป็นขั้นตอนการสร้าง ความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้รับบริการเป็นฝ่ายริเริ่มและผู้ให้บริการช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือผู้ให้บริการอาจนำทางแล้วผู้รับบริการสานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

**4) การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application)** เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้รับบริการนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้รับบริการเอง

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการ จะเป็นอย่างพลวัตร โดยอาจเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่ง และเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนั้น ในแง่ของการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มต้นที่องค์ประกอบใดก่อนก็ได้ แต่สำคัญที่การจัดกระบวนการให้ครบทุกองค์ประกอบ

### หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)



ภาพประกอบ 6 หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (วัฒนาพร ระบุว่าทุกข์. 2542: 42)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง คือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2543; วัฒนาพร ระบุว่าทุกข์. 2542: 43)

#### 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

- 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้รับบริการ
- 2) ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายและต่อเนื่อง เป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) คือ ผู้รับบริการต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว

- 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้รับบริการและผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ
- 4) มีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นก่อนเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
- 5) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ การพูดหรือ การเขียนการวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์และสังเคราะห์การเรียนรู้

## 2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

วิธีสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุกๆ องค์ประกอบ คือ กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการได้แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์ได้สะท้อนความคิดและอภิปราย ได้สรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุผลงานสูงสุด

### กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้สูงสุด → มีส่วนร่วมสูงสุด + บรรลุงานสูงสุด  
(Maximum Participation) (Maximum Performance)

ภาพประกอบ 7 กระบวนการกลุ่ม (วัฒนาพร ระบุทุกขี. 2542: 43)

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับกรอบการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กที่สุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ผู้รับบริการทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้ให้บริการจึงต้องพิจารณาจำนวนผู้รับบริการ

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้รับบริการทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้รับบริการบรรลุงานสูงสุดได้คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้รับบริการทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ในแผนการสอน

### การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด

ผู้ให้บริการต้องพิจารณาออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ และกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดดังต่อไปนี้

### การออกแบบงานเพื่อบรรลุงานสูงสุด

แม้ว่าการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่หลากหลายจะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมได้มาก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น ในเรื่องเวลาที่ใช้ ความลึกซึ้งหรือความหลากหลายในประเด็นการอภิปราย หัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุดจึงอยู่ที่การออกแบบงานซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน 2 ประการ คือ

1) กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้รับบริการแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลามากน้อยเพียงไร เมื่อบรรลุงานแล้วให้ทำอะไรต่อ เช่น เตรียมเสนอผลงานหน้าชั้น

2) กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกที่ชัดเจน โดยทั่วไปการกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อมารวมเสนอในกลุ่มใหญ่จึงจะเกิดการขยายการเรียนรู้โดยใช้เวลาน้อยและไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทให้แต่ละกลุ่มทำงานยังรวมถึงการกำหนดบทบาทสมาชิกในกลุ่มด้วย

**หลักการพื้นฐานของแนวคิดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง** (วัฒนาพร ระบุทุกข์. 2542: 6 - 7)

โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางมาใช้เป็นเทคนิคการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการวิจัยในครั้งนี้

#### 1) ผู้รับบริการมีบทบาทต่อการเรียนรู้ของตน

ผู้รับบริการเป็นผู้เรียนรู้ บทบาทของผู้ให้บริการ คือ ผู้สนับสนุน (Supporter) และเป็นแหล่งความรู้ (Resource Person) ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะรับผิดชอบตั้งแต่เลือกและวางแผนสิ่งที่ตนจะเรียน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมในการเลือก และจะเริ่มต้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาค้นคว้ารับผิดชอบการเรียนตลอดจนการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง

#### 2) เนื้อหาวิชามีความสำคัญและมีความหมายต่อการเรียนรู้

ในการออกแบบการเรียนรู้ ปัจจัยสำคัญที่จะต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย เนื้อหาวิชา ประสบการณ์เดิม และความต้องการของผู้รับบริการ การเรียนรู้ที่สำคัญและมีความหมายจึงขึ้นอยู่กับ สิ่งที่สอน (เนื้อหา) และวิธีที่ใช้สอน (เทคนิคการสอน)

3) การเรียนรู้จะประสบผลสำเร็จหากผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน ผู้รับบริการจะได้รับความสนุกสนานจากการเรียน หากได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ได้ทำงานร่วมกับเพื่อนๆ ได้ค้นพบข้อคำถามและคำตอบใหม่ๆ สิ่งใหม่ๆ ประเด็นที่ท้าทายและความสามารถในเรื่องใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการบรรลุความสำเร็จของงานที่พวกเขาเริ่มด้วยตนเอง

#### 4) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการ

การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มจะช่วยส่งเสริมความเจริญงอกงาม การพัฒนาความเป็นผู้ใหญ่ การปรับปรุงการทำงาน และการจัดการกับชีวิตของแต่ละบุคคล สัมพันธภาพที่เท่าเทียมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันของผู้รับบริการ

### 5) ผู้ให้บริการ คือ ผู้อำนวยการความสะดวกและเป็นแหล่งความรู้

ในการจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้บริการจะต้องมีความสามารถที่จะค้นพบความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ เป็นแหล่งความรู้ที่ทรงคุณค่าของผู้รับบริการและสามารถค้นคว้าหาสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ สิ่งสำคัญที่สุดคือ ความเต็มใจของผู้ให้บริการที่จะช่วยเหลือโดยไม่มีเงื่อนไข ผู้ให้บริการจะให้ทุกอย่างแก่ผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็น ความเชี่ยวชาญ ความรู้ เจตคติ และการฝึกฝน โดยผู้รับบริการมีอิสระที่จะรับหรือไม่รับการให้ นั่นก็ได้

### 6) ผู้รับบริการมีโอกาสเห็นตนเองในแง่มุมที่แตกต่างจากเดิม

การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งให้ผู้รับบริการมองเห็นตนเองในแง่มุมที่แตกต่างออกไป ผู้รับบริการจะมีความมั่นใจในตนเองและควบคุมตนเองได้มากขึ้น สามารถเป็นในสิ่งที่อยากเป็น มีวุฒิภาวะสูงมากขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม และมีส่วนร่วมกับเหตุการณ์ต่างๆ มากขึ้น

### 7) การศึกษา คือ การพัฒนาประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้รับบริการหลาย ๆ ด้านพร้อมกันไป

การเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาผู้รับบริการหลาย ๆ ด้าน คุณลักษณะด้านความรู้ความคิด ด้านการปฏิบัติ และด้านอารมณ์ความรู้สึกจะได้รับการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

อังศินันท์ (Ungsinun. 2012) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ PROMISE ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มที่มีความเสี่ยงของโรคเมตาบอลิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ PROMISE ตามแบบจำลองชิป (CIPP Model) และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการ และค่าดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บังคับบัญชา 30 คน และผู้เข้าร่วมโครงการ 120 คน จากผู้เข้าร่วมโครงการ 4,649 คน 17 โรงพยาบาล 30 โครงการ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุญร่วม แก้วบุญเรือง (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นงานวิจัยที่ทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 50 คนกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม โดยการประชุมกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม แจกคู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกเดินแอโรบิกจากสื่อวีดิทัศน์และตัวแบบการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และมีค่าเฉลี่ยชีพจรขณะพักดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่า เทคนิคการเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึง ผู้ให้บริการเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองทุกขั้นตอนจนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และข้อตกลงในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน โดยผู้ให้บริการร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รับฟังความเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มในการที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้ให้นักทดลองของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่ม ผู้ให้บริการจะจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของผู้ให้บริการ

### 3.2 เทคนิคการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

การจัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึง ลักษณะของการจัดการเรียนการสอนที่ผู้ให้บริการเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ หรือมีส่วนร่วมอย่างตื่นตัว (Active Participation) ในกิจกรรมการเรียนการสอนมากกว่าผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการทำหน้าที่ดำเนินการต่างๆ เช่น บรรยาย อธิบายให้ผู้รับบริการฟัง สาธิตให้ผู้รับบริการดู เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินการเช่นนั้นผู้ให้บริการกำลังมี “Active Participation” และต้องมีการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกาย ต้องพูด ต้องแสดงท่าทาง ต้องเดินไปมา ต้องหยิบโน้มนำนี้ และมีการตื่นตัวทางสติปัญญา เพราะต้องคิดว่าจะพูดอะไร อย่างไร จะต้องเรียบเรียงคำพูด คิดหาวิธีอธิบาย คิดถามคำถามหรือตอบคำถาม เป็นต้น ผู้ให้บริการมีการตื่นตัวทางสังคม เพราะต้องคอยสังเกตผู้รับบริการถามผู้รับบริการ นอกจากนั้นผู้ให้บริการยังมีการตื่นตัวทางอารมณ์ เช่น หากผู้รับบริการให้ความสนใจเรียนผู้ให้บริการก็พอใจ หากผู้รับบริการไม่สนใจ ผู้ให้บริการอาจไม่พอใจ และเกิดความรู้สึกท้อแท้หรือเบื่อหน่ายได้ จากที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงว่า ขณะที่ผู้ให้บริการสอน ผู้ให้บริการเป็นผู้มีบทบาทที่ตื่นตัวมาก หรือมีส่วนร่วมอย่างตื่นตัวในกิจกรรมการเรียนการสอนมาก ในขณะที่ผู้รับบริการซึ่งก็มีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมเช่นกัน คือ เป็นผู้ฟัง ผู้จด ผู้ตอบคำถาม แต่การมีส่วนร่วมนั้นไม่ได้เป็นไปอย่างตื่นตัวครบทุกด้าน เช่น ถ้านั่งฟังนาน ๆ อาจเกิดอาการง่วงนอน ถ้าฟังแล้วไม่ได้คิดตาม ไม่ซ้าก็จะไปคิดเรื่องอื่น หากสิ่งที่ฟังไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือเข้าใจ หรือเห็นประโยชน์ สิ่งที่เราเรียนรู้นั้นก็อาจไม่มีความหมาย แต่ในทางตรงกันข้าม หากการ

บรรยาย อธิบาย สาธิต ดังกล่าว ผู้ให้บริการสามารถทำได้ดีมากจนผู้รับบริการเกิดความตื่นตัว ตั้งใจ ฟังใช้ความคิดถามคำถามด้วยความสนใจ และผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ ก็ถือได้ว่าผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมอย่างตื่นตัวด้วยเหมือนกัน แม้ว่าการเรียน การสอนนั้นจะยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง เพราะผู้ให้บริการมีบทบาทมากกว่าผู้รับบริการ

โดยทั่วไปการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางนั้นมีความเหมาะสมกับการเรียนรู้เนื้อหาสาระที่ผู้รับบริการไม่สามารถหาอ่านได้จากหนังสือหรือตำรา หรือกับเนื้อหาสาระที่มีความซับซ้อนซึ่งผู้รับบริการไม่สามารถทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยคำอธิบายจากผู้ให้บริการ หรือเป็นความรู้จากประสบการณ์ของผู้สอน ซึ่งผู้สอนสามารถถ่ายทอดได้ดี เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้ประสบมาด้วยตนเอง เนื้อหาสาระใดที่ผู้รับบริการสามารถอ่านและทำความเข้าใจด้วยตนเองได้ ก็ไม่จำเป็นที่ผู้ให้บริการจะต้องบรรยาย บอกเล่า แต่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการ

### การจัดกิจกรรมที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

ในการจัดกิจกรรมจะคำนึงถึงผู้ให้บริการทั้งชั้นหรือทั้งกลุ่มเป็นสำคัญ โดยสรุปเอาว่าผู้รับบริการในชั้นเรียนนั้นๆ มีความต้องการในการเรียนมีความสามารถและมีการสนองตอบต่อการเรียนการสอนแบบเดียวกัน ดังนั้น ในการสอนผู้ให้บริการจึงเป็นผู้วางแผนกำหนดเนื้อหาและจัดแผนการเรียนตามหลักสูตรของโรงเรียน ผู้รับบริการที่เรียนแบบนี้จะได้ทำงานอย่างเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงความสามารถและความก้าวหน้าในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการแต่ละคน ผู้รับบริการต้องอยู่ในกรอบแม่พิมพ์เดียวกันเพื่อให้ผลออกมาเป็นมาตรฐานและสอดคล้องกับแผนการจัดกิจกรรมที่วางไว้มากที่สุด การสอนแบบผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางนี้บางที่อาจเรียกว่าเป็นการสอนอัตตาธิปไตย วัตถุประสงค์ของการจัดโปรแกรมก็มักจะเป็นไปตามความต้องการของผู้ให้บริการที่ผู้ให้บริการคิดว่าควรจะเป็น การวัดและประเมินผลก็มักจะเป็นไปในลักษณะที่ว่า ผู้ให้บริการได้ทำอะไรไว้สำเร็จบ้าง มากน้อยเพียงใด การสอนแบบนี้ผู้ให้บริการจะคำนึงถึงความต้องการและความสนใจของผู้รับบริการน้อยมาก วรรศักดิ์ เพียรชอบ (2548: 129 – 130) กล่าวถึงหลักและในวิธีสอนที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางลักษณะที่สำคัญของการสอนแบบนี้มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้บริการที่ทำการสอนแบบนี้มักจะเป็นนักสมบูรณ์แบบนิยม (Perfectionist) คือ มีความมุ่งหมายที่จะให้ผู้รับบริการที่ตนสอนมีความสามารถในทักษะอย่างใดอย่างหนึ่งเหมือนกัน การสอนก็มักจะมีมุ่งความสนใจไปที่กลุ่มผู้รับบริการที่สามารถเรียนหรือทำได้ตามที่ผู้ให้บริการได้ตั้งเกณฑ์ไว้ ทั้งๆ ที่ผู้รับบริการแต่ละคนมีความสามารถไม่เท่ากัน การสอนของผู้ให้บริการในลักษณะนี้มักจะพยายามให้ผู้รับบริการได้ทำหรือฝึกหัดเฉพาะในสิ่งที่ผู้ให้บริการคิดว่าถูกต้องเท่านั้น ซึ่งบางครั้งผู้รับบริการอาจจะสามารถทำได้แต่ก็อาจจะไม่เข้าใจว่าเพราะเหตุใดจึงต้องทำเช่นนั้น



2. ในการสอนแบบนี้ผู้ให้บริการผู้สอนมักจะเป็นผู้ที่มีความเข้มงวด สภาพการณ์ของการสอนเป็นไปด้วยความเคร่งครัดเมื่อเป็นเช่นนี้ผู้รับบริการที่เรียนก็มักจะเรียนด้วยความเบื่อหน่ายมากกว่าที่จะเรียนเพราะความอยากเรียน เพราะมีความสนุกสนาน ผู้ให้บริการผู้สอนเองก็จะมีภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองที่สามารถรักษาชั้นเรียนให้อยู่ในระเบียบวินัยและอยู่ในความเรียบร้อยมากกว่าที่จะคำนึงถึงความสนใจหรือความสนุกสนานของผู้รับบริการ

3. การสอนแบบนี้ผู้ให้บริการผู้สอนมักจะมองผู้รับบริการเป็นชั้น หรือเป็นกลุ่มมากกว่าเป็นรายบุคคลผู้ให้บริการจึงมักจะรู้จักผู้รับบริการเป็นชั้นหรือเป็นกลุ่มมากกว่าที่จะรู้จักชื่อผู้รับบริการเป็นรายบุคคล เช่น ผู้ให้บริการอาจจะสามารถบอกได้ว่า ผู้รับบริการคนที่หนึ่งในกลุ่มที่หนึ่งมีความสามารถมากน้อยเพียงใด แต่อาจจะไม่สามารถบอกได้ว่าผู้รับบริการนั้นชื่ออะไร จากความรู้สึกที่ผู้ให้บริการมีต่อผู้รับบริการในลักษณะนี้เองจะทำให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกว่าคุณผู้รับบริการเองไม่มีความสำคัญต่อผู้ให้บริการ

4. การสอนของผู้ให้บริการในแบบนี้มักจะมุ่งไปในด้านความรู้และทักษะที่ผู้รับบริการสามารถแสดงให้เห็นได้หรือตอบโต้ได้ในข้อสอบเป็นสำคัญ สำหรับความสามารถที่จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์กับชีวิตประจำวัน หรือการเห็นความสำคัญและคุณค่าของสิ่งที่ได้เรียนและนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ ไม่ค่อยคำนึงถึง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการเรียนการสอนแบบนี้จะคำนึงถึงด้านทัศนคติ น้อยมาก

5. การเรียนการสอนแบบนี้ผู้ให้บริการจะทดลองใช้วิธีการสอนแบบต่างๆ เป็นสำคัญมากกว่าอย่างอื่น และมีความเห็นว่า เฉพาะวิธีการสอนที่ได้ผ่านการทดลองแล้วเท่านั้นที่เป็นวิธีการสอนที่ดี มักจะไม่ค่อยยอมให้นวัตกรรมการสอนใหม่ๆ และในขณะเดียวกันอาจจะมองเห็นว่า นวัตกรรมใหม่เหล่านี้เป็นตัวการที่จะทำให้การสอนของเขาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

6. ผู้ให้บริการที่ทำการสอนแบบนี้มักจะมีเชื่อในปรัชญา และปฏิบัติตามกฎอย่างเคร่งครัด เมื่อผู้ให้บริการมีความเชื่อในลักษณะนี้ก็อยากจะให้ผู้รับบริการได้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดด้วยแม้ว่าบางครั้ง การปฏิบัติตามจะเป็นอุปสรรคอย่างมากก็ตาม ผู้ให้บริการเองก็มีความเชื่อว่าวิธีการนี้วิธีเดียวเท่านั้นที่ดีที่สุด

### หลักการสอนแบบเห็นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์การสอนให้ผู้รับบริการได้ทราบอย่างชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้ทราบว่าผู้ให้บริการต้องการให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมอย่างไร และผู้รับบริการจะได้มีความพยายามในการเรียนดีขึ้น

2. พยายามให้ผู้รับบริการได้เห็นความสำคัญของวัตถุประสงค์ที่จะเรียนนั้นว่า เพราะเหตุใดจึงต้องมีวัตถุประสงค์เช่นนั้น

3. สอนสิ่งที่เป็นสาระให้ผู้รับบริการทันที ถ้าสิ่งที่จะเรียนนั้นเกี่ยวกับทักษะพิสัย การสอนก็ควรจะเป็นการสาธิตควบคู่กันไปกับการอธิบาย

4. ให้ผู้รับบริการได้มีเวลาในการฝึกหัดเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะนั้นๆ สำหรับผู้ให้บริการควรจะทำหน้าที่เป็นวิทยากรให้แก่ผู้รับบริการทุกๆ คนโดยทั่วถึงกัน

5. การสอนแบบนี้แม้ว่าจะเป็นการสอนโดยผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางก็ตามแต่ผู้ให้บริการควรเปิดโอกาสให้มีปฏิริยาโต้ตอบกันได้ด้วย ทั้งในระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน และในขณะที่เดียวกันพยายามที่จะส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้ถามคำถามให้ได้มากที่สุดด้วย

6. การใช้แรงเสริมของผู้ให้บริการต่อผลการเรียนนับว่ามีความสำคัญมากต่อการสอนแบบนี้เพราะจะเป็นการสร้างขวัญและแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการได้เป็นอย่างดี (วรศักดิ์ เพียรชอบ. 2548: 132)

### ข้อดีและข้อเสียของการสอนแบบผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

เนื่องจากการสอนแบบนี้เป็นการสอนที่ผู้ให้บริการมีบทบาทสำคัญเพียงฝ่ายเดียว วรศักดิ์ เพียรชอบ (2548: 129) กล่าวถึง ข้อดีและข้อเสียของการสอนแบบนี้ คือ

#### ข้อดี

1. ผู้ให้บริการได้มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่
2. เป็นวิธีการสอนที่ดีและมีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการได้บรรลุตามวัตถุประสงค์เฉพาะอย่างแท้จริงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าพฤติกรรมที่ต้องการนั้นมีเพียงพฤติกรรมเดียวเป็นพฤติกรรมที่ดีที่สุด
3. เสียเวลาน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมื่อต้องการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เฉพาะ
4. การสอนแบบนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการบางคนที่ไม่ค่อยชอบแสดงออกมีความรู้สึกอบอุ่นใจ

#### ข้อเสีย

1. ไม่ได้คำนึงถึงผู้รับบริการเท่าที่ควร
  2. ทำให้มีการแข่งขันกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
  3. ผู้รับบริการไม่ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการเรียนรู้
  4. ไม่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีการแก้ปัญหาทำให้ไม่มีโอกาสคิดและสร้างสรรค์
  5. ทำให้ผู้รับบริการที่ไม่เคยอยู่ใต้ค่านางของผู้ให้บริการ เกิดความอึดอัดและลำบากใจ
- จะเห็นได้ว่า เทคนิคการเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางเป็นแนวการจัดกิจกรรมโดยผู้ให้บริการมีบทบาทมากกว่าผู้รับบริการ ผู้ให้บริการเป็นผู้ “Active” และเป็นผู้ใช้เวลาส่วนใหญ่ของการจัดกิจกรรม แต่การที่ผู้ให้บริการจะสอนอย่างไรนั้นเป็นเรื่องที่ผู้ให้บริการต้องแสวงหา ซึ่งหากผู้ให้บริการคิดถึงประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ และมีความสามารถสูง ผู้ให้บริการก็อาจแสวงหาวิธีการสอนที่เหมาะสมและดำเนินการสอนโดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการสอน แต่ด้วยความสามารถและวิธีการที่เหมาะสม ผู้ให้บริการก็อาจช่วยให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดคือ เกิดการเรียนรู้ตามเป้าหมายได้ดี เมื่อผู้ให้บริการมีทักษะในการสอนเป็นที่น่าสนใจและสามารถเสนอบทเรียนหรืออธิบายเนื้อหาให้ผู้รับบริการเกิดความคิดความเข้าใจหรือติดตามได้โดยตลอด

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

จากงานวิจัยของปวีณา จ้องสาระ (2553) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้สุขภาพผ่านสื่อวิทยุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ โดยการใช้รูปแบบการให้ความรู้สุขภาพผ่านสื่อวิทยุรายการนัมเบอร์วัน 108 เมกกะเฮิร์ตที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นนักจัดรายการวิทยุที่จัดรายการและสอดแทรกสาระสุขภาพเข้าในช่วงรายการ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจงและมีการสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องชนิดของการทำงาน เวลาในการทำงาน ระดับการศึกษา การด้อยโอกาสในการรับรู้ข่าวสารทางสื่อทุกชนิด ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองต้องรับฟังรายการนัมเบอร์วัน 108 เมกกะเฮิร์ต ที่ผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำการให้ความรู้ผ่านสื่อวิทยุมีเนื้อหาที่มุ่งเน้นและส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินรายการในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. โดยจะพูดข้อมูลความรู้สุขภาพ ครั้งละ 15 นาที ทุกชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน รวมทั้งสิ้น 120 ครั้ง คิดเป็นเวลารวม ประมาณ 30 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ หลังจากเสร็จสิ้นการให้ความรู้ 6 สัปดาห์ จึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีในสัปดาห์ที่ 6 อาจเป็นเพราะการสะสมสิ่งที่ได้เรียนรู้จนกระทั่งเป็นความจำถาวรและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จนทำให้กลายเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืนและพัชรี เชื้อทอง (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 38 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้าน 16 ถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 19 ราย และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้าน 14 ถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มควบคุมจำนวน 19 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมผู้ดูแลสุขภาพเดิม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่หนึ่งถึงสัปดาห์ที่ 3 เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4, 6, 8 และ 10 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบการจัดการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางกับการเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้สามารถพิจารณาได้ชัดเจนขึ้นโดยจำแนกออกเป็น 4 ด้าน โดยสรุปดังต่อไปนี้ (สุนันทา พรหมบุญ. 2540: 11 - 12)

ตาราง 6 เปรียบเทียบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและผู้ให้บริการเป็นสำคัญ  
(สุมนทนา พรหมบุญ, 2541)

	ผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง	ผู้ให้บริการเป็นสำคัญ
1. ด้านบทบาทผู้ให้บริการ	ผู้ถ่ายทอดความรู้	ผู้จัดการให้เกิดการเรียนรู้
2. ด้านหน้าที่ผู้ให้บริการ	ผู้ให้บริการพูดเป็นส่วนใหญ่ ผู้รับบริการพูดเป็นส่วนใหญ่ ผู้ให้บริการเตรียมสิ่งที่จะพูด ผู้ให้บริการสอนสิ่งที่ควรรู้	ผู้ให้บริการพูดเป็นส่วนใหญ่ ผู้รับบริการพูดเป็นส่วนใหญ่ ผู้ให้บริการเตรียมกิจกรรมและคำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดและทำกิจกรรม ผู้ให้บริการสอนสิ่งที่ผู้ให้บริการรู้หรือไม่รู้ก็ได้
3. ด้านจุดมุ่งหมาย	เน้นเนื้อหาความรู้ ต่างคนต่างรับความรู้	เน้นให้ผู้รับบริการคิดทำและแสดงออกเพื่อแก้ปัญหาและเพื่อการสร้างสรรค์ มุ่งเน้นการเรียนแบบมีส่วนร่วมเป็นส่วนใหญ่
4. ด้านการวัดและประเมินผล	สอบความรู้ ความจำ เป็นส่วนใหญ่	วัดและประเมินผลหลายด้าน เช่น ผลงานที่ทำการมีส่วนร่วม

จากการประมวลเอกสารเทคนิคการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self พอสรุปได้ว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ ผู้รับบริการจะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบ และกำหนดข้อตกลง วางแผน กำหนดเป้าหมายในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รับฟังความเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มในการที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้น้ำหนักลดลงของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่ม โดยผู้ให้บริการจะทำหน้าที่สร้างบรรยากาศที่นำไปสู่การช่วยให้บุคคลเกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้ และช่วยพัฒนาผู้รับบริการให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ ส่วนโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง คือ ผู้ให้บริการจะมีบทบาทสำคัญโดยการบรรยาย อธิบาย สาธิต กำหนดเนื้อหา วางแผน และกำหนดเป้าหมายในการจัดกิจกรรมให้กับผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟัง ผู้จด ผู้ตอบคำถามและปฏิบัติตามที่ผู้ให้บริการกำหนด

