

หัวข้องานวิจัยเรื่องที่ 1

ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กประถมศึกษา :

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

โดย นางพัชรี ดวงจันทร์ รหัส 48299060004

อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร.ดุษฎี โยเหลา

เหตุผลและความสำคัญของปัญหา

โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญที่กำลังระบาดไปทั่วโลก และกำลังลุกลามเข้าสู่เด็กมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา (WHO. 2003; Onis & Blossner. 2000) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ.2546 พบว่า เด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ทั่วโลกมีอุบัติการณ์ของภาวะโภชนาการเกินประมาณ 17.6 ล้านคน (WHO. 2003)

สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาภาวะโภชนาการของกรมอนามัยในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,885 คน โดยศึกษาต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ.2535 - 2537) พบว่า ใน พ.ศ.2535 เด็กนักเรียนในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 25.9 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชนร้อยละ 25.7 โรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติร้อยละ 23.3 และโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครร้อยละ 11.2 เมื่อสิ้นสุดโครงการในปีที่ 3 พบภาวะโภชนาการเกินเพิ่มเป็นร้อยละ 31.5 28.1 27.4 และ 14.6 ตามลำดับ (กรมอนามัย. 2549) ลัดดา เหมาะสุวรรณ ศึกษาภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียนจำนวน 2,252 คน ในเมืองหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นเวลา 5 ปี (พ.ศ.2535 - 2540) พบว่า เด็กกลุ่มนี้เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ.2535 เป็นร้อยละ 21 ในปี พ.ศ.2540 (สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. 2545) ในปี พ.ศ.2543 กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้ทำการศึกษาเด็กนักเรียนระดับอนุบาลและประถมศึกษาจากโรงเรียนอนุบาลประจำจังหวัด ศูนย์เขตละ 1 โรงเรียน รวม 10 โรงเรียน (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พบภาวะโภชนาการเกินในช่วงร้อยละ 9.9 - 19.7 (เฉลี่ยร้อยละ 13.3) และพบว่า เด็กนักเรียนชายมีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าเด็กนักเรียนหญิงในระดับชั้นเรียนเดียวกัน และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 มีภาวะโภชนาการเกินสูงที่สุดเมื่อเทียบกับนักเรียนชั้นอื่นๆ (พรชิตา ชัยอำนาจ. 2545 อ้างอิงจาก กรมอนามัย. 2543) และ ผลการสำรวจภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนระดับอนุบาลและประถมศึกษาทั่วประเทศในปี พ.ศ.2543 - 2548 พบภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 13.6, 12.3, 12.9, 13.4, 12.8 และ 9.7 ตามลำดับ (กรมอนามัย. 2549) จำนวนเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนมีความแตกต่างกันตามพื้นที่และประเภทของโรงเรียน จากการศึกษาในเด็กอนุบาลเฉลี่ยทั่วประเทศพบว่า เด็กไทยมีภาวะอ้วนอยู่ร้อยละ 10 - 28 ซึ่งโรงเรียนที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะโรงเรียนในกลุ่มสาธิตพบสูงกว่าโรงเรียนที่อยู่ในเขตชนบท (จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน. 2546) ผลการสำรวจภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กวัยเรียนใน

กรุงเทพมหานคร จำนวน 884 คน ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า มีเด็กอยู่ในภาวะอ้วน เริ่มอ้วน และท้วมรวมกันสูงถึงร้อยละ 19.9 (กรมอนามัย. 2548) นอกจากนี้ ปัญหาภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนยังพบมากในเด็กนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนเอกชนหรือในเขตเมืองมากกว่าเด็กนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนรัฐบาลหรือโรงเรียนในเขตชนบท (Kosulwat. 2002)