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

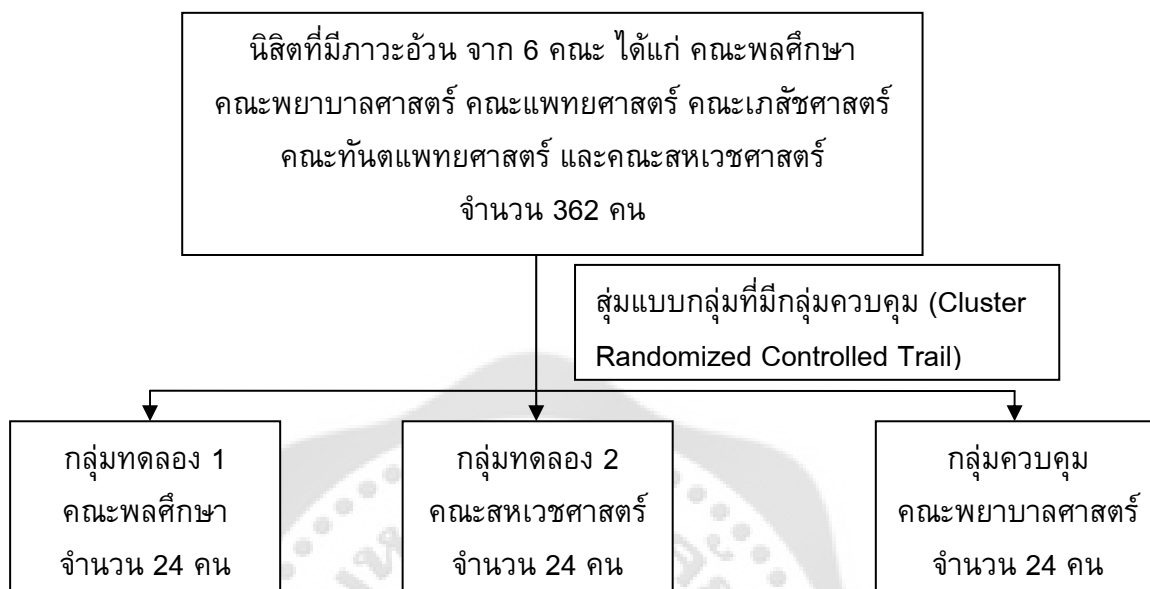
#### 1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตระดับปริญญาตรี คณะที่เกี่ยวข้องกับสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ จำนวน 362 คนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 3 ในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และ/หรือมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในเพศชาย และเส้นรอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในเพศหญิง และมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตจาก 6 คณะที่กำลังศึกษาอยู่ในสาขาวิชาด้านสุขภาพที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 3 และมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และ/หรือ มีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในเพศชาย และตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในเพศหญิง และ/หรือมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง ได้มา 3 คณะ คือ คณะพลศึกษา คือ กลุ่มทดลอง 1 คณะพยาบาลศาสตร์ คือ กลุ่มทดลอง 2 และคณะสหเวชศาสตร์ คือ กลุ่มควบคุม คณะละ 24 คน โดยใช้การสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้จำนวนตามทีเนเมตและคณะ (Nemet; & et al. 2005) แนะนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 11 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และ 18 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 95% และเพื่อให้ครอบคลุมต่อการค้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งน้ำหนักและดัชนีมวลกาย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 โดยได้จากผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า

มีค่าเฉลี่ยของการสูญหายประมาณร้อยละ 20 (วนิชา กิจวรวัฒน์; และคณะ. 2547; & Anderson; et al. 2008)



ภาพประกอบ 8 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตระดับปริญญาตรี คณะที่เกี่ยวข้องสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 3 ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ/หรือมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในผู้ชาย และเส้นรอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในผู้หญิง และ/หรือมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง

2. มีความสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรืออาจารย์ที่ปรึกษาให้เข้าร่วมการวิจัย

3. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย

4. ไม่เคยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**การออกแบบงานวิจัยและแบบแผนการทดลอง**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีการวัดผลการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีสัปดาห์ที่ 8 และภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองสัปดาห์ที่ 12 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

	Pretest	Treatment	Posttest 1	Posttest 2
กลุ่มทดลองที่ 1	O1	X1	O2	O3
กลุ่มทดลองที่ 2	O1	X2	O2	O3
กลุ่มควบคุม	O1	X0	O2	O3

X1 = การให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

X2 = การให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

X0 = ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self

O1 = การวัดก่อนการทดลอง Pretest

O2 = การวัดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 8 (Posttest 1)

O3 = การวัดหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 (Posttest 2)

#### ภาพประกอบ 9 แสดงแบบแผนการทดลอง

จากภาพประกอบ 9 ผู้วิจัยจัดให้มีการเก็บข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม 3 ครั้ง ได้แก่ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลในด้านข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง

จากนั้นให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางแก่กลุ่มทดลอง 1 และให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ปฏิบัติตัวตามปกติโดยไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 5 – 8 กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มจะมีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ส่งเมลล์ และ Facebook และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มและกลุ่มควบคุม

#### การพิทักษ์สิทธิ์

1. ดำเนินการขอและได้รับรองการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในหนังสือรับรองเลขที่ SWUEC-EX55/2556

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความสมัครใจและเห็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและได้รับการยินยอมจากอาจารย์

3. สำหรับกลุ่มควบคุมภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองจะได้รับเอกสาร แผ่นพับ และคู่มือเกี่ยวกับการควบคุมภาวะอ้วน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self โดยแบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ

**2.1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self** ที่เห็นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการลดภาวะอ้วน โดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง และใช้วิธีการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ เทคนิคการสร้างกิจกรรมที่จะให้นิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ดำเนินการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน วางแผน และกำหนดเป้าหมายข้อตกลงในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน และร่วมรับผิดชอบกับการปฏิบัติกิจกรรม รับฟังความเห็นของเพื่อนและผู้อื่นภายในกลุ่ม ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมเพื่อจะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้ภาวะอ้วนของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่มลดลง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จและไม่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนให้กับสมาชิกภายในกลุ่มได้ร่วมแก้ปัญหา ฝึกการทำงานร่วมกันโดยมีการระดมสมอง ค้นหาปัญหาอุปสรรควิธีแก้ไข ทบทวนเป้าหมายและวางแผนเพื่อลดน้ำหนักต่อภายในกลุ่ม ฝึกประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยเปรียบเทียบกับผลงานของแต่ละกลุ่ม และสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อปรับปรุงพัฒนา สมาชิกร่วมกันให้กำลังใจ ชื่นชมแสดงความยินดี สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ส่งเมลล์ และ Facebook แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในลักษณะเป็นคู่หู การติดตามเยี่ยมเยียน พูดคุยปัญหาอุปสรรคกับกลุ่ม ให้รางวัลกับผู้ประสบผลสำเร็จ ประเมินผลโดยสมาชิกในกลุ่ม รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังตาราง 7



ตาราง 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายของกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
 สุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง กิจกรรม และแนวคิดที่ใช้ในกลุ่มทดลอง 1

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
1	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถตนเอง และการดูแลสุขภาพ	1) ละลายพฤติกรรม ประเมินความ คาดหวัง และทักษะ เปิดใจยอมรับ และกำหนดข้อตกลงในการร่วม กิจกรรม โดยแทรกกิจกรรมสกัด คือ สกัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หิว สะกด คือ สะกดใจไม่ให้กินเกิน และสะกด คือ สะกดให้เพื่อน ๆ ในกลุ่มช่วยกัน ออกกำลังกาย	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : การใช้ คำพูดชักจูง การใช้ตัว แบบ การดูแลสุขภาพ ตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	2) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แบ่งกลุ่ม ละ 5 คน เลือกผู้นำทีม สมาชิกกลุ่ม ย่อยคัดเลือกตัวแทนกลุ่ม ๆ ละ 1 คน	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : การใช้ คำพูดชักจูง การกระตุ้น ทางอารมณ์
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	3) สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิก กลุ่มได้รู้จักคุ้นเคยกัน - การแนะนำตนเอง - สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ การลดภาวะอ้วน	การรับรู้ความสามารถ ตนเอง : การสร้าง ประสบการณ์ความสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูง การ ใช้ตัวแบบ
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	4) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันตั้ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนี มวลกาย วัดเส้นรอบเอว บันทึก ภาพถ่ายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ตนเอง	การกำกับตนเอง : การ ตัดสินใจตนเอง

ตาราง 7 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง และการดูแล สุขภาพ	5) สมาชิกร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการลดภาวะอ้วนของ ตนเอง - กำหนดเมนูอาหารเพื่อให้ได้ แคลอรีที่เพียงพอและเหมาะสมกับ การลดน้ำหนัก - กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนัก	การกำกับตนเอง: การ สังเกตตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	6) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึกลง บันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และพฤติกรรม 3 อ.	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การตัดสินใจ ตนเอง
2	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	1) ประชุมกลุ่มติดตาม ความก้าวหน้าผลการลดน้ำหนัก ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัด ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากคู่มือบันทึก	การกำกับตนเอง: การ สังเกตและการตัดสินใจ
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จในการลด น้ำหนักของตนเองภายในกลุ่ม	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : การสร้าง ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชัดเจน
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	3) รายงานผลงานกลุ่ม และ บูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อยโดย การอภิปรายกลุ่มใหญ่	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : การสร้าง ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชัดเจน

ตาราง 7 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	4) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึก กำกับตนเองด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การตัดสินใจ ตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเองและการกำกับ ตนเอง	5) สมาชิกภายในกลุ่มฝึกทักษะการ เลือกชนิด ปริมาณของอาหารในการ ลดน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับตนเอง และตรวจสอบความถูกต้องและ เสนอแนะภายในกลุ่ม	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : การใช้ตัว แบบ การใช้คำพูดชักจูง และ การดูแลสุขภาพ ตนเอง
3	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันชั่ง น้ำหนัก ฝึกคำนวณดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว วัดความหนาของ ไขมันใต้ผิวหนังเปรียบเทียบกับ เกณฑ์มาตรฐานและครั้งที่ผ่านมา	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การตัดสินใจ ตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถและการ กำกับตนเอง	2) ฝึกการทำงานร่วมกันโดยมีการ ระดมสมอง ค้นหาปัญหาอุปสรรค วิธีแก้ไข และวางแผนเพื่อลดน้ำหนัก ภายในกลุ่ม	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การเตือน ตัวเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	3) ฝึกประเมินผลการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดย เปรียบเทียบกับผลงานของกลุ่มอื่น เพื่อปรับปรุงพัฒนา	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การเตือน ตัวเอง

## ตาราง 7 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถ การทำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพ	4) สมาชิกฝึกทักษะการจัดการ ความเครียดและ การออกกำลังกาย	การรับรู้ความสามารถของตนเอง : ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ใช้ตัวแบบใช้คำพูดชักจูง และการดูแลสุขภาพ
4	เพื่อพัฒนาการทำกับตนเอง	1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมบันทึกและประเมิน น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวภายในกลุ่ม	การทำกับตนเอง : การสังเกตตนเอง การเตือนตัวเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการดูแลสุขภาพ	2) การฝึกจิตเพิ่มพลังชีวิต	การรับรู้ความสามารถของตนเอง : ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ใช้ตัวแบบใช้คำพูดชักจูง และการดูแลสุขภาพ
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง	3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพพร้อมช่วยกันตอบปัญหาสุขภาพซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม	การรับรู้ความสามารถของตนเอง : ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ใช้ตัวแบบใช้คำพูดชักจูง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถและการทำกับตนเอง	4) สมาชิกร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลและยั่งยืน	การรับรู้ความสามารถของตนเอง : ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ใช้ตัวแบบใช้คำพูดชักจูง การทำกับตนเอง: การตัดสินตนเอง การสังเกตตนเอง

## ตาราง 7 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	5) สมาชิกร่วมกันให้กำลังใจ ชื่นชม แสดงความยินดีและและให้รางวัลกับ คนที่ประสบผลสำเร็จในช่วงแรก	การกำกับตนเอง : การ แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง และการกำกับ ตนเอง	6) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันสรุปผล ของกิจกรรมที่ได้ทำไปแล้วทั้งหมด	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ ใช้ตัวแบบ ใช้ คำพูดชักจูง การกำกับตนเอง : การ ตัดสินใจตนเอง
5 – 8	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกระตุ้น เตือนทางการโทรศัพท์ ส่งเมลล์ และ Facebook	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : ใช้คำพูด ชักจูง ประสบการณ์ที่ ประสบผลสำเร็จ การ กระตุ้นทางอารมณ์ การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	2) การติดตามเยี่ยมเยียน พูดคุย ปัญหาอุปสรรคกับกลุ่ม	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : ใช้คำพูด ชักจูง การกระตุ้นทาง อารมณ์ แนวคิดการ กำกับตนเอง: การ สังเกต และเตือนตัวเอง

ตาราง 7 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	3) สมาชิกบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบ เอว และความหนาของไขมันใต้ ผิวหนัง ภายในกลุ่มทุกสัปดาห์	การกำกับตนเอง : การ ตัดสินใจตนเอง
12	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	1) บันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ความ หนาของไขมันใต้ผิวหนัง และ พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self	การกำกับตนเอง: การ สังเกตตนเอง การตัดสินใจ ตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	3) ร่วมสังสรรค์ และแจกรางวัล สมาชิกกลุ่มทุกคนตามลำดับที่ สามารถปฏิบัติได้สำเร็จและขอบคุณ ซึ่งกันและกันที่สมาชิกได้เสียสละ เวลามาเข้าร่วมกิจกรรม ปิดการทำ กิจกรรมกลุ่ม	การกำกับตนเอง: การ แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

**2.1.2. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่เห็นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง** เป็นโปรแกรมที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการลดภาวะอ้วน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้บรรยาย อธิบาย สาธิต กำหนดเนื้อหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการจัดกิจกรรมให้กับนิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรม นิสิตมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟัง ผู้จด ผู้ตอบคำถามและปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดภาวะอ้วนให้กับนิสิต ผู้วิจัยจะใช้ตัวแบบจากผู้ประสบความสำเร็จ และจะสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม และแก้ปัญหา และ ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยให้กำลังใจ ชื่นชมแสดงความยินดีกับคนที่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้รางวัลกับผู้ประสบความสำเร็จ รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายของกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
สุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมและแนวคิดที่ใช้ในกลุ่มทดลอง 2

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
1	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	1) วิทยากรบรรยายให้ความรู้ ผลเสีย เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และ ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญอารมณ์และ สถานการณ์ที่มีผลต่อการลดภาวะ อ้วน	การสร้างการรับรู้ ความสามารถตนเอง : การสร้างประสบการณ์ ความสำเร็จ การใช้ตัว แบบ การใช้คำพูดชัก จูง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	2) ผู้วิจัยวางแผนและตั้งเป้าหมายใน การลดภาวะอ้วนให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย	การกำกับตนเอง: การ สังเกตตนเอง การ ตัดสินใจตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	3) ผู้วิจัยแจกแบบบันทึก พฤติกรรม บริโภคอาหาร การออกกำลังกายและ การจัดการความเครียดด้วยตนเอง ชี้แจงรายละเอียดในการบันทึกและ ประเมินผล การควบคุมอารมณ์และ การจัดการความเครียด	การกำกับตนเอง: การ สังเกตตนเอง การ ตัดสินใจตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	4) วิทยากรให้ฝึกการสังเกตตัวเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุม อารมณ์และบันทึก	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง และการดูแล สุขภาพตนเอง	5) ฝึกบันทึกและปฏิบัติการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง

ตาราง 8 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
2	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	1) ผู้วิจัยบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว เปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านมาและ เกณฑ์มาตรฐาน	การกำกับตนเอง: การ สังเกตตนเอง การตัดสินใจ ตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	2) ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ที่มีน้ำหนัก ลดลงและให้กำลังใจผู้มีน้ำหนักเท่าเดิม และเพิ่มขึ้น	การกำกับตนเอง: การ แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	3) ทบทวนความรู้ด้วยการบรรยาย เลือกนิสิตที่ลดน้ำหนักได้มาเป็นตัว แบบในการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึก ต้องการลดน้ำหนัก	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : การสร้าง ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชัดเจน
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	4) แจกคู่มือการออกกำลังกาย และฝึก การสังเกตตัวเองเกี่ยวกับพฤติกรรม บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ การจัดการความเครียด	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การตัดสินใจ ตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	5) ผู้วิจัยให้ทบทวนเป้าหมายในการลด น้ำหนัก พฤติกรรมบริโภคอาหาร การ ออกกำลังกาย และจัดการความเครียด	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง และการ ตัดสินใจตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพ ตนเอง	6) ผู้วิจัยสาธิตอาหารลดน้ำหนัก และ ฝึกการจัดการความเครียดด้วยการฝึก สมาธิ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วย การเดินแอโรบิก	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง: การสร้าง ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ ใช้ตัวแบบ การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง และการ ตัดสินใจตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง



## ตาราง 8 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
3	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	1) ผู้วิจัยบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว วิธีการคำนวณดัชนีมวล กาย เส้นรอบเอวเปรียบเทียบกับ ครั้งก่อน และเกณฑ์มาตรฐาน	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การตัดสินใจ ตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง และการกำกับ ตนเอง	2) ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ที่มีน้ำหนัก ลดลงและให้กำลังใจผู้มีน้ำหนักเท่า เดิมและเพิ่มขึ้น	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : การใช้ คำพูดชักจูง การกำกับ ตนเอง: การแสดง ปฏิกิริยาต่อตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	3) ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและ อุปสรรคในการนำไปปฏิบัติ ทั้งการ บริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทาง กายและการจัดการความเครียด และ วางแผนแก้ไขปัญหาอุปสรรค	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การเตือน ตัวเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	4) ประเมินแบบการสังเกต บันทึก ตนเองการรับประทานอาหารและ การออกกำลังกายประจำสัปดาห์	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การเตือน ตัวเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเองและการดูแล สุขภาพตนเอง	5) ผู้วิจัยทบทวนเป้าหมายการลด น้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค อาหาร การออกกำลังกาย และผ่อนคลาย ความเครียด และบันทึก	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การเตือน ตัวเอง การดูแลสุขภาพ ตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	6) ผู้วิจัยจัดเมนูอาหารเป็นตัวอย่าง	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ

## ตาราง 8 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม ที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง และการดูแล สุขภาพตนเอง	7) ฝึกสมาธิและออกกำลังกาย ด้วยการเดินแอโรบิก	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ การดูแล สุขภาพตนเอง
4	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	1) บันทึกและประเมินผล นำหน้า ตัว วิธีการคำนวณดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบกับครั้งก่อน	การกำกับตนเอง : การ สังเกตตนเอง การเตือน ตัวเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถ และการ กำกับตนเอง	2) ผู้วิจัยชมเชยผู้ที่มีน้ำหนักลดลง และให้กำลังใจผู้มีน้ำหนักเท่าเดิม และเพิ่มขึ้น	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง : การใช้ คำพูดชักจูง แนวคิดการ กำกับตนเอง : การแสดง ปฏิกิริยาต่อตนเอง
	เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความสามารถ และการ กำกับตนเอง	3) ผู้วิจัยซักถามปัญหาและ อุปสรรคในการนำไปปฏิบัติ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ วางแผน แก้ไขปัญหา	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง: ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	4) ผู้วิจัยสรุปผลของกิจกรรมที่ได้ ทำไปแล้วทั้งหมด	การกำกับตนเอง : การ ตัดสินใจตนเอง
5 - 8	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	1) ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนทาง โทรศัพท์ ส่งเมลล์ และ Facebook	การกำกับตนเอง: การ สังเกตตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับ ตนเอง	2) สมาชิกบันทึกน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และการ ดูแลสุขภาพเป็นประจำ	การกำกับตนเอง: การ สังเกตตนเอง การตัดสินใจ ตนเอง การดูแลสุขภาพ ตนเอง

## ตาราง 8 (ต่อ)

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม	กิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
12	เพื่อพัฒนาการกำกับตนเอง	1) บันทึกรับประทานอาหารและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self	การกำกับตนเอง: การสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเอง
	เพื่อพัฒนาการกำกับตนเอง	2) ร่วมสังสรรค์ และแจกรางวัล สมาชิกกลุ่มทุกคนตามลำดับที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จและ กล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่เสียสละเวลาเข้ามาเข้าร่วมกิจกรรมปิดการทำกิจกรรมกลุ่ม	การกำกับตนเอง: การสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเอง

นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองยังประกอบไปด้วยวิทยากร สื่อการสอน และอุปกรณ์อื่น ซึ่งประกอบด้วย

1. คู่มือตารางรายการอาหารและจำนวนแคลอรี
2. คู่มือตารางกิจกรรม/ประเภทของการออกกำลังกายและจำนวนแคลอรี
3. แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง
4. อุปกรณ์เล่นเกมประกอบการบรรยายและกิจกรรมกลุ่ม
5. ตัวอย่างอาหารเพื่อใช้ในการสาธิตและฝึกปฏิบัติ
6. ผู้สาธิต/วิทยากรด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย
7. อุปกรณ์ประเภทสื่อการสอน ได้แก่ ธงโภชนาการ โปสเตอร์อาหาร 5 หมู่ กราฟดัชนีมวลกาย สไลด์ แผ่นพับ
8. อุปกรณ์ประกอบการออกกำลังกาย
9. ของที่ระลึก

## 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

### 2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อศึกษาลักษณะบางประการของวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบไปด้วย น้ำหนักเป็นกิโลกรัมและส่วนสูงเป็นเมตร เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง

#### ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

- (0) น้ำหนัก.....กิโลกรัม  
(1) ส่วนสูง.....เซนติเมตร

### 2.2.2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้วิจัยวัดการดูแลสุขภาพโดยปรับแบบวัดมาจากสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และอังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552) ที่ได้สร้างแบบวัดการดูแลสุขภาพวัดผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.85 ผู้วิจัยได้มีปรับข้อคำถามการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีข้อคำถาม 28 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” มีค่าความเชื่อมั่น 0.88

#### ตัวอย่างแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง

- (0) ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที
- ( ) 1. ไม่ได้ปฏิบัติเลย  
( ) 2. ปฏิบัติน้อย  
( ) 3. ปฏิบัติค่อนข้างน้อย  
( ) 4. ปฏิบัติค่อนข้างมาก  
( ) 5. ปฏิบัติมาก  
( ) 6. ปฏิบัติมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน จากคำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าตอบ “ปฏิบัติมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงถึงมีการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

### 2.2.3 แบบสอบถามการกำกับตนเอง

ผู้วิจัยวัดการกำกับตนเองจากแบบวัดที่ปรับมาจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ได้สร้างแบบวัดการกำกับตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.81 และแบบวัดของอังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552) ที่ได้สร้างแบบวัดการกำกับตนเองวัดผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยแบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.80 ผู้วิจัยได้มีการปรับข้อคำถามการกำกับตนเองให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีข้อคำถาม 31 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.93

#### ตัวอย่างแบบสอบถามการกำกับตนเอง

(0) ท่านเตือนตัวเองให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน จากคำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าตอบ “ปฏิบัติมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ในคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงถึงมีการกำกับตนเองมากกว่า ผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมต่ำกว่า

### 2.2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผู้วิจัยวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพจากแบบวัดที่ปรับมาจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 และอังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552) ที่ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพวัดผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพจากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยแบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.73 ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีข้อคำถาม 12 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.88



### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาและการสร้างเครื่องมือวัดจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา และนิยามพฤติกรรมที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

#### 2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับนิสิตที่มีคณะพลศึกษาและคณะพยาบาลที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540) และหาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้ออยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 กับคะแนนรายฉบับอยู่ระหว่าง 0.88 – 0.93

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย ติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือจากคณบดีคณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและขอใช้สถานที่

1.2 ติดต่อประสานงานกับอาจารย์หรือผู้ประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทำการคัดเลือกนิสิตตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

1.4 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ

1.5 ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

#### 2. ระยะดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา 13 สัปดาห์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะดำเนินการก่อนการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ตัวแปรตามที่ต้องเก็บข้อมูลในระยะนี้ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง

## 2.2 ระยะดำเนินการปรับพฤติกรรม

2.2.1 กลุ่มทดลอง 1 เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มทดลอง 2 เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีการจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 120 นาที โดยกลุ่มทดลอง 1 ในวันอังคาร และกลุ่มทดลองที่ 2 จัดกิจกรรมในวันพฤหัสบดีเวลา 15.00 – 17.00 น. เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

2.2.2 ระยะกระตุ้นเตือนจากสัปดาห์ที่ 5 ถึงสัปดาห์ที่ 8 จะกระตุ้นเตือนด้วยการโทรศัพท์ ทางเมลล์ และ Facebook อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับกลุ่มทดลอง 1 โดยสมาชิกภายในกลุ่ม และกลุ่มทดลอง 2 จะกระตุ้นเตือนด้วยการโทรศัพท์ และทางเมลล์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัย ในระยะนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้บันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ประจำวัน และการควบคุมอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด ร่วมกับการชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอวทุกสัปดาห์