โรคอ้วนในเด็กแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ 1) อ้วนธรรมดา ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 90 และจะมีอุบัติการณ์สูงในทารกแรกเกิดถึง 2 ปี และระยะวัยรุ่นประมาณ 8 – 11 ปี สาเหตุของโรคอ้วนธรรมดานั้นเกิดจากความไม่สมดุลของพลังงาน นั่นคือการได้รับพลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายและการเผาผลาญพลังงานมีน้อยเพราะร่างกายใช้พลังงานน้อยในกิจวัตรประจำวัน 2) อ้วนเพราะเป็นโรค พบได้ประมาณร้อยละ 10 สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนในร่างกาย และความผิดปกติเกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ (มานะศรี อิศรางกูร ณ อยุธยา. 2529; สุภาวดี ลิขิตมาศกุล. 2548) โรคอ้วนในวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับการพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ใหญ่ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิต และโรคเบาหวาน ซึ่งปัจจุบันได้พบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในเด็กด้วย นอกจากนี้ ยังมีปัญหาด้านจิตใจและสังคม รวมทั้งการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการรักษา (WHO. 2003; Strauss. 1999; Sidik & Ahmad. 2004; Loke. 2002; Story et al. 2003; Turell. 2005; จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน. 2546; มานะศรี อิศรางกูร ณ อยุธยา. 2529; พรชิตา ชัยอำนาจ. 2545: สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. 2545) มีรายงานการวิจัยต่างประเทศ พบว่า เด็กที่อ้วนเมื่ออายุ 6 ขวบขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนร้อยละ 50 และเด็กที่อ้วนในช่วงวัยรุ่นจะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนถึงร้อยละ 70 – 80 (Sidik & Ahmad. 2004 อ้างอิงจาก Segal & Sanchez. 2001)

จะเห็นได้ว่า โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องหาทางป้องกันแก้ไข อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการรักษาโรคอ้วนในผู้ใหญ่ยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จมากนัก การป้องกันโรคอ้วนในเด็กจึงนับเป็นวิธีการที่ดี (Story et al. 2003; จันทิชา พฤษานานนท์. 2545) เนื่องจากโรคอ้วนที่พบได้มากมักมีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลระหว่างการรับประทานอาหารและการนำพลังงาน ดังนั้น โปรแกรมการป้องกันโรคอ้วนจึงควรเน้นที่พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน ซึ่งได้แก่ 1) การเพิ่มการใช้พลังงานโดยเพิ่มการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย (physical activity) และ 2) การลดการนำพลังงานโดยการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (healthful eating) (จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน. 2546; สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. 2545; Story et al. 2003 อ้างอิงจาก WHO. 1997; WHO. 2003; Sothern. 2004; Kirk et al. 2005)

การศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนจะช่วยให้สามารถพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคอ้วน ในต่างประเทศมีหลายงานวิจัยที่ทำการศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน โดยใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ทั้งแบบการใช้ทฤษฎีเดี่ยวและการใช้ตัวแปรจากหลายทฤษฎีร่วมกัน เช่น การใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The theory of Reasoned Action), ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory), ทฤษฎี the Transtheoretical Model, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model), ทฤษฎี Expect/Decision, ทฤษฎี Health Locus of Control, ทฤษฎี Ecology, ทฤษฎี Locus of Control,

ทฤษฎี Inter-personal Behavior (Triandis) ในการศึกษาพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ (Craig et al. 1996; Baranowski et al. 1998; Deforche et al. 2004;) โดยเฉพาะทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (the Theory of Planned Behavior) (Ajzen. 1991) มีผู้นำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายทั้งในเด็กและผู้ใหญ่อย่างแพร่หลาย (Mummery et al. 2000; Hagger et al. 2002; Bryan and Rocheleau. 2002; Kouthhouris and Spontis. 2005; Martin et al. 2005; Armitage. 2005) นอกจากนี้ ยังมีผู้นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (Baker et al. 2003; Brug et al. 1995; Conner et al. 2002; Brogers et al. 2004; Nejad et al. 2004) ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถอธิบายความแปรปรวนในการกระทำพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ดี