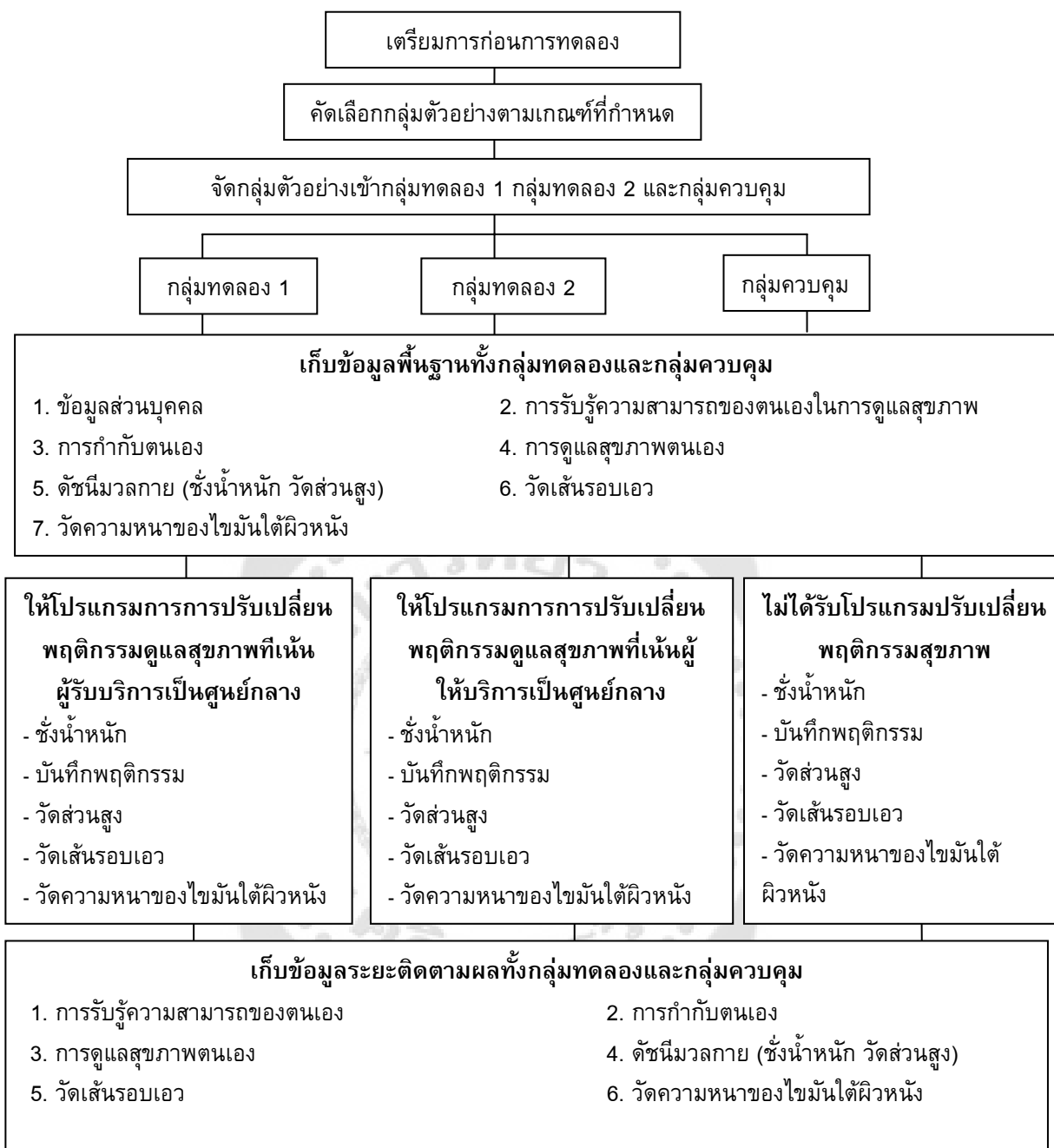
2.2.3 กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม วัดและประเมินผลตัวแปรตามหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที (8 สัปดาห์)

2.2.4 กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม วัดและประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว 1 เดือน

ระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2555 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2556 สำหรับกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ปฏิบัติตัวตามปกติในชีวิตประจำวัน

**2.3 ระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12** เป็นระยะที่ให้กลุ่มตัวอย่างยุติการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปแล้ว 4 สัปดาห์ และทำการวัดข้อมูลตัวแปรตาม ในสัปดาห์ที่ 12 นอกจากการเก็บข้อมูลตัวแปรตามแล้ว ยังให้ทำแบบประเมินความพึงพอใจภาพรวมของโปรแกรม สัมภาษณ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมเพื่อติดตามการปฏิบัติด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในชีวิตประจำวันเพิ่มเติม





ภาพประกอบ 10 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรในแต่ละระยะ

## การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ตรวจสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้ ความเบ้ ความโด่ง และสถิติ Shapiro-Wilk
3. ตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของตัวแปร โดยใช้ สถิติบ็อกซ์ (Box's M) เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANOVA
4. ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยใช้การวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ 2 ทาง (Two - way Repeated Measures MANOVA และ Two-way ANOVA with Repeated Measures)
5. ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 2 – 6 โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA และ ANOVA with Repeated Measures)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย มีสมมุติฐานการวิจัย 5 ข้อ ที่เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับครั้งที่ของการวัด ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และ ภาวะอ้วน
2. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และ นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และ นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง
4. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และ นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
5. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และ นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลอง

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน	ค่าสถิติ F ที่ได้จากการคำนวณ
Sig.	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ .05)
Std. Error	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
df	แทน	ระดับของความเป็นอิสระ
SS	แทน	ผลรวมของกำลังสอง
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง)

P	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
$\Lambda$	แทน	ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปร
Partial $\eta^2$	แทน	ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size)
F	แทน	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวน
Multivariate F test	แทน	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร
G	แทน	รูปแบบโปรแกรม (G1 คือ รูปแบบโปรแกรมที่ใช้กับกลุ่มทดลอง 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง .G2 คือ รูปแบบโปรแกรมที่ใช้กับกลุ่มทดลอง 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง G3 คือ กลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ)
T	แทน	ครั้งของการวัด แบ่งออกเป็น 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง (T1) ครั้งที่ 2 หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (T2) และ ครั้งที่ 3 หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 (T3)
N	แทน	จำนวนนักศึกษาในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม

### ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากนิสิต 3 คณะ คือ คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 – 3 ที่สมัครใจเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีภาวะอ้วนจำนวน 72 คน เป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน

การวิจัยครั้งนี้ได้ออกแบบการวิจัยในลักษณะการวัดซ้ำ (Repeated Measure Design) ซึ่งทำการวัดตัวแปรดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง การดูแลสุขภาพ การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง 3 ครั้งด้วยกัน ได้แก่

การวัดครั้งที่ 1 : ก่อนทดลอง (T1)

การวัดครั้งที่ 2 : หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (T2) และ

การวัดครั้งที่ 3 : หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 (T3)

สำหรับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ใน 3 ครั้งของการวัด ซึ่งจำแนกตามประเภทของรูปแบบของโปรแกรม (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 9

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การทำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง 1 (N=22)		กลุ่มทดลอง 2 (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>						
ก่อนการทดลอง	51.36	7.56	51.30	9.53	49.95	7.02
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	54.59	9.60	53.25	9.01	49.65	7.02
หลังเสร็จสิ้นการทดลองสัปดาห์ที่ 12	57.22	6.80	53.50	6.57	49.90	6.39
<b>2. การทำกับตนเอง</b>						
ก่อนการทดลอง	129.72	13.69	129.25	17.27	123.60	20.09
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	143.36	18.88	132.15	18.47	126.05	18.18
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	149.45	18.43	133.60	20.97	127.30	19.10
<b>3. การดูแลสุขภาพตนเอง</b>						
ก่อนการทดลอง	104.50	9.00	99.05	13.40	103.15	10.89
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	110.57	10.76	106.35	9.39	103.45	7.68
หลังเสร็จสิ้นการทดลองสัปดาห์ที่ 12	112.04	12.54	105.35	11.82	103.05	7.38
<b>4. ดัชนีมวลกาย</b>						
ก่อนการทดลอง	27.94	2.64	27.38	2.08	28.22	3.15
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	26.16	2.71	26.76	2.01	28.09	3.17
หลังเสร็จสิ้นการทดลองสัปดาห์ที่ 12	25.86	2.80	26.69	2.06	28.16	3.19
<b>5. เส้นรอบเอว</b>						
ก่อนการทดลอง	89.04	6.77	87.72	6.01	88.42	7.86
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	85.13	5.94	86.12	5.90	88.00	8.08
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	82.72	5.79	85.70	5.85	88.07	8.10
<b>6. ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังก่อน</b>						
การทดลอง	40.82	4.35	40.22	2.57	40.34	3.96
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	38.67	3.93	38.96	2.66	40.24	4.11
หลังเสร็จสิ้นการทดลองสัปดาห์ที่ 12	37.12	4.05	38.31	2.07	40.27	4.00

จากตาราง 9 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมสรุปได้ว่า คะแนนรวมเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ

หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.36, 54.59 และ 57.22 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนรวมเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 51.30, 53.25 และ 53.50 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self มีคะแนนรวมเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองค่อนข้างคงที่ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.95, 49.65 และ 49.90 ตามลำดับ

คะแนนรวมเฉลี่ยตัวแปรการกำกับตนเองของกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีแนวโน้มค่าเฉลี่ยการกำกับตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.72, 143.36 และ 149.45 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง มีแนวโน้มค่าเฉลี่ยการกำกับตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 129.25, 132.15 และ 133.60 ส่วนกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self มีค่าเฉลี่ยการกำกับตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 คือ 123.60, 126.05 และ 127.30 ตามลำดับ

คะแนนรวมเฉลี่ยตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ 104.50, 110.57 และ 112.04 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ 99.05, 106.35 และ 105.35 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ค่อนข้างคงที่ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.15, 103.45 และ 103.05 ตามลำดับ

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อการทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Two - way Repeated Measures MANOVA, MANOVA และ ANOVA with Repeated Measures ทั้งนี้ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การแจกแจงของตัวแปรเป็นปกติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่มละ 24 คน การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลจึงใช้การตรวจสอบความเบ้และความโด่งของตัวแปรแต่ละตัวควบคู่ไปกับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk (ผจญจิต อินทสุวรรณ, 2545: 44, 51) ซึ่งผลการวิเคราะห์

ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรดัชนีมวลกาย และตัวแปรเส้นรอบเอวของกลุ่มควบคุม ดังนั้น จึงถือได้ว่าตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงเป็นปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

2. ความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม จากการตรวจสอบโดยใช้ Box's M Test พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANOVA แสดงดังภาคผนวก ค) กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANOVA และได้ตรวจสอบตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มก่อนการทดลองแล้ว พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงนำไปสู่การทดสอบสมมติฐานได้ สำหรับรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อการทดสอบสมมติฐานมีดังนี้

**สมมติฐาน 1** มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับครั้งที่ของการวัดที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และ ภาวะอ้วน

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลอง และครั้งที่ของการวัด

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda ( $\Lambda$ )	Multivariate F test	df	p	Partial $\eta^2$
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่มการทดลอง (A)	.71	1.65	12	.08	.15
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ครั้งที่ของการวัด (B)	.16	20.04	12	.00*	.83
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	.17	5.66	24	.00*	.58

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่ม เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลอง และครั้งที่ของการวัดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test =5.66. df=24. p=.00) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .58 แสดงว่า ผลของกลุ่มการทดลองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เปลี่ยนไปตามครั้งที่ของการวัด ซึ่งผลดังกล่าวทำให้ไม่สามารถสรุปผลของกลุ่มการทดลองและครั้งที่ของการวัดในการวิเคราะห์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ต่อ

โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way ANOVA with repeated measures) ของตัวแปรตามทีละตัวแปร เพื่อพิจารณาอิทธิพลของกลุ่มการทดลองกับครั้งของการวัด ที่มีต่อตัวแปรตามแต่ละตัวแปร มีรายละเอียดการวิเคราะห์ตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำ จำแนกรายตัวแปรของ พฤติกรรมสุขภาพ 3-Self โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>						
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>						
กลุ่มทดลอง1-กลุ่มทดลอง2-กลุ่มควบคุม (A)	662.32	2	331.16	3.39	.04*	.10
ความคลาดเคลื่อน	5749.07	59	97.44			
<b>ภายในกลุ่ม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังสัปดาห์ที่ 12 (B)	224.22	2	112.11	2.58	.08	.04
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	196.48	3.83	51.23	1.13	.34	.04
ความคลาดเคลื่อน	2073.37	59	35.14			
<b>การกำกับตนเอง</b>						
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>						
กลุ่มทดลอง1-กลุ่มทดลอง2-กลุ่มควบคุม (A)	7413.48	2	3706.74	4.90	.01*	.14
ความคลาดเคลื่อน	44622.14	59	756.30			
<b>ภายในกลุ่ม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังสัปดาห์ที่ 12 (B)	2771.40	2	1385.70	10.65	.00*	.15
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	1834.54	4	460.88	3.54	.01*	.11
ความคลาดเคลื่อน	9820.55	59	166.45			
<b>การดูแลสุขภาพตนเอง</b>						
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>						
กลุ่มทดลอง1-กลุ่มทดลอง2-กลุ่มควบคุม (A)	1357.78	2	678.89	5.20	.01*	.15
ความคลาดเคลื่อน	7699.35	59	130.49			
<b>ภายในกลุ่ม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังสัปดาห์ที่ 12 (B)	861.23	2	430.61	4.26	.02*	.08
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	441.33	3.99	110.37	1.09	.36	.04
ความคลาดเคลื่อน	6059.72	59	102.70			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

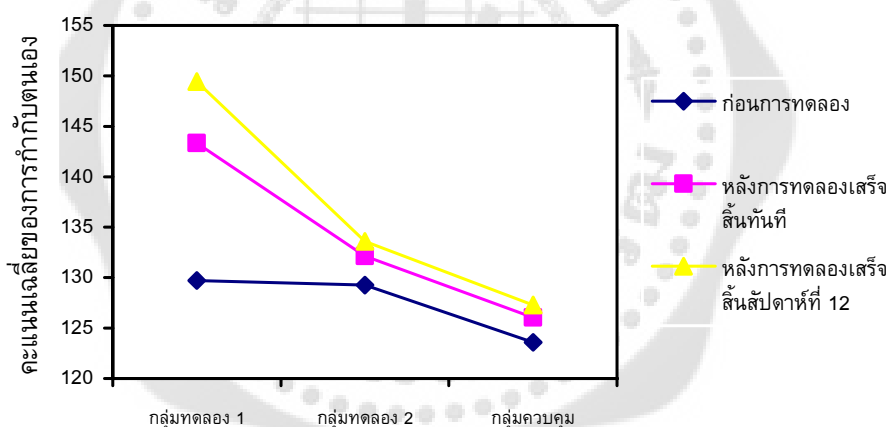


จากตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด สามารถสรุปและแปลผลได้ดังนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและครั้งของการวัด ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=1.13$ .  $df=3.83$ .  $p=.34$ ) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่แตกต่างกัน

การกำกับตนเอง ผลการวิเคราะห์พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและครั้งของการวัด ( $F=3.54$ .  $df=2$ .  $P=.01$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .11 แสดงว่า ผลของกลุ่มทดลองมีต่อการกำกับตนเองเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด

การดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและครั้งของการวัด ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=1.09$ .  $df=3.99$ .  $P=.36$ ) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัดไม่แตกต่างกัน

จากปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำเสนอกราฟเส้นแสดงระดับคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเอง ตามภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของการกำกับตนเองของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม และครั้งของการวัดระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

จากกราฟ แสดงอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับครั้งของการวัดที่มีต่อการกำกับตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน พบว่า ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ แบบ Ordinal Interaction Effect ซึ่งผลปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เฉพาะขนาดของความสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (กลุ่มทดลอง/ครั้งของการวัด) กับตัวแปรตาม (การกำกับตนเอง) เปลี่ยนไปตามแต่ละค่าของตัวแปรอิสระอื่น (กลุ่มทดลอง/ครั้งของการวัด) แต่การเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่มากพอที่จะเปลี่ยนทิศทางของความสัมพัทธ์ให้เป็นไปในทางตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง จึงดูที่ผลนัยสำคัญที่ Main Effect (นำชัย สุภฤกษ์ชัยสกุล. ม.ป.ป.)

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองต่างกันส่งผลให้การกำกับตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกราฟแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ส่วนครึ่งของการวัดพบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองสูงกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ทั้งในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของภาวะอ้วน โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลอง และครึ่งของการวัด

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda ( $\Lambda$ )	Multivariate F test	df	p	Partial $\eta^2$
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่มการทดลอง (A)	.93	.672	12	.67	.03
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ครึ่งของการวัด (B)	.22	32.2	12	.00*	.78
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	.24	9.43	24	.00*	.51

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่ม เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลอง และครึ่งของการวัดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test =5.66. df=24. p=.00) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .51 แสดงว่าผลของกลุ่มการทดลองที่มีผลต่อภาวะอ้วนเปลี่ยนไปตามครึ่งของการวัด ซึ่งผลดังกล่าวทำให้ไม่สามารถสรุปผลของกลุ่มการทดลองและครึ่งของการวัดในการวิเคราะห์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ต่อ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way ANOVA with repeated measures) ของตัวแปรตามทีละตัวแปร เพื่อพิจารณาอิทธิพลของกลุ่มการทดลองกับครึ่งของการวัดที่มีต่อตัวแปรตามแต่ละตัวแปร มีรายละเอียดการวิเคราะห์ตาราง 11

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำ จำแนกรายตัวแปรของ  
ภาวะอ้วน โดยพิจารณาตามครั้งที่ของการวัด

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>ดัชนีมวลกาย</b>						
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>						
กลุ่มทดลอง1-กลุ่มทดลอง2-กลุ่มควบคุม (A)	78.64	2	39.32	1.83	.16	.06
ความคลาดเคลื่อน	1266.47	59	21.46			
<b>ภายในกลุ่ม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังสัปดาห์ที่ 12 (B)	33.33	2	16.67	119.34	.00*	.66
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	25.74	4	6.43	46.08	.00*	.61
ความคลาดเคลื่อน	12.38	59	.21			
<b>เส้นรอบเอว</b>						
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>						
กลุ่มทดลอง1-กลุ่มทดลอง2-กลุ่มควบคุม (A)	205.50	2	102.75	.76	.47	.02
ความคลาดเคลื่อน	7939.92	59	134.57			
<b>ภายในกลุ่ม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังสัปดาห์ที่ 12 (B)	271.32	2	135.66	116.73	.00*	.66
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	202.64	4	50.66	43.59	.00*	.59
ความคลาดเคลื่อน	106.78	59	1.81			
<b>ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</b>						
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>						
กลุ่มทดลอง1-กลุ่มทดลอง2-กลุ่มควบคุม (A)	68.65	2	34.32	.93	.39	.03
ความคลาดเคลื่อน	2162.78	59	36.65			
<b>ภายในกลุ่ม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังสัปดาห์ที่ 12 (B)	113.14	2	56.57	41.08	.00*	.41
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	69.26	4	17.31	12.57	.00*	.29
ความคลาดเคลื่อน	121.01	59	2.05			

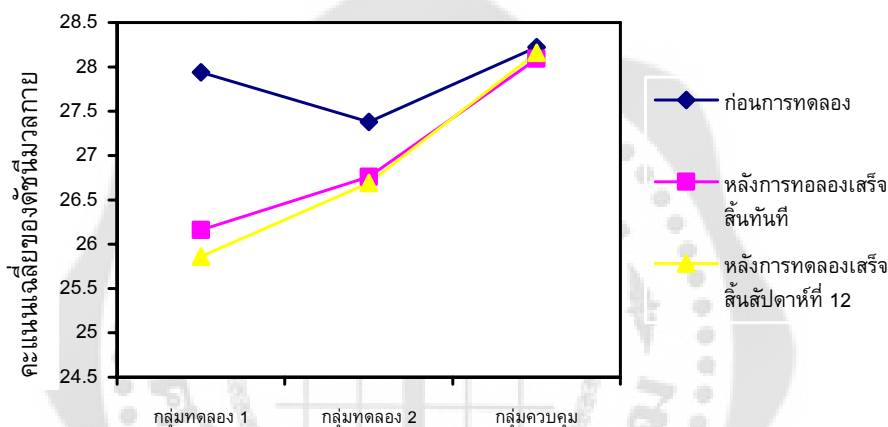
\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามครั้งที่ของการวัด สามารถสรุปและแปลผลได้ดังนี้ ดัชนีมวลกาย ผลการวิเคราะห์ ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและครั้งที่ของการวัด พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=46.08$ ,  $df=2$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .61 แสดงว่า ผลของกลุ่มทดลองมีต่อดัชนีมวลกายเปลี่ยนไปตามครั้งที่ของการวัด

เส้นรอบเอว ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=43.59$ ,  $df=2$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .59 แสดงว่า ผลของกลุ่มทดลองมีต่อเส้นรอบเอวเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด

ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ผลการวิเคราะห์ ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=12.57$ ,  $df=2$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .29 แสดงว่าผลของกลุ่มทดลองมีต่อความหนาของไขมันใต้ผิวหนังเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด

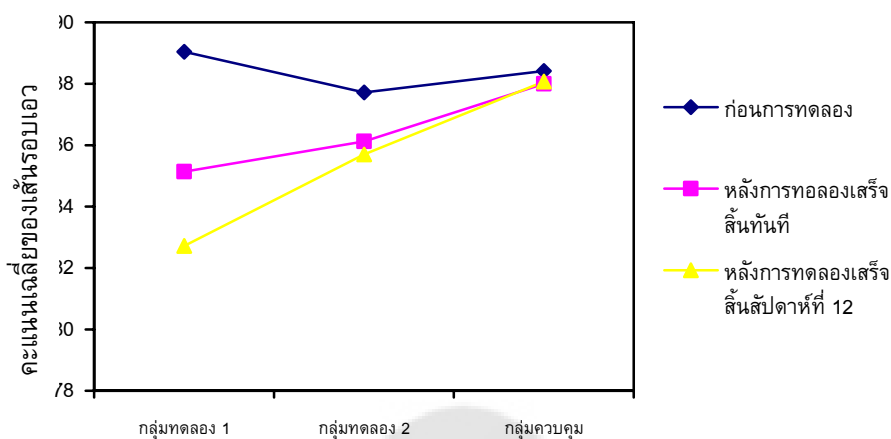
### ดัชนีมวลกาย



ภาพประกอบ 12 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม และครั้งของการวัดระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

จากกราฟ แสดงอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับครั้งของการวัดที่มีต่อการดัชนีมวลกายของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน พบว่า ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ แบบ ordinal Interaction Effect ซึ่งผลปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เฉพาะขนาดของความสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (กลุ่มการทดลอง/ครั้งของการวัด) กับตัวแปรตาม (ดัชนีมวลกาย) เปลี่ยนไปตามแต่ละค่าของตัวแปรอิสระอื่น (กลุ่มการทดลอง/ครั้งของการวัด) แต่การเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่มากพอที่จะเปลี่ยนทิศทางของความสัมพัทธ์ให้เป็นไปในทางตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง จึงดูผลนัยสำคัญที่ Main Effect (นำชัย สุภฤกษ์ชัยสกุล. ม.ป.ป.) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มการทดลองที่ต่างกันส่งผลให้ดัชนีมวลกายต่างกันอย่างน้อยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกราฟแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ทั้งในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2

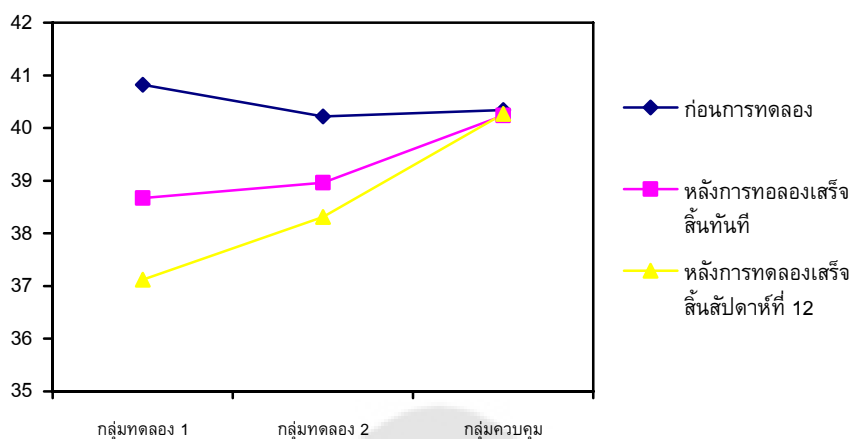
## เส้นรอบเอว



ภาพประกอบ 13 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม และครั้งของการวัดระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสัปดาห์ที่ 12 หลังการทดลองเสร็จสัปดาห์ที่ 12

จากกราฟ แสดงอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับครั้งของการวัดที่มีต่อเส้นรอบเอวของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน พบว่า ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ แบบ ordinal Interaction Effect ซึ่งผลปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เฉพาะขนาดของความสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (กลุ่มการทดลอง/ครั้งของการวัด) กับตัวแปรตาม (เส้นรอบเอว) เปลี่ยนไปตามแต่ละค่าของตัวแปรอิสระอื่น (กลุ่มการทดลอง/ครั้งของการวัด) แต่การเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่มากพอที่จะเปลี่ยนทิศทางของความสัมพัทธ์ให้ เป็นไปในทางตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง จึงดูที่ผลนี้สำคัญที่ Main Effect (นำชัย สุภฤกษ์ชัยสกุล. ม.ป.ป.) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มการทดลองที่ต่างกันส่งผลให้เส้นรอบเอวต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกราฟแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองเสร็จสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองเสร็จสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองเสร็จสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่าหลังการทดลองเสร็จสัปดาห์ที่ 12 ทั้งในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2

### ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง



ภาพประกอบ 14 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม และครั้งของการวัดระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

จากกราฟ แสดงอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับครั้งของการวัดที่มีต่อเส้นรอบเอวของวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน พบว่า ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ แบบ Ordinal Interaction Effect ซึ่งผลปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เฉพาะขนาดของความสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (กลุ่มการทดลอง/ ครั้งของการวัด) กับตัวแปรตาม (เส้นรอบเอว) เปลี่ยนไปตามแต่ละค่าของตัวแปรอิสระอื่น (กลุ่มการทดลอง/ ครั้งของการวัด) แต่การเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่มากพอที่จะเปลี่ยนทิศทางของความสัมพัทธ์ให้ เป็นไปในทางตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง การแปรผลจึงดูที่ผลนัยสำคัญที่ Main Effect (นำชัย ศุภฤกษ์ ชัยสกุล. ม.ป.ป.) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มการทดลองที่ต่างกันส่งผลให้เส้นรอบเอวต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกราฟแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ย คะแนนเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลอง เสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ทั้งในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2

สมมุติฐานที่ 2 กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางของตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda ( $\Lambda$ )	Multivariate F test	df	p	Partial $\eta^2$
ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	.78	2.43	6	.03*	.10
ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12	.69	3.82	6	.00*	.16

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 คะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 2.43$ ,  $p = .03$ ) และ ( $F = 3.82$ ,  $p = .00$ ) ตามลำดับ จากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองดังกล่าวข้างต้น จึงทำการทดสอบความแปรปรวนทีละตัวแปรเพื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อไป รายละเอียดผลการทดสอบแสดงในตาราง 16

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวจำแนกรายตัวแปรของพฤติกรรมสุขภาพ  
3 - Self เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง  
เสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที</b>						
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง1 กลุ่มทดลอง2 และกลุ่มควบคุม)	269.62	2	134.81	1.79	.17	.05
ความคลาดเคลื่อน	4421.61	59	74.94			
รวมกลุ่ม	175999	62				
<b>การกำกับตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง1 กลุ่มทดลอง2 และกลุ่มควบคุม)	3259.79	2	1629.89	4.74	.01*	.13
ความคลาดเคลื่อน	20252.59	59	343.26			
รวมกลุ่ม	1139466	62				
<b>การดูแลสุขภาพตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง1 กลุ่มทดลอง2 และกลุ่มควบคุม)	540.41	2	270.20	3.04	.05	.09
ความคลาดเคลื่อน	5233.23	59	88.69			
รวมกลุ่ม	714443.8	62				
<b>หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12</b>						
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง1 กลุ่มทดลอง2 และกลุ่มควบคุม)	563.22	2	281.61	6.46	.00*	.18
ความคลาดเคลื่อน	2570.66	59	43.57			
รวมกลุ่ม	181665	61				
<b>การกำกับตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง1 กลุ่มทดลอง2 และกลุ่มควบคุม)	5523.22	2	2761.61	7.26	.00*	.19
ความคลาดเคลื่อน	22432.4	59	380.21			
รวมกลุ่ม	1194924	62				
<b>การดูแลสุขภาพตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง1 กลุ่มทดลอง2 และกลุ่มควบคุม)	926.52	2	463.26	3.90	.02*	.11
ความคลาดเคลื่อน	6998.45	59	118.61			
รวมกลุ่ม	7924.98	62				

จากตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) พบว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองของกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 4.74$ ,  $p = .01$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การทำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 6.46, p = .00$  ;  $F = 6.46, p = .00$  ; และ  $F = 3.90, p = .02$ ) ตามลำดับ

จากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองดังกล่าวข้างต้น จึงทำการการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การทำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองดังตาราง 17

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ระหว่างกลุ่มการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	คะแนนเฉลี่ย	การเปรียบเทียบรายคู่	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง	Std. Error	Sig
<b>หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที</b>						
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	G1	54.59	G1 > G2	1.34	2.67	1.00
	G2	53.25	G1 > G3	4.94	2.67	.20
	G3	49.65	G2 > G3	3.60	2.73	.58
การทำกับตนเอง	G1	143.36	G1 > G2	11.21	5.72	.16
	G2	132.15	G1 > G3	17.31	5.72	.01*
	G3	126.05	G2 > G3	6.10	5.85	.90
การดูแลสุขภาพตนเอง	G1	110.57	G1 > G2	4.22	2.91	.45
	G2	106.35	G1 > G3	7.12	2.91	.05
	G3	103.45	G2 > G3	2.90	2.97	1.00
<b>หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12</b>						
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	G1	57.22	G1 > G2	3.72	2.03	.21
	G2	53.50	G1 > G3	7.32	2.03	.00*
	G3	49.90	G2 > G3	3.60	2.08	.26
การทำกับตนเอง	G1	149.45	G1 > G2	15.85	6.02	.03*
	G2	133.60	G1 > G3	22.15	6.02	.00*
	G3	127.30	G2 > G3	6.30	6.02	.93
การดูแลสุขภาพตนเอง	G1	112.04	G1 > G2	6.69	3.36	.15
	G2	105.35	G1 > G3	8.99	3.36	.02*
	G3	103.05	G2 > G3	2.30	3.44	1.00

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

G1 หมายถึง กลุ่มทดลอง 1. G2 หมายถึง กลุ่มทดลอง 2 และ G3 หมายถึง กลุ่มควบคุม

จากตาราง 16 พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยของการทำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า กลุ่มทดลอง 1 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการทำกับตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ส่วนภายหลังเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลอง 1 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

การกำกับตนเอง พบว่า กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลอง 1 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มควบคุม

การดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลอง 1 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

แต่กลุ่มทดลอง 2 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อดูค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มทดลอง 2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

สมมุติฐานข้อ 3 กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด กลุ่มทดลอง 1

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ	Multivariate	df	p	Partial $\eta^2$
	Wilks's Lambda ( $\Lambda$ )	F test			
ระหว่างครั้งของการวัด	.19	10.84	6	.00*	.80

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างครั้งของการวัด (ก่อนทดลอง ภายหลังจากทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12) ของกลุ่มทดลอง 1 พบว่าอิทธิพลหลักของครั้งของการวัดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test = .19. F = .10.87. p = .00) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .80 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง เปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด

จากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างครั้งของการวัดของกลุ่มทดลอง 1 จึงทำการทดสอบความแปรปรวนที่ละตัวแปรเพื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความแตกต่างของครั้งของการวัด กลุ่มทดลอง 1 อย่างมีนัยสำคัญต่อไป รายละเอียดผลการทดสอบแสดงในตาราง 22

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามครั้งของการวัดของกลุ่มทดลอง 1

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	2493.75	21	118.75			
ภายในกลุ่ม	1998.00	27.25	73.32			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	379.48	2	306.37	4.92	.03*	.19
ความคลาดเคลื่อน	1618.51	26.011	62.22			
<b>การกำกับตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	13908.48	21	662.30			
ภายในกลุ่ม	9144.00	29.146	313.73			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	4489.57	2	3388.87	20.25	.00*	.49
ความคลาดเคลื่อน	4654.42	27.821	167.30			
<b>การดูแลสุขภาพตนเอง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	6077.37	21	217.04			
ภายในกลุ่ม	6377.33	44	109.95			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	2517.05	2	1258.52	18.25	.00*	.39
ความคลาดเคลื่อน	3860.27	42	68.93			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างครั้งของการวัดรายตัวแปร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันตามครั้งของการวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=4.92$ ,  $df=2$ ,  $p=.03$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .19 การกำกับตนเอง ( $F=20.25$ ,  $df=2$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .49 และการดูแลสุขภาพตนเอง ( $F= 18.25$ ,  $df=2$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .39 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามครั้งของการวัดจากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญของครั้งของการวัดจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ดังตาราง 23

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ตามครั้งของการวัด (T) ของกลุ่มทดลอง 1

ตัวแปรตาม	ครั้งที่ของการวัด	คะแนนเฉลี่ย	การเปรียบเทียบรายคู่	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งของการวัด	Sig
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	T1	51.36	T2 > T1	6.07	.06
	T2	54.59	T3 > T1	7.54	.01*
	T3	57.22	T3 > T2	1.47	.70
การกำกับตนเอง	T1	129.72	T2 > T1	13.63	.00*
	T2	143.36	T3 > T1	19.72	.00*
	T3	149.45	T3 > T2	6.09	.00*
การดูแลสุขภาพตนเอง	T1	104.50	T2 > T1	3.22	.15
	T2	110.57	T3 > T1	5.86	.00*
	T3	112.04	T3 > T2	2.63	.25

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

T1 = วัดก่อนการทดลอง T2 = วัดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที T3 = วัดหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

จากตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ตามครั้งของการวัดการทดลองของกลุ่มทดลอง 1 พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนและได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

การกำกับตนเอง พบว่า กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีกำกับตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองสูงกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีค่ากับตนเองสูงขึ้นกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

การดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนและได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของตัวแปร 3 - Self โดยพิจารณาตามครั้งของการวัดของกลุ่มทดลอง 2

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda ( $\Lambda$ )	Multivariate F test	df	p	Partial $\eta^2$
ระหว่างครั้งของการวัด	.45	1.96	14	.13	.45

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างครั้งของการวัด (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12) ของกลุ่มทดลอง 2 พบว่า อิทธิพลหลักของครั้งของการวัดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test = .45. F = 1.96. P = .13) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .45 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การทำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่เปลี่ยนไปตามครั้งของการวัดการทดลอง

สมมุติฐานที่ 4 กลุ่มทดลอง 1 และ กลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางของตัวแปรภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลอง เสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda ( $\Lambda$ )	Multivariate F test	df	p	Partial $\eta^2$
ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และ กลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	.90	.99	6	.43	.05
ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และ กลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น แล้วสัปดาห์ที่ 12	.81	2.25	6	.04*	.16

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที คะแนนเฉลี่ยของภาวะอ้วนระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองเสร็จสิ้น สัปดาห์ที่ 12 คะแนนเฉลี่ยภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 2.25$ ,  $p = .04$ ) จากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ดังกล่าวข้างต้น จึงทำการทดสอบความแปรปรวนภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 ที่ละ ตัวแปรเพื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อไป รายละเอียดผลการทดสอบ แสดงในตาราง 19

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวจำแนกรายตัวแปรของภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12</b>						
<b>ดัชนีมวลกาย</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม)	56.66	2	28.33	3.79	.03*	.11
ความคลาดเคลื่อน	440.74	59	7.47			
รวมกลุ่ม	45276.02	62				
<b>เส้นรอบเอว</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม)	302.06	2	151.03	3.42	.03*	.10
ความคลาดเคลื่อน	2605.70	59	44.16			
รวมกลุ่ม	455203.25	62				
<b>ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</b>						
ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม)	104.93	2	52.46	4.29	.02*	.12
ความคลาดเคลื่อน	721.13	59	12.22			
รวมกลุ่ม	92836.48	62				

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังของกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 3.79$ ,  $p = .02$ ;  $F = 3.42$ ,  $p = .03$ ; และ  $F = 4.29$ ,  $p = .02$ ) ตามลำดับ

จากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองดังกล่าวข้างต้น จึงทำการการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การทำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองดังตาราง 20



ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะอัน ระหว่างกลุ่มการทดลองหลังการทดลอง เสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	คะแนนเฉลี่ย	การเปรียบเทียบรายคู่	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง	Std. Error	Sig
<b>หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12</b>						
ดัชนีมวลกาย	G1	25.86	G1 < G2	-.82	.84	.99
	G2	26.69	G1 < G3	-2.30*	.84	.02*
	G3	28.16	G2 < G3	-1.47	.86	.27
เส้นรอบเอว	G1	82.72	G1 < G2	-2.97	2.05	.45
	G2	85.70	G1 < G3	-5.34	2.05	.03*
	G3	88.07	G2 < G3	-2.37	2.10	.78
ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง	G1	37.12	G1 < G2	-1.18	1.08	.82
	G2	38.31	G1 < G3	-3.14	1.08	.01*
	G3	40.27	G2 < G3	-1.95	1.10	.24

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

G1 หมายถึง กลุ่มทดลอง 1. G2 หมายถึง กลุ่มทดลอง 2 และ G3 หมายถึง กลุ่มควบคุม

จากตาราง 23 พบว่า ภายหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางส่งผลให้มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันลดลงแตกต่างกับกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมุติฐานข้อ 5 กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลอง

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของตัวแปร ภาวะอ้วน โดยพิจารณาตามครั้งของการวัดของกลุ่มทดลอง 1

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda ( $\Lambda$ )	Multivariate F test	df	p	Partial $\eta^2$
ระหว่างครั้งของการวัด	.89	22.23	19	.00*	.99

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างครั้งของการวัด (ก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12) ของกลุ่มทดลอง 1 พบว่า อิทธิพลหลักของครั้งของการวัดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test = .89, F = 22.23, P = .00) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .99 แสดงว่า ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อภาวะอ้วน เปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด

จากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ระหว่างครั้งของการวัดในกลุ่มทดลอง 1 ดังกล่าว ข้างต้นจึงทำการทดสอบความแปรปรวนที่ละตัวแปร เพื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อไป

ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด ของกลุ่มทดลอง 1

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>ดัชนีมวลกาย</b>						
ระหว่างกลุ่ม	454.14	21	21.62			
ภายในกลุ่ม	68.42	26.22	2.60			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	55.64	2	46.67	91.38	.00*	.81
ความคลาดเคลื่อน	12.78	25.03	0.51			
<b>เส้นรอบเอว</b>						
ระหว่างกลุ่ม	2333.60	21	111.12			
ภายในกลุ่ม	526.66	28.99	18.16			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	447.36	2	339.48	118.46	.00*	.84
ความคลาดเคลื่อน	79.30	27.67	2.86			
<b>ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	970.11	21	46.19			
ภายในกลุ่ม	249.52	29.96	8.32			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	151.54	2	111.24	32.47	.00*	.60
ความคลาดเคลื่อน	97.98	28.60	3.42			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างครั้งของการวัด รายตัวแปร พบว่า มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายแตกต่างกันตามครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=91.38$ ,  $df=2$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .81 เส้นรอบเอว ( $F=118.46$ ,  $df=2$ ,  $P=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .84 และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ( $F=32.47$ ,  $df=2$ ,  $P=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .60 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัดจากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญของครั้งของการวัดจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังต่อไป

ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะอ้วน ตามครั้งของการวัด (T) ของกลุ่มทดลอง 1

ตัวแปรตาม	ครั้งที่ของการวัด	คะแนนเฉลี่ย	การเปรียบเทียบรายคู่	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งของการวัด	Sig
ดัชนีมวลกาย	T1	27.94	T2 < T1	-1.78	.00*
	T2	26.16	T3 < T1	-2.07	.00*
	T3	25.86	T3 < T2	-.29	.00*
เส้นรอบเอว	T1	89.04	T2 < T1	-3.90	.00*
	T2	85.13	T3 < T1	-6.31	.00*
	T3	82.72	T3 < T2	-2.40	.00*
ความหนาของไขมัน	T1	40.82	T2 < T1	-2.14	.00*
	T2	38.67	T3 < T1	-3.69	.00*
	T3	37.12	T3 < T2	-1.54	.00*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันตามครั้งของการวัด พบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ต่ำกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที แสดงว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของตัวแปร ภาวะอ้วน โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด กลุ่มทดลอง 2

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda ( $\Lambda$ )	Multivariate F test	df	p	Partial $\eta^2$
ระหว่างครั้งของการวัด	.12	17.83	14	.00*	.88

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างครั้งของการวัด (ก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12) ของกลุ่มทดลอง 2 พบว่า อิทธิพลหลักของครั้งของการวัดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test = .12, F = 17.83, = .00) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .88 แสดงว่า ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อภาวะอ้วนเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด

จากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ระหว่างครั้งของการวัดในกลุ่มทดลอง 2 ดังกล่าว ข้างต้นจึงทำการทดสอบความแปรปรวนทีละตัวแปร เพื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อไป

ตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามครั้งของการวัด ของกลุ่มทดลอง 2

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial $\eta^2$
<b>ดัชนีมวลกาย</b>						
ระหว่างกลุ่ม	238.28	19	12.54			
ภายในกลุ่ม	8.20	40	0.20			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	5.89	2	2.94	48.44	.00*	.71
ความคลาดเคลื่อน	2.31	38	0.06			
<b>เส้นรอบเอว</b>						
ระหว่างกลุ่ม	1950.81	19	102.67			
ภายในกลุ่ม	95.16	22.62	4.20			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	45.60	1.13	40.32	17.48	.00*	.48
ความคลาดเคลื่อน	49.55	21.49	2.30			
<b>ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</b>						
ระหว่างกลุ่ม	302.92	19	15.94			
ภายในกลุ่ม	77.50	28.92	2.68			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 12 สัปดาห์	37.96	1.44	26.25	18.24	.00*	.49
ความคลาดเคลื่อน	39.53	27.47	1.43			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างครั้งของการวัดรายตัวแปร พบว่า กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายแตกต่างกันตามครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=48.44$ ,  $df=2$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .71 เส้นรอบเอว ( $F=17.48$ ,  $df=2$ ,  $P=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .48 และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ( $F=18.24$ ,  $df=2$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .49 แสดงว่า ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด จากการพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติของครั้งของการวัดจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังต่อไป

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาวะอ้วนตามครั้งของการวัด (T) ของกลุ่มทดลอง 2

ตัวแปรตาม	ครั้งที่ของการวัด	คะแนนเฉลี่ย	การเปรียบเทียบรายคู่	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งของการวัด	Sig
ดัชนีมวลกาย	T1	27.38	T2 < T1	-.62	.00*
	T2	26.76	T3 < T1	-.69	.00*
	T3	26.69	T3 < T2	-.06	1.00
เส้นรอบเอว	T1	87.72	T2 < T1	-1.60	.01*
	T2	86.12	T3 < T1	-2.02	.00*
	T3	85.70	T3 < T2	-.42	.01*
ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง	T1	40.22	T2 < T1	-1.26	.01*
	T2	38.96	T3 < T1	-1.91	.00*
	T3	38.31	T3 < T2	-.65	.01*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังตามครั้งของการวัด พบว่า กลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงกว่าก่อนการทดลอง

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย ในบทนี้เป็นการนำเสนอสรุปสาระสำคัญของการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

#### ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย มีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อตรวจสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และครั้งของการวัดที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และภาวะอ้วน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ทั้งด้านรวม และด้านย่อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะอ้วน

#### สมมติฐานการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับครั้งที่ของการวัด ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และ ภาวะอ้วน
2. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง
4. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และ นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม



5. นิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 1 และนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตจาก 6 คณะที่กำลังศึกษาอยู่ในสาขาวิชาด้านสุขภาพ ที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 3 และมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และ/หรือ มีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในเพศชาย และตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในเพศหญิง และ/หรือมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง ได้มา 3 คณะ คือ คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ และ คณะสหเวชศาสตร์ คณะละ 24 คน โดยใช้ในการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) นิสิตคณะพลศึกษา คือ กลุ่มทดลอง 1 ให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คณะพยาบาลศาสตร์ คือ กลุ่มทดลอง 2 ให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และ คณะสหเวชศาสตร์ คือ กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

#### 2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1.1) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแบบวัดการกระทำ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและการจัดการความเครียดที่ส่งเสริมให้มีน้ำหนักลดลง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.88

2.1.2) แบบสอบถามการกำกับตนเอง เป็นการประเมินการแสดงออกถึงการกระทำของบุคคลในการสังเกตด้วยตนเองถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำกิจกรรมการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดให้ตนเองมีดัชนีมวลกายหรือเส้นรอบเอวลดลงในช่วงเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ประกอบด้วยข้อคำถาม 31 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.93

2.1.3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแบบวัดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทั้งการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องที่จะนำไปสู่การลดน้ำหนักได้ในช่วงเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมแบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.88

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self โดยแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

2.2.1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ ผู้รับบริการจะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบ และกำหนดข้อตกลง วางแผน และเป้าหมายในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รับฟังความเห็นของผู้อื่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อนในลักษณะเป็นคู่หู การติดตามเยี่ยมเยียน พูดคุยปัญหาอุปสรรคกับกลุ่ม ในการทำงานที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้น้ำหนักลดลงของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่ม โดยผู้ให้บริการจะทำหน้าที่สร้างบรรยากาศที่นำไปสู่การช่วยให้บุคคลเกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.2.2) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง เป็นโปรแกรมที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนัก โดยผู้ให้บริการจะมีบทบาทสำคัญโดยการบรรยาย อธิบาย สาธิต กำหนดเนื้อหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการจัดกิจกรรมให้กับผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟัง ผู้จด ผู้ตอบคำถามและปฏิบัติตามที่ผู้ให้บริการกำหนด

การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 จะได้รับการพัฒนาทั้ง 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองการกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 120 นาที การทำกิจกรรมในแต่ละครั้งมีระดับเป้าหมายของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม

ระยะที่ 2 เป็นการให้วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนดำเนินการกำกับตนเองและดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด จำนวน 4 สัปดาห์ โดยมีกระตุ้นเตือน การติดตามผลและให้ข้อมูลย้อนกลับโดยผู้วิจัยและเพื่อนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละประมาณ 90 นาที

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลของโปรแกรม ซึ่งจะให้วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนทำแบบวัดตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม

หลังจากได้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการพัฒนาหลักสูตรและฝึกอบรมทำการตรวจสอบเนื้อหาชุดฝึกอบรม กิจกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมมากขึ้นก่อนนำหลักสูตรไปทดลองใช้หลังจากที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนเพื่อเปรียบเทียบผลการฝึกอบรมการรู้เท่าทันสื่อก่อนและหลังการฝึกอบรม และหาความเหมาะสมด้านระยะเวลา การสื่อความหมายและผลกระทบอื่น ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนจะนำไปทดลองใช้จริง

### 3. การดำเนินการทดลอง มีขั้นตอนโดยสังเขป ดังนี้

3.1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย ติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือจากคณบดีคณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและขอใช้สถานที่

3.2) ติดต่อประสานงานกับอาจารย์หรือผู้ประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3) ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทำการคัดเลือกนิสิตตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

3.4) จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆที่แจ้งการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3.5) จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามก่อนการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม

3.6) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ในกลุ่มทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม โดยการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 120 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และมีการกระตุ้นเตือน การติดตามผลและให้ข้อมูลย้อนกลับโดยผู้วิจัยและเพื่อนสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

3.7) เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสัปดาห์ที่ 8 ดำเนินการวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และภาวะอ้วน ในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม

3.8) เมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว 1 เดือน (หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12) ดำเนินการวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และภาวะอ้วน ในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม

### 4. การจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการทดลองนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้คือ 1) ข้อมูลทั่วไป และลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2) ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยใช้การวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ 2 ทาง (Two - way Repeated Measures MANOVA และ Two-way ANOVA with Repeated Measures) 3) ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 2 – 6 โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA และ ANOVA with Repeated Measures)

## สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย สามารถสรุปได้ดังนี้

1. จากผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test =5.66, df=24, p=.00) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .58 แสดงว่า กลุ่มการทดลองที่มีผลต่อตัวแปรตาม (การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง) เปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ต่อ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way ANOVA with Repeated Measures) ของตัวแปรตามทีละตัวแปร เพื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัดที่มีต่อตัวแปรตามแต่ละตัวแปร คือ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีเพียงอิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=3.39$ ,  $df=2$ ,  $p=.04$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .10 ซึ่งแสดงว่าวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่อยู่กลุ่มการทดลองต่างกัมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน

การกำกับตนเองพบว่ามีอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด ( $F=3.54$ ,  $df=2$ ,  $p=.01$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .11 ซึ่งแสดงว่าผลของกลุ่มทดลองมีต่อการกำกับตนเองเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด

การดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า อิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 กลุ่มควบคุม) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=5.20$ ,  $df=2$ ,  $p=.01$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .15 ซึ่งแสดงว่าวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่อยู่กลุ่มการทดลองต่างกัมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และอิทธิพลหลักของครั้งของการวัด (ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที, หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=4.26$ ,  $p=.02$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .08 ซึ่งแสดงว่าครั้งของการวัดที่ต่างกันส่งผลให้วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ผลการวิเคราะห์ พบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=46.08$ ,  $p=.00$ ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .61 แสดงว่าผลของกลุ่มทดลองมีต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังเปลี่ยนไปตามครั้งของการวัด

2. จากผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 บางส่วน ที่พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลอง 1 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 –

Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองเสร็จสิ้นทันที และ หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลอง 1 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12

แต่กลุ่มทดลอง 2 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อดูค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มทดลอง 2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self กลุ่มทดลอง 1 สูงกว่า กลุ่มทดลอง 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่า คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองของกลุ่มทดลอง 1 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

3. จากผลการทดลองเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 บางส่วน ที่พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า กลุ่มทดลอง 1 ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีการกำกับตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 นอกจากนี้ หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลอง 1 มีคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองสูงกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้มีการกำกับตนเองสูงขึ้นกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที



## การอภิปรายผล

จากผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัยข้อ 1 – 5 เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังของกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง นั้น มีประสิทธิผลที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่สูงขึ้นไปตามระยะการทดลองตั้งแต่ก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ตามลำดับในกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม และพบผลการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (MANOVA with Repeated Measures , MANOVA และ ANOVA with Repeated Measures) เป็นไปตามสมมุติฐาน 1 – 5 ข้อ บางส่วน ได้แก่ 1) มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับครั้งที่ของการวัด ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และ ภาวะอ้วน 2) กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ทั้งในภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุม 3) กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง 4) กลุ่มทดลอง 1 และ กลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และ 5) กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีภาวะอ้วนทั้งในภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลอง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการอภิปรายผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่วนที่ 2 เป็นการอภิปรายผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

### ส่วนที่ 1 เป็นการอภิปรายผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนของวัยรุ่นที่เข้าโปรแกรมลดลงได้ ( $p < .05$ ) ได้ผลเช่นเดียวกับผลวิจัยของ อาริรัตน์ สุขโข (2546) ที่พบผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการควบคุมตนเอง ทำให้สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายได้ดีขึ้นจึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นผลตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน นอกจากนี้ เมื่อ

พิจารณากิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในงานวิจัยครั้งนี้ จะเน้นกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม และกิจกรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ใช้หลักการ สะกด สะกิด และสกัด ที่แสดงถึง การรับรู้ความสามารถตนเอง หรือเชื่อมั่นว่าตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีการกำกับพฤติกรรมตนเองและให้เพื่อนช่วยกำกับร่วมด้วย พร้อมการใช้ทักษะในการทำกิจกรรม 3 อ คือ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการจัดการความเครียด ซึ่งตรงกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura. 1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดให้เขาต้องใช้ความพยายามมากเท่าไร และต้องใช้ความมุมานะที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคต่างๆ และการที่บุคคลใช้ความพยายามและความมุมานะในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จสูง (Bandura; & Cervone. 1983) โดยผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive Process) จะมองภาพความสำเร็จและให้เป็นสิ่งที่นำทางการกระทำของเขา จึงพบผลในงานวิจัยครั้งนี้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และยังคงพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ภายหลังทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ทั้งนี้นักวิจัยไม่มีกิจกรรมใดนอกจากกระตุ้น ให้การเสริมแรงผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ facebook การกำกับเพื่อนช่วยเพื่อน และการตั้งรางวัลเพื่อเป็นการจูงใจให้กระทำพฤติกรรม เหตุที่พบผลเช่นนี้แสดงว่า กิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญนั้น ทำให้นิสิตนั้นได้ตระหนักเห็นความสำคัญและทำพฤติกรรมสุขภาพต่อเนื่องจาก นิสิตได้เห็นแบบอย่างเพื่อนในกลุ่มที่ทำสำเร็จ และประสบการณ์ตนเองที่ผ่านมา ทั้งที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้นมีผลให้น้ำหนักตัวลดลงเรื่อย ๆ จึงกระทำพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักได้ โดยการชักจูงกันนัดกันไปออกกำลังกาย และมีการเตือนกันในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เป็นต้น เช่นเดียวกับผลวิจัยของอินทรกำแหง (Intarakamhang. 2012) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ PROMISE ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มที่มีความเสี่ยงของโรคเมตาบอลิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ PROMISE ตามแบบจำลองชิป (CIPP Model) และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการ และค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอว ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนตัวแปร การกำกับตนเอง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปตามโปรแกรมและระยะเวลาการทดลอง แสดงว่าโปรแกรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญที่จัดให้มีกิจกรรม สะกด โดยให้เพื่อนช่วยเพื่อน ในการสังเกตและกระตุ้นเตือนเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม จึงส่งผลให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้มีประสิทธิผลต่อการกำกับตนเองและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวที่ลดลงเป็นไป



ตามเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ ชุงค์ และซิมเมอร์แมน (กนิษฐา จันทรฉาย. 2549; อ้างอิงจาก Schunk; & Zimmerman. 1997: 195-208) ที่กล่าวว่า การกำกับตนเองเป็น กระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุด และชินะพัฒน์ ชื่นแดชุ่ม (2542: 15) ได้กล่าวว่าในการใช้กลวิธีด้วยการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง จะส่งผลให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง เป็นไปตามแนวคิด การกำกับตนเอง (กนิษฐา จันทรฉาย. 2549; อ้างอิงจาก Schunk. 1994: 76) ที่มีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ด้วยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง การเตือนตนเอง (Self-monitoring) ด้วยการให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มและให้ตนเองคอยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และเมื่อกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้แล้ว จะให้เพื่อนสมาชิกกล่าวชื่นชม ยกย่อง พร้อมให้รางวัล ได้ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของมิเชล (Michael. 2003) ได้ศึกษาการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและป้องกันโรคจะช่วยป้องกันโรคอ้วนและบำบัดรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ประกอบกับใช้เทคนิคการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมน้ำหนักตั้งนั้นการกำกับตนเองจะเป็นสิ่งที่คอยควบคุมอิทธิพลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการวิจัยของจาคิกิ (Jakici. 2003) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการออกกำลังกายเพื่อศึกษาโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมน้ำหนักซึ่งอาจจะมากกว่าการเลือกรับประทานอาหาร เพราะว่าการออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนัก เมื่อควบคุมพลังงานจากสารอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วย ในการวิจัยดังกล่าว ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการกำกับตนเอง โดยให้แพทย์ทำการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีโรคอ้วนให้เริ่มออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 30 นาที ใน 5 วัน ต่อสัปดาห์) โดยที่แพทย์จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำกับพฤติกรรมด้วยการโทรศัพท์ไปสอบถามถึงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการให้ทำบันทึกสุขภาพเพื่อเป็นการเตือนตนเอง มีการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินตามสภาพจริง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการออกกำลังกายในระดับนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้จากภายนอก ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักได้ และสามารถควบคุมน้ำหนักในระยะยาวต่อไปด้วยการออกกำลังกาย 300 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 60 นาที ใน 5 วันต่อสัปดาห์) ผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการการควบคุมตนเองทั้งจากภายในและภายนอกสามารถที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และความสำเร็จที่ได้รับทราบนั้นจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรม จากที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (วัฒนาพร ระบุว่า 2542) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการให้โอกาสผู้เข้ารับบริการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้มากที่สุด ซึ่งกิจกรรมนั้นจะต้องมีลักษณะที่ช่วยให้มีส่วนร่วม (Participatory Learning) อย่าง active คือ

กระตุ้นให้มีความกระตือรือร้น มีความจดจ่อ ผูกพันกับสิ่งที่ทำกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ พร้อมมีการถ่ายโอนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้เพิ่มขึ้น จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ที่ทุกคนไปปฏิบัติในการทำพฤติกรรม 3 อ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและจัดการอารมณ์ พร้อมมีการสะท้อนความคิดและอภิปรายร่วมกัน (Reflect and Discussion) เมื่อมาประชุมร่วมกันและสื่อสารผ่าน facebook (ทิตนา แคมมณี. 2548: 15 – 26) ซึ่งจากแนวคิดรากฐานจากปรัชญาการศึกษาและทฤษฎีการเรียนรู้ ที่ทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเองมีความต่อเนื่องยั่งยืนกว่าและเป็นแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถพัฒนาผู้รับบริการให้มีคุณลักษณะที่ต้องการอย่างได้ผล (วัฒนาพร ระบุว่าทุกข. 2542 : 4) และในงานวิจัยครั้งนี้ได้มีการจัดการเรียนการสอนเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิต เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของนิสิตผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติจริงทุกขั้นตอน จนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้ปฏิบัติจริง (วัฒนาพร ระบุว่าทุกข. 2542: 11) และ ณัฐวุฒิ กิจรุ่งเรือง และคณะ (2545: 10) การปฏิบัติจนค้นพบข้อควรรู้และวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง และจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายที่แสวงหาและประสบการณ์ จึงสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ต่อเนื่องไม่เฉพาะช่วงเวลาที่มาพบปะกันในวันประชุมเท่านั้น จึงทำให้ผลการติดตามพฤติกรรม 3 – Self และภาวะอ้วนยังคงมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งระยะสั้นสุดการทดลองทันทีและหลังทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 เมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมและน้ำหนักตัวก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม

## ส่วนที่ 2 เป็นการอภิปรายผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

### 3 – Self ที่เห็นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

กลุ่มทดลอง 2 พบว่ามีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self เพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีภาวะอ้วนลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน แต่พบว่ามีภาวะอ้วนทั้งค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 12 ลดลงแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความมุ่งหมายที่จะให้วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถทำได้ตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดและตั้งเกณฑ์ไว้โดยยึดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วน ซึ่งอาจจะทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองที่ 2 อาจจะทำไม่ได้ตามที่กำหนด หรือไม่ชอบกิจกรรมที่กำหนดให้จึงส่งผลให้กลุ่มทดลอง 2 มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการจัดกิจกรรมที่กำหนดวัตถุประสงค์ให้นิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ทราบอย่างชัดเจนว่าพฤติกรรมอย่างไรที่จะทำให้ภาวะอ้วนลดลง เพื่อให้ นิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรมได้พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นและได้ให้ลงมือฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะและการเรียนรู้ในกิจกรรมที่ได้จัดขึ้น

และผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาและความรู้กับนิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างทั่วถึงกันจึงทำให้มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังภายหลังการทดลองทันที และภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วสัปดาห์ที่ 12 ลดลงแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณา จ้องสาระ (2553) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้สุขภาพผ่านสื่อวิทยุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ โดยการใช้รูปแบบการให้ความรู้สุขภาพผ่านสื่อวิทยุรายการนมเบอร์วัน 108 เมกกะเฮิรตซ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นนักจัดรายการวิทยุที่จัดรายการและสอดแทรกสาระสุขภาพเข้าในช่วงรายการ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง และมีการสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องชนิดของการทำงาน เวลาในการทำงาน ระดับการศึกษา การด้อยโอกาสในการรับรู้ข่าวสารทางสื่อทุกชนิด ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองต้องรับฟังรายการนมเบอร์วัน 108 เมกกะเฮิรตซ์ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำการให้ความรู้ผ่านสื่อวิทยุมีเนื้อหาที่มุ่งเน้นและส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินรายการในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 – 12.00 น. โดยจะพูดข้อมูลความรู้สุขภาพ ครั้งละ 15 นาที ทุกชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน รวมทั้งสิ้น 120 ครั้ง คิดเป็นเวลารวม ประมาณ 30 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ หลังจากเสร็จสิ้นการให้ความรู้ 6 สัปดาห์ จึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีในสัปดาห์ที่ 6 อาจเป็นเพราะการสะสมสิ่งที่ได้เรียนรู้จนกระทั่งเป็นความจำถาวรและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จนทำให้กลายเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. ผู้เข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม ในการแบ่งกลุ่มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ควรให้ผู้เข้ารับการอบรมมีอิสระในการเลือกกลุ่มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง และควรเลือกจะกลุ่มที่มีชีวิตประจำวันคล้ายๆ กัน เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พร้อมกันภายในกลุ่ม จะทำให้การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีความสะดวกและประสบผลสำเร็จมากขึ้น
2. ในการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้ ผู้ที่จะนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ควรศึกษาเทคนิคการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกและติดตามผลการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะเป็นหลักสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้เข้าโปรแกรมได้ตระหนักและมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งเครื่องมือในการบันทึกจะทำให้ผู้เข้ารับโปรแกรมมีการประเมินและติดตามผลที่เกิดขึ้นและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

3. ควรศึกษาลักษณะของบุคคลที่จะเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางก่อนเริ่มโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากโปรแกรมนี้ออกแบบมาเพื่อใช้กับนิสิตที่เรียนทางด้านสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ดังนั้น การนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไปใช้กับบุคคลกลุ่มอื่น ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ การมีความรู้และทักษะการจัดกิจกรรมกลุ่มจะช่วยให้โปรแกรมประสบผลสำเร็จมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นนิสิตเฉพาะสาขาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้นิสิตได้ตระหนักและเห็นความสำคัญที่เป็นผลจากความคาดหวังของสังคมต่อนิสิตกลุ่มนี้ที่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาเปรียบเทียบกับนิสิตในกลุ่มสาขาอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ เช่น สาขาด้านสังคมศาสตร์ สาขามนุษยศาสตร์ เป็นต้น เพื่อพิจารณาว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะมีประสิทธิผลกับกลุ่มนิสิตที่ไม่เคยมีความรู้ด้านสุขภาพมาก่อน ได้ผลดีเช่นกันหรือไม่

2. ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการวัดพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการวัดพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนซ้ำต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กมลพรรณ เมฆวรรุณี; และอัมพร ชัยศิริรัตน์. (2544). *คลินิกคนอ้วน*. กรุงเทพฯ: อัลฟ่าพับลิชซิ่ง.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือแนวทางการดูแลรักษาโรคอ้วน*. กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมการปกครอง. (2553). *ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับจำนวนประชากร ณ เดือนธันวาคม 2553*. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2555, จาก <http://stat.bora.dopa.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *ความเครียดของคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี 2546*. นนทบุรี: บียอนด์พับลิชซิ่ง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *ความเสี่ยงจากการกินอาหาร*. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2554, จาก [www.thaihealth.com](http://www.thaihealth.com).
- กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติสาธารณสุขประจำปี 2550*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโภชนาการ. (2550). *โรคอ้วนลงพุง*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *คู่มือก้าวสู่องค์กรไร้พุง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กฤษดา ศิรามพุช. (2549). *ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากโรคอ้วน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.
- กฤษมา สุริยา. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภู*. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2543). *อ้วนไขมัน*. กรุงเทพฯ: สยามสปอร์ต ซินดิเคต.
- ขวัญตา ฮวดศิริ. (2547). *ความรู้เกี่ยวกับอาหารและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (คหกรรมศาสตรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- คณะกรรมการจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2549). *สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ*. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

- จุฑาหวดี วงษ์สมบัติ. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน. พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จรีพร คงประเสริฐ. (2554). หลักการวิธีการและเป้าหมายของการควบคุมน้ำหนัก. อ้วนและอ้วน ลงพุง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง. หน้า 116 – 127.
- ชินะพัฒน์ ชื่นแด่ขุ่ม. (2542). ผลของการใช้กระบวนการเรียนการสอนตามแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของไวคอตสกีที่มีต่อทักษะทางภาษาไทยและการกำกับตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. ค.จ. (หลักสูตรและการสอน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จิตติมา บำรุงญาติ. (2549). ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกัลป์ยานวัตรจังหวัดขอนแก่น. ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐกานต์ ทองสนธิ. (2549). การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุบางลักษณะที่มีต่อยุทธวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยและสถิตติ การศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐวุฒิ กิจรุ่งเรือง; และคณะ. (2545). ผู้เรียนเป็นสำคัญและการเขียนแผนจัดการเรียนรู้ของครูมืออาชีพ. กรุงเทพฯ: สถาพรบุ๊คส์.
- ดวงพร กตัญญูตานนท์. (2554, มกราคม – มิถุนายน). ภาวะโภชนาการและพฤติกรรม 3 อ. ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มฉก.วิชาการ. 14(28): 67 – 84.
- ทิตนา แคมมณี. (2548). รูปแบบการเรียนการสอนทางเลือกที่หลากหลาย. กรุงเทพฯ: ตำนานสุธา การพิมพ์.
- ธนวรรธน์ อิมสมบูรณ์. (2549). แนวคิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารประกอบการสอน นิสิตปริญญาโท. สาขาสุขศึกษา. คณะศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- นัฐพร กกสูงเนิน. (2552). ผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบวงเอวของหญิงก่อนวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน. พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2546). โครงการทบทวนองค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นาตาชา เดชดำรงคุณ. (2549). *ผอมเร็วทันใจใน 7 วันด้วยโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเร่งด่วน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เอ็มมีเดีย.
- บุญร่วม แก้วบุญเรือง. (2548). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ส.ม. (สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ประเทือง ภูมิภักทราคม. (2540). *การปรับพฤติกรรม:ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พริ้นซตั้ง เข้าส์.
- ปราณีต ผ่องแผ้ว. (2539). *โภชนศาสตร์ชุมชน : ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว*. กรุงเทพฯ: ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย.
- ปวีณา จ้องสาระ. (2553). *การให้ความรู้สุขภาพผ่านสื่อวิทยุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มชาติพันธุ์*. ศศ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ผจงจิต อินทสุวรรณ. (2545). *การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร*. กรุงเทพฯ: ธนรัชการพิมพ์.
- ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา. ( 2543). *เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของประชาชนไทย. การกีฬาแห่งประเทศไทย. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและที่เกี่ยวข้อง. แนวทางในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- พจมาน มุสิกะสาร. (2547). *การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและภาวะโภชนาการของผู้ชาย วัยทองในชุมชนหนองแวงตาชู 5 เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- พรหมินทร์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548, กรกฎาคม – กันยายน). *แนวทางการลดน้ำหนักเพื่อการมี สุขภาพดี*. *วารสารศูนย์บริการวิชาการ*. 13(3): 10 – 16.
- พัชรี เชื้อทอง. (2548). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. สำนักทดสอบ การศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ไพบุลย์ พิทยา; และคณะ. (2554, กรกฎาคม – กันยายน). *ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจาก ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 5(3): 287- 298.
- ไพโรจน์ ลีพหกุล; วินัส ลีพหกุล; และ พัสมณต์ คุ่มทวีพร. (2541). *การศึกษาภาวะโภชนาการและ แบบแผนสุขภาพของผู้ใหญ่วัยก่อนเกษียณอายุการทำงาน*. *วารสารพยาบาล*. 1(47): 46-58.



- พัชรารภรณ์ อารีย์; และคณะ. (2550, เมษายน – มิถุนายน) “ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางด้านร่างกายของเด็กวัยรุ่น: ศีรษะศาสตร์เบื้องต้น”. *พยาบาลสาร*. 34(2): 98 – 105.
- มงคล แผงสาเคน. (2541). *วิทยาศาสตร์การกีฬา*. กรุงเทพฯ: บุรพาสาร์ส.
- มันทนา ประทีปะเสน. (2539, 29 มกราคม – กุมภาพันธ์). *อาหารและโรคหลอดเลือดหัวใจ. วัฏจักรวงการแพทย์*. หน้า 13 – 17.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2536). *การสื่อสารทางโภชนาการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินในอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ที.พี.พี.รินทร์.
- รัชดาวรรณ ลิมาชาน. (2549). *กิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปรินซ์นิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วรศักดิ์ เพียรชอบ. (2548). *หลักและวิธีการสอนวิชาพลศึกษา*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- วัฒนาพร ระวังทุกข์. (2542). *แผนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. พิมพ์ครั้งที่ 2*. กรุงเทพฯ: แอล ที เฟลส.
- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2542). *บทบาทของกิจกรรมทางกายต่อการมีอายุวัฒนะ. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- วิณะ วีระไวทยะ; และสง่า ดามาพงษ์. (2541). *พฤติกรรมการบริโภคอาหาร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- วนิชา กิจวรพัฒน์. (2550). *โรคอ้วนลงพุงภัยเงียบที่คุณคาดไม่ถึง. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- วนิชา กิจวรพัฒน์. (2547). *การพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วิทยานิพนธ์ ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วัชรารภรณ์ ภูมิภูเขียว. (2552). *ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมการลดน้ำหนักของข้าราชการ อำเภอหนองบัว จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ)*. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ศศิธร อุตสาหกิจ. (2550). *ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)*. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริลักษณ์ สินธวาลัย. (2533). *การพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางโภชนาการ คณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

- ศุภจิรา สืบสีสุข. (2548). *ภาวะโภชนาการและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. ส.ม (โภชนาการชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2548). ผลกระทบของภาวะอ้วนต่อภาวะโรคในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 14(2): 337 – 334.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2551). *กินอย่างไรไม่อ้วนไม่มีโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- สง่า ดามาพงษ์. (2550). *อ้วนอันตราย ไม่อยากตายต้องลดอ้วน*. กรุงเทพฯ: วายนอตคอมมิวนิเคชั่น.
- สมชาย ลีทองอิน. (2545). *ขยับกายสบายชีวิต*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมชาย ลีทองอิน. (2552). *คู่มือทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมลัทธิ นิมสกุล; และคณะ. (2543). *ผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชนบทจังหวัดเชียงใหม่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. เชียงใหม่: ม.ป.พ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2547). *ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- (2552). *ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สาคร ธนมิตร. (2545). *ผลกระทบของภาวะโภชนาการตลอดวงจรชีวิตของมนุษย์*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโภชนาการ. 2544. เรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพในโอกาสครบรอบ 25 ปี แห่งการก่อตั้งสถาบันวิจัยโภชนาการ ระหว่างวันที่ 21 – 23 มกราคม 2545 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่น. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยโภชนาการ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 155 – 156.
- สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2554). *อิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภัค เพ็ชรนิล. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนวัยทำงาน ตำบลเชิงกลัดอำเภอบางระจันจังหวัดสิงห์บุรี*. สารนิพนธ์ ส.ม. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- สุนันทา พรหมบุญ. (2540). *การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม*. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ไอเดียสแควร์.
- สุรางค์ พันธุ์เอี่ยม. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่สถานีอนามัย อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรจิต สุนทรธรรม. (2544). *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน. หน้า 14.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). *การสำรวจพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2548*. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2548). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักฯ.
- (2550). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักฯ.
- อนุกุล พูลศิริ. (2551). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคของนักศึกษา*. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 11 (1): 49 – 59.
- อรุณี ตั้งเฒ่า. (2544). *จับเข้าคุยกับหมอเรื่องลดความอ้วนควบคุมน้ำหนัก*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ดับเบิ้ลนายน์.
- อุดมศักดิ์ แสงวานิช. (2546). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก Promise Model*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อารีรัตน์ สุขโข. (2546). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ ส.ม. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- อำนาจ รุ่งสว่าง. (2553). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังต่อขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีภาวะอ้วนของตำบลห้วยเกตุ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.

- Anderson; et al. (2008). *A -two Year Clinical Lifestyle Intervention Program for Weight Loss in Obesity*. Retrieved August 5, 2013, from <http://WWW.nvbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596731>.
- Annesi; & Gorjala. (2010). *Relations of Self-regulation and Self-efficacy for Exercise and Eating and BMI change : A Field Investigation Biopsychosocial Medicine Atlanta*. Georgia. USA.
- America College of Sports Medicine. (2006). *ACSM Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins.American College of Sports Medicine.
- Arthur,H. Rubenstein. MBBCH. (2005). *Obesity : A Modern Epidemic.The American Clinical And Climatological Association*. Retrieved May 15,2011, From <http:// Pubmedcentral.gov/article – render.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype>.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action. : A Social cognitive theory*. New Jersey: Prentice – Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self- Efficacy : The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1989). *Social cognitive theory. Annals of Child Development*. 6: 1 – 60.
- Bar – on. R. (1997). *EQ – I Baron Emotional Quotient inventory: User’s Manual*. Toronto: Multi – Health System Inc.
- Burns. (1996, September). New Recommendation for Physical Activity as A Mean of Health Promotion. *Nurse Practition*. 21: 18 – 19
- Caspersen, C.J.; Pereira, M.A.; & Curran,K.M. (2000). Changes in Physical Activity Patterns in the United States,by Sex and Cross-sectional age. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 32, 1601–1609.
- Center for Disease Control and Prevention. (1996). Physical Activity for Everyone. Department of Health and Human Services. Available from <http://www.cdc.gov>.
- Clarke, Margaret. A. (1984, September). “Stress and Coping : Constructs for Nursing” *Journal of Advance Nursing*. 24(9): 3 – 13.
- Crider, Andrew B.; et al. (1983). *Psychology*. London: Scott – Foresman.
- Cynthia.; et al. (2012, January). Prevalence of Obesity in The United States 2009 – 2010. National Health and Nutrition Examination Survey. U.S. Department of Health & Human Services. N 82. NCHS.
- Darley, John M.; et al. (1983). “Stress and Coping” *Psychology. Englewood Cliffs*. New Jersey: Prentice – Hall.

- Devison, R.; & S.Grant. (1993). Is Walking Sufficient Exercise for Health. *Sports Medicine*. 16 (6): 369-373.
- Dipietro,L.; Carporson,C.J.; Ostfeld,A.D.; & Nadel,E.R. (1993). Survey for assessing physical Activity among older adults. *Medicine and Science in Sports & Exercise*. 25(5).
- Folkman, S.; & Lazarus RS. (1990). *Coping and Emotion*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Food and Nutrition Research Institute, Department of Science and Technology. (2001). *Philippines J Nutr*. 48: 15 – 27.
- Garland; & Bush. (1982). *Coping Behavior and Nursing*. Verginia Reston.
- Goosen,G.M.; & Bush,H.A. (1979). Adaptation: A Feedback Process. *Advances in Nursing Science*. 1(8): 27 – 32.
- Husen,Torsten; & Postlethwaite,T. Neville. (1994). *The International Encyclopedia of Education*. Volome 6,Second Edition, Oxford: Program.
- Kelleberg,M.E.; & Davis A. (1980). *New Dimension in Mental Health Psyciatric Nursing*. New York: McGraw – Hill.
- Katherine,M.; et al. (2010, 13 Jan). Prevalence and Trends in Obesity Among US Adult, 1999 – 2008. *The Journal of American Medical Association*. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Hyattsville, Maryland.
- Lazarus, R.; & S. Folkman. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Spring Publishing.
- Menaghan, Elizabeth. (1982,July). “Measuring Coping Effectiveness Panel Analysis of Material Problem and Coping Effort”. *Journal of Health and Social Behavior*. 4(3): 21 – 23.
- Michael R. Lowe. (2003, October). Self-Regulation of Energy Intake in the Prevention and Treatment of Obesity : Is It Feasible? *Obesity Research* Vol. 11: 44S – 59s.
- Mikulus, w. (1978). *Behavior Modification*. New York: Harper & Row.
- Monet; Alan; & Richard,S. Lazarus. (1977). *Stress and Coping*. New York: Columbia University Press.
- Moran, R. (1999). *Evaluation and treatment of Childhood Obesity*. American: American Family Physician.USA.
- Nemet; Barkan; Epstein; et.al. (2005). Short-and Long-Term Beneficial Effects of a Combined Dietary-Behavioral-Physical Activity Intervention for the Treatment of Childhood Obesity. *Pediatrics*. 115: e443-e449.

- Organization for Economic Co-operation; & Development World Health Organization (2012). Underweight and Overweight in Health at a Glance: Asia/Pacific 2012. OECD Publishing at Retrieved April 23,2014,from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183902-20-en>
- Pate R. R.; M. Pratt; S. N. Blair; et al. (1995). Physical Activity and Public Health. A Recommendation from The Centers for Disease Control and Prevention and The American College of Sports Medicine. *The Journal of the American Medical Association*. 273(5): 402-407. Department of Exercise Science, University of South Carolina School of Public Health, Columbia. Practice 4th ed. USA : Pearson Education.
- Pender, N.J.; et al. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th (ed). USA: Peason Education.
- Robert, M.K.; James, F.; Sallis, J.; et al. (1993). *Health and Human Behavior*. 6: 349 – 369.
- Sanjur, D. (1982). *Social and Culture Perspectives in Nutrition*. United State: Prentice – Hall.
- Schermerhon, J. R.; J. G. Hunt; & R. N. Osborn. (1988). *Managing Organizational Behavior*. New York: John Wiley.
- Serdula, M.K.; et al. (1993). Weight Control Practices of U.S. Adolescents and Adults. *Annals of Internal Medicine*. 119 ; 167.
- Suitor, C.J.; & Crowley, M.F. (1984). *Nutrition : Principle and Application in Health Promotion*. 2nd ed. Philadelphia: J.B., Lipponcott.
- Tan, CE; et al. (2004, May). Can we apply the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel definition of the metabolic syndrome to Asians? *Diabetes Care*. U.S. National of Health & Human Resource. *Pub Med*. 27(5): 1182-6.
- Tee E-Siong. (2002). Obesity in Asia: Prevalence and Issues in Assessment Methodologies. *Asia Pacific J Clin Nutr*. 11 (3): S694 – S701.
- Thompson.; et al. (2003). American Heart Association Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Rehabilitation and Prevention. American Heart Association Council on Nutrition physical Activity and Metabolism Subcommittee on Physical Activity. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of Atherosclerotic Cardiovascula Disease. *Circulation*. 107: 3109 – 3116.
- Treuth. S.M., Butte, N.F.; & Wong, W.W. (2000). Effect Familial Predisposition to Obesity on Energy Expenditure in Multiethnic Prepubertal Girl. *American Journal Clinical Nutrition*. 71(4): 893 – 900.

- Intarakamhang Ungsinun. (January, 2012). 3 – Self Behavior Modification Programs Base on The PROMISE Models for Client at Metabolic Risk. *Global Journal of Health Science*. Vol.4; 1.
- U.S. Department of Health and Human Service. (1996). Physical Activity and Health :A Report of the Surgeon General. Atlanta,G.A.: U.S.Department of Health and Human Service, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- World Bank. (Jul 2, 2009). สถานการณ์สังคมไทยว่าด้วยปัญหาเยาวชน พ.ศ. 2551 รายงาน สถานการณ์สังคมไทยว่าด้วยปัญหาเยาวชน พ.ศ. 2551:คนรุ่นใหม่กับการพัฒนา. Retrieved June 8,2013,from จาก <http://phatrasamon.blogspot.com/2009/07/2551-thailand-social-monitor-on-youth.html>
- World Health Organization. (2000). *Obesity : Prevention and Managing the Global Epidemic*. Report of WHO Consultation on Obesity.
- World Health Organization; International Association for the Study of Obesity; & Interagency Oncology Task Force (2000). *The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment*. Health Communications Australia.
- World Health Organization (2002). The World Health Report 2002 : Reducing Risks, Promotion health Life. 2002. Geneva. WHO.
- World Health Organization. (2003). *Obesity and Overweight*. Global Strategy on Diet, Geneva. WHO.
- World Health Organization. (2005). *Global Report. Preventing Chronic Diseases*. A Vital Investment. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004). Expert Consultation Appropriate Body Mass Index for Asian Populations and Its Implication for Policy and Intervention Strategies. *Lancet*. (363): 157 – 163.



ภาคผนวก





ภาคผนวก ก  
เครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกท่าน

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์ ปัจจุบันกำลังศึกษาในระดับปริญญาเอก สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิจัยเรื่อง “ผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย” ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านช่วยตอบคำถามเพื่อใช้ในการวิจัย ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์เชิงวิชาการในการที่จะได้ความรู้ใหม่และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนที่จะนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนไทย ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนไทยต่อไป

ดังนั้น ขอให้ท่านโปรดสละเวลาอันมีค่าของท่านตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับจากท่านจะมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อผลการวิจัยนี้ และขอให้ท่านเชื่อมั่นว่าคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกนำมาวิเคราะห์ประมวลผลและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

สุดท้ายนี้ดิฉันขอขอบคุณทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์)

นิสิตปริญญาเอก สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์  
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**แบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ตอน ประกอบด้วย

- ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบ
- ตอนที่ 2 การดูแลสุขภาพตนเอง
- ตอนที่ 3 การทำกับตนเองกับการดูแลสุขภาพ
- ตอนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง



## ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลในช่องว่างและเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมาก

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

2. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

3. อายุ.....ปี

ข้อความต่อไปนี้ จะให้ท่านตอบคำถามที่เกี่ยวกับลักษณะทางจิต และลักษณะทางสถานการณ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ดิฉันขออธิบายว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ การกระทำที่ส่งเสริมให้มีภาวะอันลดลง ประกอบด้วยในการตอบคำถามในการศึกษาครั้งนี้จึงให้ท่านนึกถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ดังต่อไปนี้ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด

### ชุดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

#### ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง ขอให้พิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เหนือวลี “ปฏิบัติมากที่สุด” “ปฏิบัติมาก” “ปฏิบัติค่อนข้างมาก” “ปฏิบัติค่อนข้างน้อย” “ปฏิบัติน้อย” “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. ฉันนั่งทำงานทั้งวัน ไม่ค่อยได้ลุกเดินไปไหน

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด    ปฏิบัติมาก    ปฏิบัติค่อนข้างมาก    ปฏิบัติค่อนข้างน้อย    ปฏิบัติน้อย    ไม่ได้ปฏิบัติเลย

2. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันพยายามแก้ไขปัญหาก็ดีขึ้น

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด    ปฏิบัติมาก    ปฏิบัติค่อนข้างมาก    ปฏิบัติค่อนข้างน้อย    ปฏิบัติน้อย    ไม่ได้ปฏิบัติเลย

3. ฉันออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อซึม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด    ปฏิบัติมาก    ปฏิบัติค่อนข้างมาก    ปฏิบัติค่อนข้างน้อย    ปฏิบัติน้อย    ไม่ได้ปฏิบัติเลย

4. ฉันรับประทานขนมหวานบ่อย ๆ เช่น ทองหยอด ขนมหั้ว ลอดช่อง รวมมิตร บัวลอย เป็นต้น

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด    ปฏิบัติมาก    ปฏิบัติค่อนข้างมาก    ปฏิบัติค่อนข้างน้อย    ปฏิบัติน้อย    ไม่ได้ปฏิบัติเลย

5. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันจะหาแนวทางแก้ไขไว้หลาย ๆ ทาง

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด    ปฏิบัติมาก    ปฏิบัติค่อนข้างมาก    ปฏิบัติค่อนข้างน้อย    ปฏิบัติน้อย    ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**6. ฉันออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละประมาณ 30 นาที**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**7. ถึงแม้จะอึดแล้วแต่ฉันจะพยายามรับประทานอาหารให้หมดเพราะเสียดาย**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**8. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันพยายามทบทวนว่ามีสาเหตุมาจากอะไรก่อนที่จะลงมือแก้ไข**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**9. ในวันที่ฉันไม่ได้ทำงาน ฉันมักใช้เวลาส่วนใหญ่หนึ่ง ๆ นอน ๆ มากกว่าการเคลื่อนไหวร่างกาย**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**10. ฉันรับประทานขนมกรุบกรอบหรือของว่างประเภทแป้งเสมอ ๆ**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**11. เมื่อจะจัดการแก้ไขปัญหาฉันจะคิดวางแผนและตั้งเป้าหมายเอาไว้ก่อนที่จะลงมือแก้ไข**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**12. ฉันทำงานบ้าน เช่น ซักผ้าด้วยมือ ถูบ้าน ล้างรถ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**13. ฉันเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่ปรุงด้วยการหึ่ง อบ ย่าง ตุ่น และต้ม**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**14. ฉันออกแรงทำงานบ้านจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อซึม ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**15. เมื่อมีปัญหาฉันจะหาสิ่งอื่น ๆ ทำเพื่อให้ลืมปัญหาที่เกิดขึ้น**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**16. ฉันเดินแทนการนั่งรถ ในระยะทางสั้น ๆ**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**17. ฉันเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าอาหารที่มีต่อสุขภาพ**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**18. ฉันรับประทานอาหารเช้าประเภทไขมัน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู เป็นประจำ**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**19. ฉันทำกิจวัตรประจำวันอย่างกระฉับกระเฉงจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อซึม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**20. เมื่อฉันมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันจะมองว่าปัญหาเป็นโอกาสให้ตัวฉันได้แสดงความสามารถ**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**21. ฉันรับประทานอาหารเช้าให้อิ่มท้องโดยไม่ได้นึกถึงประโยชน์เท่าไร**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**22. ฉันได้ออกแรงทำกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**23. ฉันเติมน้ำตาลในอาหารทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหาร เช่น ก้วยเตี่ยว ราดหน้า เป็นต้น**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**24. ฉันปลอบใจตัวเองว่าจะสามารถผ่านพ้นความยุ่งยากต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

**25. ฉันใช้เวลาในการรับประทานอาหารอย่างรวดเร็วทุกมื้อ**

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

26. ฉันผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำ เช่น ปลุกต้นไม้ ฟังเพลง ดูทีวี เต้นรำ เป็นต้น

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

27. ฉันรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ที่ไม่หวานเป็นประจำ

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

28. ฉันพยายามตัดปัญหาที่หนีออกไปจากจิตใจและหันไปสนใจเรื่องอื่นแทน

.....  
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามการกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง ขอให้พิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เหนือวลี "จริงที่สุด" "จริง" "ค่อนข้างจริง" "ค่อนข้างไม่จริง" "ไม่จริง" "ไม่จริงเลย" เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. ฉันตั้งใจที่จะออกกำลังกายในแต่ละครั้งให้ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

2. การกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนักช่วยให้ฉันบังคับตนเองได้

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

3. ฉันให้กำลังใจตนเองที่เมื่อออกกำลังกายได้ต่อเนื่องนานอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

4. ฉันเตือนตนเองให้ออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

5. การควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อสามารถทำให้ฉันลดน้ำหนักได้จริง

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด









3. ฉันมั่นใจว่าสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

4. ฉันมั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น  
 กว่าเดิมได้

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

5. ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อได้พอดี

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

6. ฉันมั่นใจว่าสามารถงดการรับประทานของจุบจิบระหว่างมื้ออาหารได้

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

7. ฉันมั่นใจว่าสามารถจัดการกับอารมณ์ ขณะเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากได้

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

8. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

9. ฉันมั่นใจว่าสามารถหาวิธีลดความเครียดได้ด้วยตนเอง

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

10. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้ แม้ว่าฉันจะมีอุปสรรคขัดข้องก็ตาม

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

11. ฉันมั่นใจว่าสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิได้

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

12. ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อให้น้ำหนักลดลงได้สัปดาห์ละอย่างน้อยครั้งกิโลกรัม

.....  
 จริงที่สุด      จริง      ค่อนข้างจริง      ค่อนข้างไม่จริง      ไม่จริง      ไม่จริงที่สุด

ขอบพระคุณค่ะ



ภาคผนวก ข  
คุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย

### คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	.299	.804
2	.512	.778
3	.510	.778
4	.348	.798
5	.471	.784
6	.567	.771
7	.476	.783
8	.641	.763
9	.626	.764
10	.504	.767
11	.541	.761
12	.590	.757
13	.280	.793
14	.460	.762
15	.534	.764
16	.614	.754
17	.407	.782
18	.332	.786
19	.391	.780
20	.506	.805
21	.632	.791
22	.570	.797
23	.554	.799
24	.332	.828
25	.589	.795
26	.538	.801

ตาราง 30 (ต่อ)

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
27	.499	.807
28	.529	.802
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .882		

ตาราง 31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	.611	.850
2	.589	.852
3	.504	.858
4	.540	.855
5	.586	.852
6	.415	.864
7	.556	.854
8	.663	.846
9	.526	.855
10	.567	.854
11	.526	.856
12	.538	.855
13	.491	.767
14	.456	.772
15	.455	.773
16	.518	.763
17	.355	.787
18	.506	.766
19	.523	.765
20	.491	.767
21	.550	.762
22	.546	.786

ตาราง 31 (ต่อ)

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
23	.617	.777
24	.409	.803
25	.453	.797
26	.428	.799
27	.429	.799
28	.357	.809
29	.585	.786
30	.621	.780
31	.504	.791
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .933		

ตาราง 32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	.732	.889
2	.852	.855
3	.798	.867
4	.767	.877
5	.720	.731
6	.708	.734
7	.605	.779
8	.535	.823
9	.538	.676
10	.590	.672
11	.636	.648
12	.425	.782
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .883		



**ภาคผนวก ค**

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANOVA  
ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง



### ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANOVA

ตาราง 33 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจง (Normal distribution) ของตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			กลุ่มควบคุม		
	ความ เบ้	ความ โด่ง	Shapiro Wilk (Sig)	ความ เบ้	ความ โด่ง	Shapiro Wilk (Sig)	ความ เบ้	ความ โด่ง	Shapir o Wilk (Sig)
<b>ก่อนการทดลอง</b>									
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	.564	.025	.470	.385	.482	.306	.271	-.005	.944
การกำกับตนเอง	-.216	-.210	.145	-.023	-1.036	.496	.671	.648	.384
การดูแลสุขภาพ ตนเอง	-.003	-.056	.814	.099	-.016	.780	.213	-1.000	.402
ดัชนีมวลกาย	.416	-1.260	.032	1.493	1.551	.000	1.732	2.526	.000
เส้นรอบเอว	-.890	1.263	.094	.771	-.172	.119	1.512	1.423	.001
ความหนาของไขมัน ใต้ผิวหนัง	-.830	.369	.129	-.453	1.105	.180	.673	-.131	.351
<b>หลังการทดลองเสร็จ สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์</b>									
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	-.071	-.850	.826	.340	-.664	.561	-.507	-.432	.214
การกำกับตนเอง	.519	-.075	.259	.659	-.455	.130	-.707	-.040	.176
การดูแลสุขภาพ ตนเอง	.317	-.309	.669	.767	.641	.188	-.413	1.629	.705
ดัชนีมวลกาย	.318	-1.411	.025	1.638	2.053	.000	1.631	2.073	.000
เส้นรอบเอว	-.967	1.551	.069	1.114	.144	.004	1.514	1.436	.001
ความหนาของไขมัน ใต้ผิวหนัง	-.933	1.420	.185	-.403	-.451	.204	.694	-.426	.173
<b>หลังการทดลอง 4 สัปดาห์</b>									
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	.711	-.504	.106	1.106	.924	.044	.191	-.712	.640
การกำกับตนเอง	.194	-.590	.707	.059	.570	.994	.524	-.622	.273
การดูแลสุขภาพ ตนเอง	.877	.662	.043	.605	.706	.440	.334	.631	.814
ดัชนีมวลกาย	.270	-1.389	.049	1.512	1.433	.000	1.624	2.127	.000
เส้นรอบเอว	-1.018	2.077	.078	1.171	.279	.002	1.427	1.165	.001
ความหนาของไขมัน ใต้ผิวหนัง	-.369	-.106	.701	-.928	-.247	.012	.670	-.439	.162

ตาราง 34 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมด้วยวิธี Box's M test สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร

การวิเคราะห์ MANOVA	Box's M	F	Sig.
	9.035	.679	.756

### ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง

ตาราง 35 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>					
ระหว่างกลุ่ม	25.96	2	12.98	.19	.82
ภายในกลุ่ม	3868.24	59	65.56		
รวม	3894.21	61			
<b>การกำกับตนเอง</b>					
ระหว่างกลุ่ม	474.00	2	237.00	.80	.45
ภายในกลุ่ม	17278.91	59	292.86		
รวม	17752.91	61			
<b>การดูแลสุขภาพตนเอง</b>					
ระหว่างกลุ่ม	332.17	2	166.08	1.32	.27
ภายในกลุ่ม	7371.00	59	124.93		
รวม	7703.17	61			
<b>ดัชนีมวลกาย</b>					
ระหว่างกลุ่ม	7.23	2	3.61	.51	.60
ภายในกลุ่ม	418.42	59	7.09		
รวม	425.66	61			
<b>เส้นรอบเอว</b>					
ระหว่างกลุ่ม	18.26	2	9.13	.19	.82
ภายในกลุ่ม	2824.83	59	47.87		
รวม	2843.09	61			
<b>ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</b>					
ระหว่างกลุ่ม	4.19	2	2.09	.15	.86
ภายในกลุ่ม	821.84	59	13.93		
รวม	826.03	61			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ

### รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self

- |   |   |
|---|---|
| 1. ดร.อนันต์ มลารัตน์                         | อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ                |
| 2. ดร. วิชดา กิจธรรม                          | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. เกศักรหญิง ดร. พัชรี ดวงจันทร์             | อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ            |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิริทธิ์ กิตติพิชัย | อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยมหิดล                  |
| 5. ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ            | นักวิชาการอิสระ   |



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- |   |   |
|---|---|
| 1. ดร.อนันต์ มลารัตน์                         | อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ                |
| 2. ดร. วิชุดา กิจธรรม                         | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. เกศษกรหญิง ดร. พัชรี ดวงจันทร์             | อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ            |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิรินทร์ กิตติพิชัย | อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยมหิดล                  |
| 5. ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ            | นักวิชาการอิสระ   |





ภาคผนวก จ

- ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self
- ตัวอย่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- ตัวอย่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

## ความเป็นมาของโปรแกรม

ภาวะอ้วนในวัยรุ่น จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (2550) พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุ 15 – 24 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 9.3 และมีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 21.1 (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2550) และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 – 2547 เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า ประชากรไทยกลุ่มอายุ 15 – 29 ปี มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.6 เป็นร้อยละ 19.5 โดยในเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.6 เป็นร้อยละ 18.5 ส่วนในเพศหญิงมีภาวะอ้วนใกล้เคียงเดิมจากร้อยละ 20.7 เป็นร้อยละ 20.6 ตามลำดับ ส่วนภาวะอ้วนลงพุงโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.3 เป็นร้อยละ 18.6 โดยในเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 11.6 และในเพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.0 เป็นร้อยละ 26.5 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547, 2552) และจากการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรม 3 อ. คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า นิสิตชั้นปีที่ 1 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 10.3 และ ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 11.1 (ดวงพร กัตัญญุตานนท์. 2554) และขวัญตา ฮวดศิริ (2547: 48) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาหารและพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครมีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วน ร้อยละ 21.1 และจากผลการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี มีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 75.8 บริโภคอาหารไขมันสูงร้อยละ 90.2 บริโภคประเภทขนมสำหรับกินเล่นหรือขนมกรุบกรอบปี 2548 ร้อยละ 72.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2548) สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมไทยว่าด้วยปัญหาเยาวชน พ.ศ. 2551 คือ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักอนามัย (เช่น อาหารที่มีน้ำตาลสูง อาหารจำพวกฟาสต์ฟู้ด) เป็นต้น ทำให้ปัญหาสุขภาพของเยาวชนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตมาก ปัจจุบันนี้ โอกาสที่เยาวชนไทยจะกลายเป็นคนน้ำหนักเกิน ซึ่งจะเกิดผลข้างเคียงอื่นๆ มากมายต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคมะเร็ง ก็มีมากขึ้น การสำรวจในปีพ.ศ. 2546 นั้นพบว่า ร้อยละ 22 ของเยาวชนไทยอายุ 20-29 ปี มีปัญหาน้ำหนักเกิน (World Bank. 2009) อีกทั้งเด็กและวัยรุ่นที่อ้วนมีโอกาสเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้มากกว่าวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการปกติถึงร้อยละ 80 เนื่องจากนิยมในการเลือกรับประทานอาหารตามที่ชอบมาก กินจุบจิบตลอดเวลา บริโภคน้ำอัดลม ไอศกรีม ทอฟฟี่ ตลอดจนอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด การบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง (มันทนา ประทีปะเสน. 2539) ซึ่งจะทำให้มีน้ำหนักมากเกินไปจนเกิดภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนในระยะต่อไป ถ้า

ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้กลายเป็นผู้ใหญ่อ้วนได้ ซึ่งการเลือกวิธีปฏิบัติในการลดน้ำหนักอาจมีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง ผลเสียของการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้องต่อภาวะสุขภาพที่พบได้ คือ ร่างกายอ่อนเพลีย ขาดสารอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร อาการหิวบ่อยตลอดเวลา จนเป็นสาเหตุให้น้ำหนักกลับเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการลดน้ำหนักที่นิยมใช้คือการไม่รับประทานอาหารเลย เพราะถือว่าการอดอาหารเป็นการลดน้ำหนักที่สะดวกและง่ายดายมากที่สุด แต่หากลดน้ำหนักด้วยวิธีการอดอาหารบ่อยๆ อาจทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ และเนื่องจากบุคคลในวัยนี้คือ ผู้ที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต หากเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็อาจทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาประเทศทั้งในด้านของทรัพยากรบุคคลและการพัฒนาด้านอื่นๆ ตามมาได้ ดังนั้น การป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะอ้วนจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันปัญหาดังกล่าว (ปราณีต ผ่องแผ้ว. 2539)

จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับภาวะอ้วนข้างต้นแสดงว่าวัยรุ่นยังให้ความสำคัญน้อยมากในการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จึงพบปัญหาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจนก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ภาวะอ้วน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ตามมาและผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้จะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย ศักยภาพในการทำงานของบุคคล การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมทั้งการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศ อันเป็นการสูญเสียที่ประมาณค่าไม่ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self เพื่อป้องกันภาวะอ้วน โดยการนำแนวคิด ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy) ร่วมกับการกำกับตนเอง (Self – regulation) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (วัฒนาพร ระงับทุกข์. 2542) คือ ผู้รับบริการเป็นผู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ดำเนินการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน วางแผน และกำหนดเป้าหมายข้อตกลงในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน และร่วมรับผิดชอบกับการปฏิบัติกิจกรรม รับผิดชอบเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรม ที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้น้ำหนักลดลงของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่ม โดยผู้วิจัยหรือผู้ให้บริการจะทำหน้าที่สร้างบรรยากาศที่นำไปสู่การช่วยให้บุคคลเกิดความร่วมมือนอกใจในการปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้ และช่วยพัฒนาผู้รับบริการให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ โดยใช้การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรม เปรียบเทียบกับการใช้เทคนิคการเน้นครูเป็นศูนย์กลาง (วรศักดิ์ เพียรชอบ. 2548) คือ ผู้ให้บริการจะมีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรม ผู้ให้บริการจะบรรยาย อธิบาย สาธิต กำหนดเนื้อหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการจัดกิจกรรมให้กับ



ผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟัง ผู้จัด ผู้ตอบคำถามและปฏิบัติตามที่ผู้ให้บริการกำหนด ในการสร้างโปรแกรมข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วน ซึ่งจะสามารถนำไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดหรือควบคุมน้ำหนักในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในวงกว้างและระยะยาวต่อไป

### กลุ่มเป้าหมาย

นิสิต คณะพลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 3 และมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และ/หรือมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในเพศชาย และ/หรือ ตั้งแต่ 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้วในเพศหญิงมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่า ร้อยละ 22 ในเพศชาย และมากกว่าร้อยละ 35 ในเพศหญิง) รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 72 คน โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่ายได้เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆ ละ 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน

### แนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self

รายละเอียดแนวคิดและเทคนิคการนำมาสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 – Self ทั้ง 2 โปรแกรม คือ

1. แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะอ้วนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องนำไปสู่การลดน้ำหนักได้อย่างถูกต้องในช่วงเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีแนวคิดย่อย ประกอบด้วย

1.1 การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ นิสิตได้รับประสบการณ์โดยตรงจากการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 การใช้ตัวแบบ โดยมีกิจกรรม ประกอบด้วย สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะอ้วน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักของตนเองภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลตนเองพร้อมช่วยกันตอบปัญหาสุขภาพซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม และตัวแบบในการออกกำลังกาย

1.3 การใช้คำพูดชักจูง เป็นการส่งเสริมทั้งทางตรงทางอ้อมเพื่อให้ นิสิตรู้สึกประสบความสำเร็จและทำได้ โดยกิจกรรม ประกอบด้วย สมาชิกภายในกลุ่มกล่าวชื่นชมเมื่อประสบผลสำเร็จ ให้กำลังใจด้วยคำพูด และการโทรศัพท์ ส่งเมลล์ และ Facebook พูดคุยและติดตามระหว่างสัปดาห์

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ ประกอบด้วย สมาชิกภายในกลุ่มกล่าวชื่นชมเมื่อประสบผลสำเร็จ ให้กำลังใจด้วยคำพูด และการโทรศัพท์ ส่งเมลล์ และ Facebook พูดคุยและติดตามระหว่างสัปดาห์

**2. แนวคิดการกำกับตนเอง** การแสดงออกถึงการกระทำของบุคคลในการสังเกตด้วยตนเองถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำกิจกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดให้ตนเองมีดัชนีมวลกายหรือเส้นรอบเอวลดลงหรือเป็นปกติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ ประกอบด้วย

2.1 การสังเกตตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด ในด้านปริมาณ ความถี่ การเตือนตนเอง และการบันทึกการดูแลสุขภาพของตนเอง

2.2 การตัดสินใจตนเอง หมายถึง เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด รวมทั้งการประเมินความสมดุลของปริมาณพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารและพลังงานที่สูญเสียไปจากการมีกิจกรรมทางกายกับเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบกับตนเองและกลุ่ม

2.3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง คือ การกระทำในเชิงบวก การให้รางวัลตนเองในรูปของวัตถุสิ่งของ การให้เวลาอิสระกับตนเอง หรือการยกย่องชมเชยตนเอง และการกระทำที่เกี่ยวกับทางลบ เช่น การลงโทษตนเอง การตำหนิตนเอง การละอายใจ การแสดงความเสียใจ การทบทวนเป้าหมายและแผนกิจกรรมให้ไปสู่การลดน้ำหนักได้จริงมากขึ้น

**3. การดูแลสุขภาพตนเอง** หมายถึง การกระทำที่ส่งเสริมให้มีน้ำหนักลดลง ประกอบด้วย

3.1 การมีกิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การเดินเร็ว การวิ่ง เป็นต้น ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายดังกล่าวต้องมีความสม่ำเสมออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ มีความหนัก และระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง ในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมให้มีดัชนีมวลกายปกติ

3.2 การบริโภคอาหาร คือ การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร ปริมาณพลังงานที่ได้รับ และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

3.3 การจัดการความเครียด คือ มีความพยายามเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดและอาการแสดงออก เพื่อจัดการอารมณ์ของตนเองและจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความเครียดและรักษาภาวะสมดุลของร่างกายจิตใจให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการเหมาะสม

ตาราง 36 เปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ทั้ง 2 โปรแกรม

ประเด็น	โปรแกรมที่เห็นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	โปรแกรมที่เห็นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง
1. วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยนิสิตเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ดำเนินการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน วางแผน และกำหนดเป้าหมายข้อตกลงในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน และร่วมรับผิดชอบกับการปฏิบัติกิจกรรม รับฟังความเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรม ที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้ผู้นำหนักของสมาชิกภายในกลุ่มลดลงและภาพรวมของกลุ่ม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม	1. เพื่อพัฒนาตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยมีบทบาทสำคัญเป็นวิทยากร โดยการบรรยาย สาธิต กำหนดเนื้อหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการจัดกิจกรรมให้กับนิสิต นิสิตมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟัง ผู้จด ผู้ตอบคำถามและปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนด
	2. เพื่อให้นิสิตมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น	2. เพื่อให้นิสิตมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น
	3. เพื่อให้นิสิตมีการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น	3. เพื่อให้นิสิตมีการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น
	4. เพื่อให้นิสิตมีการดูแลสุขภาพดีขึ้น	4. เพื่อให้นิสิตมีการดูแลสุขภาพดีขึ้น
	5 เพื่อให้นิสิตลดภาวะอ้วน โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย คือ 5.1 เพื่อให้นิสิตมีดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนเข้าโปรแกรม 5.2 เพื่อให้นิสิตมีเส้นรอบเอวลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 5.3 เพื่อให้นิสิตมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5 เพื่อให้นิสิตลดภาวะอ้วน โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย คือ 5.1 เพื่อให้นิสิตมีดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนเข้าโปรแกรม 5.2 เพื่อให้นิสิตมีเส้นรอบเอวลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 5.3 เพื่อให้นิสิตมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 37 เปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ทั้ง 2 โปรแกรม

ประเด็น	โปรแกรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	โปรแกรมที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง
<p><b>2. เทคนิคใน การสร้าง โปรแกรม</b></p>	<p>1. ผู้รับบริการจะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบ และกำหนดข้อตกลง วางแผน และเป้าหมายในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รับฟังความเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการในการที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้น้ำหนักลดลงของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่ม โดยผู้ให้บริการจะทำหน้าที่สร้างบรรยากาศที่นำไปสู่การช่วยให้บุคคลเกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้ และช่วยพัฒนาผู้รับบริการให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ ประกอบด้วยกิจกรรม</p>	<p>1. เป็นโปรแกรมที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนัก โดยผู้ให้บริการจะมีบทบาทสำคัญโดยการบรรยาย อธิบาย สาธิต กำหนดเนื้อหา วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการจัดกิจกรรมให้กับผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟัง ผู้จด ผู้ตอบคำถามและปฏิบัติตามที่ผู้ให้บริการกำหนด ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม</p>
	<p>1.1) ละลายพฤติกรรม ประเมินความคาดหวัง และทักษะการปรับพฤติกรรม เปิดใจยอมรับและกำหนดข้อตกลงในการร่วมกิจกรรม โดยแทรกกิจกรรมสกัด คือ สกัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หิว สะกด คือ สะกดใจไม่ให้กินเกิน และสะกด คือ และสะกด คือ สะกดให้เพื่อนๆ ในกลุ่มช่วยกันออกกำลังกาย บันทึกภาพถ่ายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเอง</p>	<p>1.1) การให้ความรู้โรคอ้วนและพฤติกรรมเสี่ยง โดยวิทยากรบรรยายให้ความรู้และฝึกทักษะโดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่อง ผลเสียของการมีน้ำหนักเกิน ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก หลักการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียดเพื่อการลดน้ำหนัก</p>
	<p>1.2) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แบ่งกลุ่มๆ ละ 5 คน สมาชิกกลุ่มย่อยเลือกผู้นำทีมๆ ละ 1 คน สมาชิกแนะนำตนเองเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักคุ้นเคยกัน สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะอ้วน และช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</p>	<p>1.2) วิทยากรถ่ายทอดและยกตัวอย่างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ</p>

ตาราง 37 (ต่อ)


ประเด็น	โปรแกรมที่เห็นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	โปรแกรมที่เห็นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง
<p>2. เทคนิค ในการ สร้าง โปรแกรม (ต่อ)</p>	<p>1.3) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการลดน้ำหนักของตนเอง ด้วยการกำหนดเมนูอาหารเพื่อให้ได้แคลอรีที่เพียงพอและเหมาะสมกับการลดน้ำหนัก และกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะอ้วน</p>	<p>1.3) สาริตการออกกำลังกาย สาริตอาหารลดน้ำหนัก สาริตการควบคุม อารมณ์และการจัดการความเครียด ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ฝึก ปฏิบัติการจัดเมนูอาหาร และฝึกการควบคุมอารมณ์และการจัดการ ความเครียดโดยวิทยากร</p>
	<p>1.4) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึกลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและพฤติกรรม 3 อ. ประชุมกลุ่มติดตามความก้าวหน้าผลการลดน้ำหนักด้วยการชั่งน้ำหนัก ประเมิน พฤติกรรมดูแลสุขภาพจากคู่มือบันทึกซึ่งกันและกันในกลุ่ม และบูรณาการความรู้ ของกลุ่มย่อยโดยการอภิปรายกลุ่มใหญ่</p>	<p>1.4) การใช้ตัวแบบ จากสื่อวีดิทัศน์ที่สอนให้รู้ประสบการณ์ความสำเร็จใน การลดน้ำหนัก</p>
	<p>1.5) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึกกำกับตนเองด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการ จัดการความเครียด สมาชิกภายในกลุ่มฝึกทักษะการเลือกชนิด ปริมาณของอาหารใน การลดน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับตนเองจากประสบการณ์จริง และตรวจสอบความ ถูกต้องและเสนอแนะภายในกลุ่ม</p>	<p>1.5) วิทยากรมีการใช้คำพูดโน้มน้าวและกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกต้องการ ลดน้ำหนัก ให้สังเกตตัวเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ทำการบันทึกพฤติกรรมพร้อมแจกคู่มือการ ลดน้ำหนัก วิธีการบันทึกพฤติกรรม วิธีการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก บันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว</p>
	<p>1.6) ฝึกการทำงานร่วมกันโดยมีการระดมสมอง ค้นหาปัญหาอุปสรรค วิธีแก้ไข ทบทวน เป้าหมายและวางแผนเพื่อลดน้ำหนักต่อภายในกลุ่ม ฝึกประเมินผลการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยเปรียบเทียบกับผลงานของแต่ละกลุ่ม และสมาชิก ภายในกลุ่มเพื่อปรับปรุงพัฒนา การฝึกจิตเพิ่มพลังชีวิต</p>	<p>1.6) ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการนำไปปฏิบัติ วางแผนแก้ไข ปัญหาและทบทวนเป้าหมายการลดน้ำหนัก</p>

ตาราง 37 (ต่อ)

ประเด็น	โปรแกรมที่เห็นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	โปรแกรมที่เห็นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง
<p><b>2. เทคนิคในการสร้างโปรแกรม (ต่อ)</b></p>	<p>1.7) สมาชิกร่วมกันให้กำลังใจ ชื่นชมแสดงความยินดี สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกัน กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ส่งอีเมลล์ และ Facebook แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในลักษณะ เป็นคู่หู การติดตามเยี่ยมเยียน พุดคุยปัญหาอุปสรรคกับกลุ่ม ให้รางวัลกับผู้ประสบผลสำเร็จ ประเมินผลโดยสมาชิกในกลุ่ม</p>	<p>1.7) ติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดโครงการมีการประกาศผลการให้รางวัลกับผู้ประสบผลสำเร็จ และประเมินผล</p>
<p><b>3. ตัวแปรตาม</b></p>	<p>1. พฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self</p> <p>1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง</p> <p>1.2 การกำกับตนเอง</p> <p>1.3 การดูแลสุขภาพตนเอง</p> <p>2. ภาวะอ้วน</p> <p>2.1 ดัชนีมวลกาย</p> <p>2.2 เส้นรอบเอว</p> <p>2.3 ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</p>	<p>1. พฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self</p> <p>1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง</p> <p>1.2 การกำกับตนเอง</p> <p>1.3 การดูแลสุขภาพตนเอง</p> <p>2. ภาวะอ้วน</p> <p>2.1 ดัชนีมวลกาย</p> <p>2.2 เส้นรอบเอว</p> <p>2.3 ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</p>

รายละเอียดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self





รายละเอียดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  
**3 Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง**



ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ 1)	<p>1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความคุ้นเคย และไว้วางใจระหว่างสมาชิก</p> <p>2) สร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>3) สร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>4) สร้างแนวทางความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้วยการวางแผนการกำกับพฤติกรรมตนเอง</p>	<p>1) ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ์ ทักทาย แนะนำตนเอง</p> <p>2) ละลายพฤติกรรม ประเมินความคาดหวัง และทักษะ เปิดใจ ยอมรับและกำหนดข้อตกลงในการร่วมกิจกรรม โดยแทรกกิจกรรม สก๊ต คือ สก๊ตสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หิว สะกด คือ สะกดใจไม่ให้กินเกิน และสะกิด คือ สะกิดให้เพื่อนๆ ในกลุ่มช่วยไม่ให้กินเกิน</p> <p>3) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แบ่งกลุ่มละ 5 คน สมาชิกกลุ่มย่อย คัดเลือกตัวแทนกลุ่มๆ ละ 1 คน สมาชิกแนะนำตนเองเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักคุ้นเคยกัน สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะอ้วน</p> <p>4) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง บันทึกภาพถ่ายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเอง</p> <p>5) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายของตนเองและกลุ่ม วางแผนในการลดน้ำหนักของตนเองด้วยการกำหนดเมนูอาหาร เพื่อให้ได้แคลอรีที่เพียงพอและเหมาะสมกับการลดน้ำหนัก และกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก</p> <p>6) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึกลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>7) นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป</p>	<p>1) Flip Chat</p> <p>2) เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>3) สายวัด</p> <p>4) แบบบันทึกน้ำหนัก BMI เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</p> <p>5) คำมั่นสัญญาการลดน้ำหนัก</p> <p>6) ใบงานการตั้งชื่อกลุ่ม</p> <p>7) ใบงานการกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนัก</p> <p>8) ใบงานการติดตามการลดน้ำหนักตามแผนประจำสัปดาห์ด้วยตนเอง</p> <p>7) ใบงานแผนการกำกับตนเอง</p> <p>8) แบบบันทึกและคู่มือลดน้ำหนัก</p> <p>10) เครื่องวัดไขมันใต้ผิวหนัง</p>	120 นาที	<p>1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย</p> <p>2) นิสิตเข้าร่วมกิจกรรม 100 %</p> <p>3) นิสิตบันทึกเป้าหมายการลดน้ำหนักได้ถูกต้อง</p> <p>4) สังเกตสมาชิกมีความสนุกสนานมีส่วนร่วมและมี ความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน</p> <p>5) สมาชิกมีแผนการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>

**คำมั่นสัญญา**  
**คำชี้แจงสิทธิสัญญา**

**หากทำได้ ผู้วิจัยจัดให้**

ท่านปรารถนาได้ของรางวัลหมายเลขใด เพื่อเป็นรางวัลในการลดน้ำหนักได้บรรลุเป้าหมายครั้งนี้

1. ชุดออกกำลังกาย 1 ชุด
2. รองเท้าออกกำลังกาย 1 คู่
3. จักรยาน 1 คัน

โดยสัปดาห์ที่ 8 จะทำการชั่งน้ำหนัก เพื่อเตรียมจัดรางวัลแก่ท่านที่มีแนวโน้มว่าจะลดน้ำหนักประสบความสำเร็จ แต่มีเงื่อนไขว่าท่านจะต้องไม่ใช้ยาหรือสารเคมีใดๆ ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ค่ะ

**เราเชื่อว่า คุณทำได้เป็นกำลังใจให้นะคะ**



สำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมเซ็นสัญญา

ข้าพเจ้า.....ทำได้

วันนี้ วันที่ .....

ข้าพเจ้า.....ชั่งน้ำหนักเริ่มต้นที่.....ก.ก.

ถ้าหากอีก 8 สัปดาห์ ข้าพเจ้าสามารถลดน้ำหนักได้ ตามที่กำหนด ข้าพเจ้า  
ปรารถนาได้ของรางวัลหมายเลข .....เป็นรางวัลในการลด  
น้ำหนักได้บรรลุตามเป้าหมายครั้งนี้

## ใบงาน การตั้งชื่อและตั้งเป้าหมายของกลุ่ม

ชื่อกลุ่ม.....

รายชื่อสมาชิก

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

หัวหน้ากลุ่ม

เป้าหมายการลดน้ำหนัก

ในครั้งนีกลุ่ม.....

มีสมาชิกที่ต้องการลดน้ำหนักเพื่อสุขภาพ จำนวน .....คน น้ำหนักที่ต้องการลด.....ก.ก.

มีสมาชิกที่ต้องการลดน้ำหนักเพื่อความงาม จำนวน.....คน น้ำหนักที่ต้องการลด.....ก.ก.

ดังนั้น เป้าหมายน้ำหนักที่จะต้องลดของสมาชิกรวมเป็น .....กิโลกรัม (เมื่อสิ้นสุดโครงการ)

**การกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนักรายบุคคล**

เป้าหมายลดน้ำหนัก (ชื่อ – สกุล).....

### ถ้าต้องการลดน้ำหนักเพื่อสุขภาพ

ให้ลดน้ำหนักมาจน BMI อยู่ที่ 18.5 – 22.9

แทนค่า (ส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> x 18.5 และส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> x 22.9

ดังนั้น น้ำหนักท่านจะอยู่ในช่วง = ..... ก.ก. - .....ก.ก.

### ถ้าต้องการลดน้ำหนักเพื่อความงาม

ให้ลดน้ำหนักมาจน BMI อยู่ที่ 20 แต่ไม่ควรต่ำกว่า 18.5

แทนค่า (ส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> x 18.5 และส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> x 20

ดังนั้น น้ำหนักท่านจะอยู่ในช่วง = ..... ก.ก. - .....ก.ก.

ในครั้ง นี้ ท่านต้องการลดน้ำหนักเพื่อ.  สุขภาพ  ความงาม

ดังนั้น เป้าหมายในการลดน้ำหนักมาจน ดัชนีมวลกายอยู่ที่.....ก.ก./ตารางเมตร

น้ำหนักเป้าหมายในการลดน้ำหนัก = .....ก.ก.

ซึ่งขณะนี้ท่านมีน้ำหนัก = .....ก.ก.

ท่านจะต้องลดน้ำหนักลงเหลือ

น้ำหนักปัจจุบัน (.....) - น้ำหนักเป้าหมาย (.....) = .....ก.ก

ดังนั้น ท่านควรลดน้ำหนักลงให้ได้ เฉลี่ยสัปดาห์ละ ..... ก.ก. ก็จะใช้เวลา .....สัปดาห์

และโปรแกรมลดน้ำหนักครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ (สิ้นสุดวันที่.....)

ท่านตั้งเป้าหมายว่า น้ำหนักของท่านจะลดลงเหลือ = .....ก.ก. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม



## ฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมายการลดน้ำหนักด้วยตนเอง

ชื่อ – สกุล .....

อันดับแรกท่านต้องเตรียมพร้อมด้านจิตใจ ต้องมีความตั้งใจแน่วแน่ ที่จะลดน้ำหนัก การที่จะประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับจิตใจที่มุ่งมั่นของผูลดน้ำหนัก สิ่งอื่นๆ ภายนอกนั้น ล้วนเป็นส่วนประกอบเท่านั้นจะ

ส่วนการกำหนดเป้าหมายเพื่อความสำเร็จควรเริ่มทีละน้อย โดยการลดน้ำหนักที่ปลอดภัย คือ การลดน้ำหนักลงได้สัปดาห์ละ 0.5 – 1.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนี้

- ตัดสินใจลด 0.25 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 275 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 0.50 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 550 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 0.75 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 825 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 1.00 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 1,100 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 1.25 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 1,425 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 1.50 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 1,650 กิโลแคลอรี

ประเมินความต้องการพลังงานตามภาวะโภชนาการและกิจกรรมประจำวันของท่าน

น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม X 24 ชั่วโมง + (น้ำหนัก (ก.ก.) X 24 ชั่วโมง) X น้ำหนักตัว 0.5 ในผู้ชาย หรือ 0.45 ในผู้หญิง ) (เท่ากับต้องการอาหารวันละ.....กิโลแคลอรี)

หมายเหตุ ไม่ควรรับประทานอาหารต่ำกว่า 1200 กิโลแคลอรีต่อวันในเพศหญิง และไม่ควรถ่ำกว่า 1600 กิโลแคลอรีต่อวันในเพศชาย



เช่น ผู้หญิงน้ำหนัก 65 ก.ก. X 0.9 kcal X 24 ชม. = 1,404 kcal /วัน +(1,680x 0.45) = 632 kcal /วัน

พลังงานที่ต้องการทั้งหมด 2035 แคลอรีต่อวัน

ตัดสินใจลด 0.75 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 825 กิโลแคลอรี

เพราะฉะนั้นต้องการพลังงาน 2035 – 825 แคลอรีต่อวัน = 1,210 แคลอรีต่อวัน

น้ำหนักที่ ตัดสินใจลด (ก.ก. ต่อสัปดาห์)	แคลอรีที่ควรลด ต่อวัน (Kcal)	ว/ด/ป	วิธีการลดน้ำหนัก				ผลการปฏิบัติ (ได้/ไม่ได้ พร้อมระบุ เหตุผล)
			รายการ อาหาร	พลังงานที่ควร ได้รับ (Kcal)	กิจกรรม/ออก กำลังกาย	พลังงานที่ควร เผาผลาญได้ (Kcal)	
..... 0.75..ก.ก.	...825 Kcal	1 พ.ย.55	โจ๊กหมู	253	วิ่งเหยาะ	200	
			ก๋วยเตี๋ยวผัด ไทย	578			
			แตงโม	275			
			ขนมจีนน้ำยา	332			
			<b>รวม</b>	<b>1438</b>		<b>-200</b>	<b>1238 ได้</b>

## ใบงาน

### แผนการกำกับตนเอง

เพื่อลดน้ำหนักให้บรรลุเป้าหมายของ.....

การวางแผนเพื่อลดน้ำหนัก		ผลการสังเกตตนเอง	
แผนการกำกับตนเอง	รายละเอียด	ผลการปฏิบัติตามแผน	ปัญหา อุปสรรคและ ข้อเสนอแนะ
การบริโภค			
การใช้พลังงาน			
การจัดการความเครียด			




ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ 2)	<p>1) เพื่อสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม</p> <p>2) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>3) เพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<p>1) ประชุมกลุ่มติดตามความก้าวหน้าผลการลดน้ำหนักด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดความหนาของไขมัน ประเมินการดูแลสุขภาพตนเองจากคู่มือบันทึก</p> <p>2) สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักของตนเองในกลุ่ม</p> <p>3) รายงานผลงานกลุ่ม และบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อยโดยการอภิปรายกลุ่มใหญ่</p> <p>4) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึกกำกับตนเองด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด</p> <p>5) ฝึกทักษะการกำหนดเมนูอาหารเพื่อให้ได้แคลอรีที่สมดุลในการลดน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับตนเอง และตรวจสอบความถูกต้องและเสนอแนะภายในกลุ่ม</p> <p>6) กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับตนเองและกลุ่ม</p> <p>7) ฝึกทักษะการจัดการความเครียดและฝึกทักษะการออกกำลังกาย</p> <p>8) นัดหมายครั้งต่อไป</p>	<p>1) Flip Chat</p> <p>2) เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>3) สายวัด</p> <p>4) เอกสารคู่มือ ในเรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ อาหารแลกเปลี่ยน ลักษณะอาหารลดน้ำหนัก อาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ต้องการลดน้ำหนัก</p> <p>5) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง</p>	120 นาที	<p>1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย</p> <p>2) น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว</p> <p>3) ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</p> <p>4) นิสิตบันทึกพฤติกรรมได้ถูกต้อง</p>

ใบงาน

สรุปสาเหตุและปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง  
ครั้งที่ .....

วันที่.....

ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักของท่าน
	

ใบงาน

สรุปผลการอภิปรายกลุ่ม.....

ครั้งที่.....

วันที่.....

ผลการวิเคราะห์ปัญหาจากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกและการวางแผนน้ำหนัก

สาเหตุที่ทำให้สมาชิกมีน้ำหนัก ตัวเกินมาตรฐาน	ปัญหา – อุปสรรคในการลด น้ำหนักของกลุ่ม	การแก้ไขปัญหาและแผนการลด น้ำหนักของกลุ่ม

สู้ๆ อย่าท้อแท้!!



เราอยู่เคียงข้างเสมอ

ใบงาน  
สรุปสาเหตุ – ปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักลดลงด้วยตนเอง  
ครั้งที่ .....

วันที่.....

ระบุปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักของท่านลดลง	การแผนการลดน้ำหนักของกลุ่ม

“ความอึดทน” จะเป็นสิ่งช่วยคุณ...  
แต่...สิ่งที่จะเป็นใจ “ความอึดทน”



ใบงาน  
แบบฝึกการกำหนดเมนูอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

วันที่	มื้อ	รายการอาหารกินลดน้ำหนัก	
		เมนู	Kcal
	เช้า		
	สาย		
	เที่ยง		
	บ่าย		
	เย็น		
	ก่อนนอน		
		รวม	
สรุป		กินประมาณ 1200 Kcal ต่อวัน ร่วมกับการออกกำลังกายน้ำหนักลดได้แน่ ๆ	

- เกือบถูกต้องแล้ว หากลองฝึกทบทวนใหม่ คุณทำได้แน่นอน
- ถูกต้องแล้ว เป็นกำลังใจให้ที่เหลือคือพยายามให้ได้ทุกวัน เราเชื่อมั่นในตัวคุณ





ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ 3)	<p>1) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง</p> <p>2) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปรับแผนการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>3) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง</p>	<p>1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันชั่งน้ำหนัก ฝึกคำนวณดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน และครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2) ฝึกการทำงานร่วมกันโดยมีการระดมสมอง ค้นหาปัญหาอุปสรรค วิเคราะห์ และวางแผนเพื่อลดน้ำหนักภายในกลุ่ม</p> <p>3) ฝึกประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยเปรียบเทียบกับผลงานของกลุ่มอื่นเพื่อปรับปรุงพัฒนา</p> <p>4) ประเมินผลการจัดเมนูอาหารและการออกกำลังกาย</p> <p>5) สมาชิกร่วมกันฝึกทักษะการออกกำลังกาย</p> <p>6) สมาชิกร่วมกันฝึกทักษะการควบคุมและการจัดการความเครียด</p> <p>7) นัดหมายครั้งต่อไป</p>	<p>1) Flip Chat</p> <p>2) เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>3) สายวัด</p> <p>4) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง</p> <p>5) แบบบันทึกน้ำหนักดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</p> <p>6) เอกสารคู่มือประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก</p> <p>7) เครื่องวัดไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold Caliper)</p>	120 นาที	<p>1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย</p> <p>2) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว</p> <p>3) นิสิตบันทึกพฤติกรรมได้ถูกต้อง</p> <p>4) ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง</p>



สรุปสาเหตุและปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง

ครั้งที่ .....

วันที่.....


ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักของท่าน

สรุปผลการอภิปรายกลุ่ม.....

ครั้งที่.....

วันที่.....

ผลการวิเคราะห์ปัญหาจากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกและการวางแผนหน้าหน้า

สาเหตุที่ทำให้สมาชิกมีหน้าหน้า ตัวเกินมาตรฐาน	ปัญหา – อุปสรรคในการลด หน้าหน้าของกลุ่ม	การแก้ไขปัญหาและแผนการลด หน้าหน้าของกลุ่ม
		

สรุปสาเหตุ – ปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักลดลงด้วยตนเอง

ครั้งที่ .....

วันที่.....

ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักของท่านลดลง

## แบบฝึกการกำหนดเมนูอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

วันที่	มือ	รายการอาหารกินลดน้ำหนัก	
		เมนู	Kcal
	เช้า		
	สาย		
	เที่ยง		
	บ่าย		
	เย็น		
	ก่อนนอน		
		รวม	
สรุป		กินประมาณ 1200 Kcal ต่อวัน ร่วมกับการออกกำลังกายน้ำหนักลดได้แน่ๆ	

- เกือบถูกต้องแล้ว หากลองฝึกทบทวนใหม่ คุณทำได้แน่นอน
- ถูกต้องแล้ว เป็นกำลังใจให้ที่เหลือคือพยายามให้ได้ทุกวัน เราเชื่อมั่นในตัวคุณ





ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ 4)	1) เพื่อเสริมแรงโดยการฝึกจิตพัฒนาอารมณ์ 2) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปรับแผนการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง 3) เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4) เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมบันทึกและประเมินผลน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังภายในกลุ่ม 2) การฝึกจิตเพิ่มพลังชีวิต 3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลตนเอง พร้อมช่วยกันตอบปัญหาสุขภาพซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม 4) ประเมินการจัดเมนูอาหาร การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย 5) สมาชิกร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลและยั่งยืน 6) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันออกกำลังกายนัดหมายวันเก็บข้อมูลหลังการทดลอง เพื่อติดตามผล	1) Flip Chat 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก 3) สายวัด 4) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง 5) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว 6) เอกสารคู่มือประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก 7) เครื่องวัดไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold Caliper)	120 นาที	1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย 2) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว 3) ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง 4) นิสิตทุกคนบันทึกพฤติกรรมได้ถูกต้อง

สรุปสาเหตุและปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง

ครั้งที่ .....

วันที่.....

ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักของท่าน

เรามั่นใจว่าคุณต้องชนะอุปสรรคได้แน่นอน



สรุปผลการอภิปรายกลุ่ม.....

ครั้งที่.....

วันที่.....

ผลการวิเคราะห์ปัญหาจากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกและการวางแผนหน้าหน้า


สาเหตุที่ทำให้สมาชิกมีหน้าหน้าตัวเกินมาตรฐาน	ปัญหา – อุปสรรคในการลดหน้าหน้าของกลุ่ม	การแก้ไขปัญหาและแผนการลดหน้าหน้าของกลุ่ม

ฮึบ ๆ คุณทำได้ แวะมาเติมกำลังใจให้สู้ต่อไปนะ

สรุปสาเหตุ – ปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักลดลงด้วยตนเอง

ครั้งที่ .....

วันที่.....

ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักของท่านลดลง
	

คุณทำได้ จงพยายามทำต่อไป

### แบบฝึกการกำหนดเมนูอาหารเพื่อลดน้ำหนัก


วันที่	มือ	รายการอาหารกินลดน้ำหนัก	
		เมนู	Kcal
	เช้า		
	สาย		
	เที่ยง		
	บ่าย		
	เย็น		
	ก่อนนอน		
		รวม	
สรุป		กินประมาณ 1200 Kcal ต่อวัน ร่วมกับการออกกำลังกายน้ำหนักลดได้แน่ๆ	

- เกือบถูกต้องแล้ว หากลองฝึกทบทวนใหม่ คุณทำได้แน่นอน
- ถูกต้องแล้ว เป็นกำลังใจให้ที่เหลือคือพยายามให้ได้ทุกวัน เราเชื่อมั่นในตัวคุณ





ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 5 - 8 (สัปดาห์ที่ 5-8)	1) เพื่อกระตุ้นเตือน ให้ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพอย่างต่อเนื่อง 2) เพื่อประเมิน น้ำหนักตัว และเส้น รอบเอวและ พฤติกรรมที่นำไปสู่ การลดน้ำหนักตาม เป้าหมาย	1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ส่ง E – mail และ Facebook แบบเพื่อนช่วยเพื่อน สัปดาห์ละ อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) ผู้วิจัยการติดตามเยี่ยมเยียน พูดคุยปัญหาอุปสรรคกับกลุ่ม 3) สมาชิกบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และ เส้นรอบเอวภายในกลุ่มทุกสัปดาห์	1) เครื่องชั่งน้ำหนัก 2) สายวัด 3) แบบบันทึกพฤติกรรม น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว 4) แบบบันทึกและคู่มือ การวางแผนการลด น้ำหนัก	90 นาที	1) สังเกตความสนใจ และความร่วมมือใน การเข้าร่วมกิจกรรม ใน Facebook 2) น้ำหนักตัว เส้น รอบเอว 3) ดัชนีมวลกาย 5) นิสิตบันทึก พฤติกรรมถูกต้อง
สัปดาห์ที่ 12 หลังเสร็จ สิ้นการ ทดลอง แล้ว 1 เดือน	1) เพื่อประเมินผล การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 2) เพื่อสำรวจความ พึงพอใจต่อการเข้า ร่วมโปรแกรม	1) สมาชิกบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้น รอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ภายในกลุ่ม 2) เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามตัวแปรตาม 3) ทำแบบประเมินความพึงพอใจภาพรวมของโปรแกรม สัมภาษณ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมเพื่อติดตามการปฏิบัติด้วย ตนเองของกลุ่มตัวอย่างในชีวิตประจำวันเพิ่มเติม 4) ร่วมสังสรรค์ และแจกรางวัลสมาชิกกลุ่มตามลำดับที่ สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ 5) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่เสียสละเวลาเข้ามาเข้าร่วม กิจกรรม ปิดการทำกิจกรรมกลุ่ม	1) เครื่องชั่งน้ำหนัก 2) สายวัด 3) แบบบันทึกพฤติกรรม น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว 4) เอกสารและคู่มือการ วางแผนการลดน้ำหนัก 5) เครื่องวัดไขมันใต้ ผิวหนัง	60 นาที	



รายละเอียดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  
**3 Self ที่เห็นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง**

ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ 1)	<p>1) เพื่อให้นิสิตมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดและควบคุมอารมณ์</p> <p>2) เพื่อให้นิสิตมีแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก</p> <p>3) เพื่อวางแผนการกำกับพฤติกรรมตนเอง</p>	<p>1) วิทยากรบรรยายให้ความรู้ ผลเสียเกี่ยวกับโรคอ้วน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความรู้เกี่ยวกับการเผชิญอารมณ์และสถานการณ์ ที่มีผลต่อการลดน้ำหนัก</p> <p>2) ผู้วิจัยวางแผนและตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย</p> <p>3) ผู้วิจัยแจกแบบบันทึก พฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ซึ่งแจกจ่ายละเอียดในการบันทึกและประเมินผล การควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียด</p> <p>4) วิทยากรให้ฝึกการสังเกตตัวเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์และบันทึก</p> <p>5) ผู้วิจัยบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวเปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านมาและเกณฑ์มาตรฐาน</p>	<p>1) เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>2) สายวัด</p> <p>3) แบบสังเกตพฤติกรรม</p> <p>4) แบบบันทึก น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว</p> <p>5) เอกสารประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก</p> <p>6) ตัวอย่างอาหารลดน้ำหนัก</p> <p>7) คู่มือลดน้ำหนัก</p>	120 นาที	<p>1) สังเกตความสนใจและการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย</p> <p>2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอ้วน</p> <p>3) นิสิตทุกคนมีเป้าหมายในการลดน้ำหนัก</p> <p>4) นิสิตสามารถบันทึกแบบบันทึกได้ถูกต้อง</p>



**สนธิสัญญา**  
**คำชี้แจงสนธิสัญญา**

**หากทำได้ ผู้วิจัยจัดให้**

ท่านปรารถนาได้ของรางวัลหมายเลขใด เพื่อเป็นรางวัลในการลดน้ำหนักได้บรรลุเป้าหมายครั้งนี้

4. ชุดออกกำลังกาย 1 ชุด
5. รองเท้าออกกำลังกาย 1 คู่
6. จักรยาน 1 คัน
7. เงินรางวัล 3000 บาท รายบุคคล
8. เงินรางวัล 5000 บาท ประเภททีม

โดยสัปดาห์ที่ 8 จะทำการชั่งน้ำหนัก เพื่อเตรียมจัดรางวัลแก่ท่านที่มีแนวโน้มว่าจะลดน้ำหนักประสบความสำเร็จ แต่มีเงื่อนไขว่าท่านจะต้องไม่ใช้ยาหรือสารเคมีใดๆ ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้

สำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมเซ็นสัญญา

วันนี้ วันที่ .....ข้าพเจ้า.....ชั่งน้ำหนัก

เริ่มต้นที่.....ก.ก.

ถ้าหากอีก 8 สัปดาห์ ข้าพเจ้าสามารถลดน้ำหนักได้ ตามที่กำหนด ข้าพเจ้าปรารถนาได้ของรางวัลหมายเลข .....เป็นรางวัลในการลดน้ำหนักได้บรรลุตามเป้าหมายครั้งนี้

### การกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนัก

เป้าหมายลดน้ำหนัก (ชื่อ - สกุล).....

**ถ้าต้องการลดน้ำหนักเพื่อสุขภาพ**

ให้ลดน้ำหนักมาจน BMI อยู่ที่ 18.5 – 22.9

แทนค่า (ส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> x 18.5 และส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> x 22.9

ดังนั้น น้ำหนักท่านควรจะอยู่ในช่วง = ..... ก.ก. - .....ก.ก.

**ถ้าต้องการลดน้ำหนักเพื่อความงาม**

ให้ลดน้ำหนักมาจน BMI อยู่ที่ 20 แต่ไม่ควรต่ำกว่า 18.5

แทนค่า (ส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> x 18.5 และส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> x 20

ดังนั้น น้ำหนักท่านควรจะอยู่ในช่วง = ..... ก.ก. - .....ก.ก.

ในครั้ง นี้ ท่านต้องการลดน้ำหนักเพื่อ  สุขภาพ  ความงาม

ดังนั้น เป้าหมายในการลดน้ำหนักมาจน ดัชนีมวลกายอยู่ที่.....ก.ก./ตารางเมตร

น้ำหนักเป้าหมายในการลดน้ำหนัก =.....ก.ก.

ซึ่งขณะนี้ท่านมีน้ำหนัก =.....ก.ก.

ท่านจะต้องลดน้ำหนักลงเหลือ

น้ำหนักปัจจุบัน (.....) - น้ำหนักเป้าหมาย (.....) = .....ก.ก.

ดังนั้น ท่านต้องลดน้ำหนักลงได้ เฉลี่ยสัปดาห์ละ ..... ก.ก. ก็จะใช้เวลา .....สัปดาห์

และโปรแกรมลดน้ำหนักครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ (สิ้นสุดวันที่.....)

เป้าหมายในการลดน้ำหนักของท่านจะลดลงเหลือ = .....ก.ก. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

**แบบฝึกทักษะ**  
**เป้าหมายการลดน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับท่าน**

ชื่อ – สกุล .....

อันดับแรกท่าน ต้องมีความตั้งใจแน่วแน่ ที่จะลดน้ำหนัก การที่จะประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับจิตใจแน่วแน่ มั่นคง ของผู้ลดน้ำหนัก สิ่งอื่นๆ ภายนอกนั้นล้วนเป็นส่วนประกอบเท่านั้น นะคะ

ส่วนการกำหนดเป้าหมายเพื่อความสำเร็จที่ละน้อย การลดน้ำหนักที่ปลอดภัย คือ การลดน้ำหนักลงได้ สัปดาห์ละ 0.5 – 1.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนี้

- ตัดสินใจลด 0.25 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 275 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 0.50 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 550 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 0.75 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 825 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 1.00 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 1,100 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 1.25 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 1,425 กิโลแคลอรี
- ตัดสินใจลด 1.50 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ดังนั้น แคลอรีที่ควรลดต่อวันคือ 1,650 กิโลแคลอรี

**ความต้องการพลังงานตามภาวะโภชนาการและกิจกรรมประจำวัน ของท่าน**

หากท่านต้องการมีน้ำหนักตัว.....กิโลกรัม X 24 ชั่วโมง X 0.5 ในผู้ชาย หรือ 0.45 ในผู้หญิง (เท่ากับ  
ต้องการอาหารวันละ.....กิโลแคลอรี)

**หมายเหตุ** ไม่ควรรับประทานอาหารต่ำกว่า 1200 กิโลแคลอรีต่อวันในเพศหญิง และไม่ควรถ่ำกว่า  
1600 กิโลแคลอรีต่อวันในเพศชาย



แผนการกำกับตนเอง  
เพื่อลดน้ำหนักให้บรรลุเป้าหมายของ.....

การวางแผนเพื่อลดน้ำหนัก		ผลการสังเกตตนเอง	
แผนการกำกับตนเอง	รายละเอียด	ผลการปฏิบัติตามแผน	ปัญหา อุปสรรคและ ข้อเสนอแนะ
การบริโภค			
การใช้พลังงาน			
การจัดการความเครียด			

ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ 2)	1) ทบทวนความรู้ จากครั้งที่ 1  2) พิจารณาการ ตั้งเป้าหมายว่า ตนเองจะปฏิบัติ อย่างไรเพื่อให้ น้ำหนักลดลง  3) นำเสนอตัวแบบ ที่ประสบ ความสำเร็จและ เป็นที่ยอมรับ ร่วมกับใช้คำพูดชัก จูงโน้มน้าวให้ สามารถลดน้ำหนัก ได้สำเร็จ เปิดให้ ซักถามข้อสงสัย	1) ผู้วิจัยบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวเปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านมาและเกณฑ์ มาตรฐาน 2) ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ที่มีน้ำหนักลดลงและให้กำลังใจผู้มี น้ำหนักเท่าเดิมและเพิ่มขึ้น 3) ทบทวนความรู้ด้วยการบรรยาย เลือกนิสิตที่ลดน้ำหนัก ได้มาเป็นตัวแบบในการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกต้องการ ลดน้ำหนัก 4) แจกคู่มือการออกกำลังกาย และฝึกการสังเกตตัวเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ การจัดการความเครียด 5) ผู้วิจัยให้ทบทวนเป้าหมายในการลดน้ำหนัก พฤติกรรม บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และจัดการความเครียด 6) ผู้วิจัยสาธิตอาหารลดน้ำหนัก และฝึกการจัดการ ความเครียดด้วยการฝึกสมาธิ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ด้วยการเต้นแอโรบิก 7) เปิดโอกาสให้ซักถาม 8) นัดหมายครั้งต่อไป	1) เครื่องชั่งน้ำหนัก 2) สายวัด 3) เอกสารคู่มือ ในเรื่อง อาหารหลัก 5 หมู่ อาหาร แลกเปลี่ยน ลักษณะ อาหารลดน้ำหนัก อาหารที่ ควรบริโภคและอาหารที่ ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ ต้องการลดน้ำหนัก เทคนิคการรับประทาน อาหารเพื่อลดน้ำหนัก 4) แบบสังเกตพฤติกรรม 5) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบ เอว 6) เอกสารประกอบการ วางแผนการลดน้ำหนัก 7) คู่มือการออกกำลังกาย	120 นาที	1) สังเกตความสนใจและ ความร่วมมือในการเข้า ร่วมวิจัย 2) น้ำหนักตัว 3) นิสิตทุกคนบันทึก พฤติกรรมถูกต้อง

แบบฝึกการกำหนดเมนูอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

วันที่	มื้อ	รายการอาหารกินลดน้ำหนัก	
		เมนู	Kcal
	เช้า		
	สาย		
	เที่ยง		
	บ่าย		
	เย็น		
	ก่อนนอน		
		รวม	
สรุป		กินประมาณ 1200 Kcal ต่อวัน ร่วมกับการออกกำลังกายน้ำหนักลดได้แน่ๆ	








ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ 3)	<p>1) เพื่อให้นิสิตปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การ จัดการความเครียดที่ เหมาะสมกับตนเอง</p> <p>2) เพื่อให้นิสิตเชื่อมั่นใน ความสามารถตนเองและ สามารถกำกับตนเองเกี่ยวกับ พฤติกรรม 3 อ.ได้</p> <p>3) เพื่อประเมินผลการลด น้ำหนัก</p>	<p>1) ผู้วิจัยบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว วิธีการ คำนวณดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวเปรียบเทียบกับ ครั้งก่อน และเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>2) ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ที่มีน้ำหนักลดลงและให้ กำลังใจผู้มีน้ำหนักเท่าเดิมและเพิ่มขึ้น</p> <p>3) ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการนำไป ปฏิบัติ ทั้งการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทาง กายและการจัดการความเครียด และวางแผนแก้ไข ปัญหาอุปสรรค</p> <p>4) ประเมินแบบการสังเกตและแบบบันทึกตนเอง การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายประจำ สัปดาห์</p> <p>5) ผู้วิจัยทบทวนเป้าหมายการลดน้ำหนัก พฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และผ่อนคลายความเครียด และบันทึก</p> <p>6) ผู้วิจัยจัดเมนูอาหารเป็นตัวอย่าง</p> <p>7) ฝึกสมาธิและออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิก</p> <p>8) นัดหมายครั้งต่อไป</p>	<p>1) เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>2) สายวัด</p> <p>3) แบบสังเกตพฤติกรรม</p> <p>4) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้น รอบเอว 5) เอกสาร ประกอบการวางแผนการ ลดน้ำหนัก</p>	120 นาที	<p>1) สังเกตความสนใจและ ความร่วมมือในการเข้า ร่วมวิจัย</p> <p>2) น้ำหนักตัว</p> <p>3) เส้นรอบเอว</p> <p>4) นิสิตทุกคนบันทึก พฤติกรรมถูกต้อง</p>

สรุปสาเหตุและปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง

ครั้งที่ .....


วันที่.....

ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักของท่าน
	

สรุปสาเหตุ – ปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักลดลงด้วยตนเอง

ครั้งที่ .....


วันที่.....

ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักของท่านลดลง
	

ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ 4)	<p>1) เพื่อให้ผลิตปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การ จัดการความเครียดที่ เหมาะสมกับตนเอง</p> <p>2) เพื่อให้ผลิตเชื่อมั่นใน ความสามารถตนเองและ สามารถกำกับตนเองเกี่ยวกับ พฤติกรรม 3 อ.ได้</p> <p>3) เพื่อประเมินผลการลด น้ำหนัก</p>	<p>1) บันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว วิธีการ คำนวณดัชนีมวลกายเปรียบเทียบกับครั้ง ก่อน</p> <p>2) ผู้วิจัยชมเชยผู้ที่มีน้ำหนักลดลงและให้ กำลังใจผู้มีน้ำหนักเท่าเดิมและเพิ่มขึ้น</p> <p>3) ผู้วิจัยซักถามปัญหาและอุปสรรคในการ นำไปปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ วางแผน แก้ไขปัญหา</p> <p>4) ผู้วิจัยสรุปผลของกิจกรรมที่ได้ทำไปแล้ว ทั้งหมด</p> <p>5) นัดหมายวันเก็บข้อมูลหลังการทดลอง เพื่อติดตามผล</p>	<p>1) เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>2) สายวัด</p> <p>3) แบบสังเกตพฤติกรรม</p> <p>4) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนี มวลกาย และเส้นรอบเอว</p> <p>5) เอกสารประกอบการวาง แผนการลดน้ำหนัก</p>	120 นาที	<p>1) สังเกตความสนใจและ ความร่วมมือในการเข้า ร่วมวิจัย</p> <p>2) น้ำหนักตัว</p> <p>3) เส้นรอบเอว</p> <p>4) ดัชนีมวลกาย</p> <p>5) นิสิตทุกคนบันทึก พฤติกรรมถูกต้อง</p>

สรุปสาเหตุและปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง  
 ครั้งที่ .....


วันที่.....

ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัญหา – อุปสรรคในการลดน้ำหนักของท่าน
	

สรุปสาเหตุ – ปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักลดลงด้วยตนเอง

ครั้งที่ .....

วันที่.....

ระบุสาเหตุที่ท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	ระบุปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักของท่านลดลง
	

ครั้งที่/ สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อ	เวลา	การประเมินผล
ครั้งที่ 5 – 8 (สัปดาห์ที่ 5 - 8)	1) เพื่อกระตุ้นเตือน ให้ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง	1) ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนด้วยการโทรศัพท์ และส่งเมลล์ สัปดาห์ ละอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) สมาชิกบันทึกน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และ การดูแลสุขภาพเป็นประจำ 3) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมเยียน	1) แบบติดตามผลการลด น้ำหนักด้วยตนเองที่ 2) แบบติดตามเยี่ยมเยียน ผล การลดน้ำหนักของกลุ่มทดลอง ประจำสัปดาห์ 3) แบบบันทึกการสังเกตตนเอง	90 นาที	1) นิสิตทุกคน บันทึกพฤติกรรม ถูกต้อง 2) น้ำหนักตัว 3) เส้นรอบเอว
ครั้งที่ 12 (สัปดาห์ที่ 12)	1) เพื่อประเมินผล การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 2) เพื่อสำรวจความ พึงพอใจต่อการ	1) บันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้น รอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง และตัวพฤติกรรม สุขภาพ 3 Self 2) เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามตัวแปรตาม 3) ทำแบบประเมินความพึงพอใจภาพรวมของโปรแกรม สัมพัทธ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมเพื่อติดตามการปฏิบัติ ด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในชีวิตประจำวันเพิ่มเติม 4). ร่วมสังสรรค์ และแจกรางวัลสมาชิกกลุ่มทุกคนตามลำดับ ที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ 5) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่เสียสละเวลามาเข้า ร่วมกิจกรรม ปิดการทำกิจกรรมกลุ่ม	1) เครื่องชั่งน้ำหนัก 2) สายวัด 3) แบบสังเกตพฤติกรรม 4) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนี มวลกาย และเส้นรอบเอว 5) เอกสารประกอบการวาง แผนการลดน้ำหนัก	90 นาที	1) นิสิตทุกคนเข้า ร่วมกิจกรรม 2) น้ำหนักตัว 3) เส้นรอบเอว 4) ดัชนีมวลกาย 5) ความหนาของ ไขมันใต้ผิวหนัง 6) แบบบันทึก พฤติกรรม





**ภาคผนวก จ**

แบบบันทึกน้ำหนักตัวประจำสัปดาห์ด้วยตนเอง

แบบฝึกปฏิบัติบันทึกติดตามผลการลดน้ำหนักตนเอง

แบบบันทึกรอบเอวประจำสัปดาห์ด้วยตนเอง

แบบบันทึกเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังประจำสัปดาห์ด้วยตนเอง

แบบประเมินผลการลดน้ำหนักประจำสัปดาห์

### แบบบันทึกน้ำหนักตัวประจำสัปดาห์ด้วยตนเอง

ชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี

คณะ.....

ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม เริ่มเข้าโครงการวันที่.....

คำชี้แจง ให้เติมค่าลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องประเมินตามความจริง

สัปดาห์ ที่	วัน/ เดือน/ปี	น้ำหนัก (ก.ก.)	ดัชนีมวล กาย	ประเมิน (ขีด / ในช่องตามความจริง)				
				น้ำหนักเทียบกับครั้ง ก่อน			ดัชนีมวลกายเทียบ ตามเกณฑ์	
				ลดลง	เท่าเดิม	เพิ่มขึ้น	ปกติ	เกินมาตรฐาน
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

คำแนะนำการชั่งน้ำหนักแต่ละครั้ง = ควรชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ ในช่วงเวลาเดียวกัน

= ใช้เครื่องชั่งเครื่องเดียวกันเสมอ เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักแต่ละครั้ง

แบบฝึกปฏิบัติบันทึกติดตามผลการลดน้ำหนักตนเอง  
(บันทึกน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

ชื่อ - สกุล..... คณะ..... ชั้นปี.....

น้ำหนัก (Kg)

110 Kg												
105 Kg												
100 Kg												
95 Kg												
90 Kg												
85 kg												
80 kg												
75 kg												
70 kg												
65 kg												
60 kg												
55 Kg												
50 kg												
45 kg												
	wk 1	wk 2	wk 3	wk 4	wk 5	wk 6	wk 7	wk 8	wk 9	wk 10	wk 11	wk 12

เมื่อเริ่มเข้าโครงการมีน้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เมตร

สูตร น้ำหนักเป้าหมายที่เหมาะสม เท่ากับ  $22.9 \times$  ส่วนสูง (เมตร)  $\times$  ส่วนสูง (เมตร)

ดังนั้น น้ำหนักที่เหมาะสมของท่านควรเป็น.....Kg.

วางแผนการลดน้ำหนักด้วยการประเมินพฤติกรรมกรกินและการออกกำลังกาย (ไม่ควรเกิน 0.5 – 1 กิโลกรัม)

แบบบันทึกรอบเอวประจำสัปดาห์ด้วยตนเอง

ชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี

คณะ.....รอบเอว.....เซนติเมตร

คำชี้แจง ให้เติมค่าลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องประเมินตามความจริง

สัปดาห์ ที่	วัน/ เดือน/ปี	รอบเอว (ซ.ม.)	ประเมิน (ขีด / ในช่องตามความจริง)				
			รอบเอวเทียบกับครั้งก่อน			รอบเอวเทียบกับเกณฑ์	
			ลดลง	เท่าเดิม	เพิ่มขึ้น	ปกติ	เกินมาตรฐาน
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

ควรวัดในช่วงหายใจออก (ท้องแฟบ) โดยให้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่นและให้ระดับของสายวัดที่วัดรอบเอววางอยู่ในแนวขนานกับพื้น และควรวัดเวลาเดียวกันทุกครั้งนะคะ

แบบบันทึกเปอร์เซ็นต์ของไขมันใต้ผิวหนังประจำสัปดาห์ด้วยตนเอง

ชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี

คณะ.....เปอร์เซ็นต์ไขมัน.....

คำชี้แจง ให้เติมค่าลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องประเมินตามความจริง

สัปดาห์ ที่	วัน/ เดือน/ ปี	ไขมันทั้ง 4 จุด		% ไขมัน	ประเมิน (ขีด / ในช่องตามความจริง)				
					%ไขมันเทียบกับครั้งก่อน			%ไขมันเทียบกับเกณฑ์	
					ลดลง	เท่าเดิม	เพิ่มขึ้น	ปกติ	เกินมาตรฐาน
1		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
2		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
3		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
4		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
5		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
6		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
7		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
8		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
9		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
10		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
11		1.....	2.....						
		3.....	4.....						
12		1.....	2.....						
		3.....	4.....						

หมายเหตุ จุดที่วัดไขมัน 1. ต้นแขนด้านหลัง 2. ต้นแขนด้านหน้า 3. ใต้กระดูกสะบัก

## 4. เนื้อกระดูกเชิงกราน

## แบบประเมินผลการลดน้ำหนักประจำสัปดาห์

สัปดาห์	ว/ด/ป	น้ำหนัก ตัว (ก.ก.)	น้ำหนัก เป้าหมาย	ประเมินผล		หมายเหตุ
1				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
2				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
3				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
4				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
5				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
6				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
7				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
8				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
9				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
10				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
11				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	
12				↓.....ก.ก.	↑.....ก.ก.	



## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์  
 วันเดือนปีเกิด 15 มกราคม 2519  
 สถานที่เกิด จังหวัดมหาสารคาม  
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 59/139 หมู่บ้านเปี่ยมสุข ตำบลบางกระสอบ อ.เมือง  
 จังหวัดนนทบุรี 11000  
 ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 สถานที่ทำงาน กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย  
 กระทรวงสาธารณสุข

### ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2539 มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 จากโรงเรียนบรบือวิทยาคาร จังหวัดมหาสารคาม  
 พ.ศ. 2541 วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา  
 จากมหาวิทยาลัยมหิดล  
 พ.ศ. 2544 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา  
 จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
 พ.ศ. 2557 วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
 ประยุกต์ จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