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (นุชนาถ. 2548) การศึกษาพฤติกรรมจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนกลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (จันทร์เพ็ญ. 2547) และการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนกรมสามัญศึกษาในเขตดุสิต โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (สนทยา. 2544) สำหรับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (the Theory of Planned Behavior) ได้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพในวัยรุ่นและผู้ใหญ่อย่างกว้างขวาง เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา (ศิริวรรณ โพธิ์วัน. 2546: 31 อ้างอิงจาก युพา ชูสิทธิสกุล. 2527: ก-ข) พฤติกรรมการป้องกันโรค (จีระนันท์ พากเพียร. 2540; หทัยรัตน์ รีมประพันธ์. 2543) พฤติกรรมการยอมตาม (compliance behavior) (ศิริวรรณ โพธิ์วัน. 2546: 33 อ้างอิงจาก วิณา ศิริสุข. 2533) และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ศิริวรรณ โพธิ์วัน. 2546: 37 อ้างอิงจาก ราชานันท์ นันทนรินทร์. 2537) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย ยังไม่พบรายงานการวิจัยใดที่นำตัวแปรในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนในเด็ก ทั้งพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในกลุ่มเด็กนักเรียนที่เรียนในโรงเรียนสังกัดมหาวิทยาลัย ซึ่งพบอุปสรรคของภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในระดับสูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนในเด็กกลุ่มนี้ โดยนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รวมทั้งศึกษาความเหมาะสมของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนในเด็กไทย ผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของตัวแปรเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และเจตนาในการกระทำพฤติกรรม ในการอธิบายพฤติกรรม การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ จะทำให้ทราบว่าตัวแปรตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนตัวใดที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กที่มีประสิทธิผลต่อไป

นิยามพฤติกรรม

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วน หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันโรคอ้วน โดยศึกษาพฤติกรรมย่อย ดังนี้

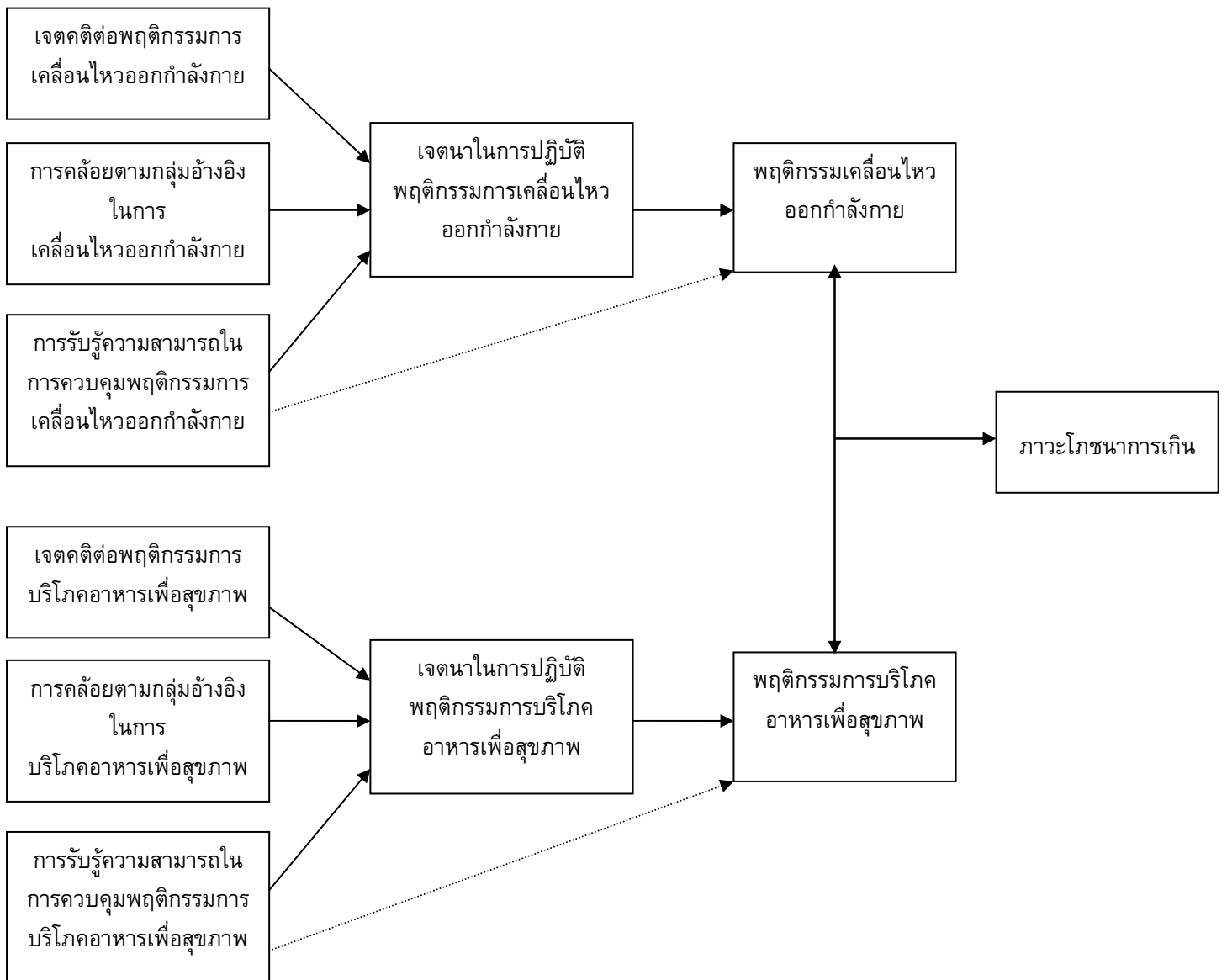
1) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย (Physical activity)

พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติของนักเรียนในการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่แสดงให้เห็นว่า นักเรียนแสดงพฤติกรรมย่อย ดังนี้ 1) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อใหญ่ ได้แก่ เล่นเครื่องเล่นสนาม เล่นบอล เล่นปีนป่าย ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ 2) การออกกำลังกาย วันละ 30 นาที 3) การทำกิจกรรมนันทนาการ หรือเล่นกีฬาในชั้นเรียน 4) การทำกิจกรรมในช่วงพัก หรือยามว่าง 5) การทำกิจวัตรประจำวัน 6) การหลีกเลี่ยงการดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์นานๆ

2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthful eating)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติของนักเรียนในการรับประทานอาหารที่แสดงให้เห็นว่า นักเรียนแสดงพฤติกรรมย่อย ดังนี้ 1) รับประทานอาหารผักและผลไม้ 2) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารขณะดูโทรทัศน์ หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ 4) หลีกเลี่ยงอาหารไขมันและของจุกจิก 5) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน 5) รับประทานอาหารตรงเวลา 6) มีส่วนร่วมในการซื้อและเตรียมอาหาร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

1) เจตคติต่อพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกกำลังกายทางตรง (AB_p) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเคลื่อนไหวนอกกำลังกายทางตรง (SN_p) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกกำลังกายทางตรง (PBC_p) ร่วมกันทำนายเจตนาในการเคลื่อนไหวนอกกำลังกายได้ (I_p)

2) เจตนาในการเคลื่อนไหวนอกกำลังกาย (I_p) สามารถทำนายพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกกำลังกายได้ (B_p)

3) เจตนาในการเคลื่อนไหวนอกกำลังกาย (I_p) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกกำลังกายทางตรง (PBC_p) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเคลื่อนไหวนอกกำลังกายได้ (B_p)

4) เจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพทางตรง (AB_e) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพทางตรง (SN_e) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพทางตรง (PBC_e) ร่วมกันทำนายเจตนาในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้ (I_e)

5) เจตนาในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (I_e) สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้ (B_e)

6) เจตนาในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (I_e) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพทางตรง (PBC_e) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้ (B_e)

7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในการอธิบายการเกิดภาวะโภชนาการเกิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2549 ของโรงเรียนสาธิต ในกรุงเทพมหานคร จำนวน.....คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2549 ของโรงเรียนสาธิต ในกรุงเทพมหานคร จำนวน.....คน

โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้แนวคิด Statistical power analysis (Cohen. 1988)
- 2) วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling)
 - สุ่มบางห้องจากจำนวนห้องเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ทั้งหมดของโรงเรียนสาธิตที่สังกัดมหาวิทยาลัยซึ่งมี 4 แห่ง ได้แก่ สาธิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน สาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง และสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 - เก็บข้อมูลจากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ทุกคนในห้องที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ใช้แบบวัดจำนวน 10 แบบวัด เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
- 2) แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

- 3) แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
- 4) แบบวัดเจตนาในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
- 5) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
- 6) แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย
- 7) แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย
- 8) แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย
- 9) แบบวัดเจตนาในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย
- 10) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย

วิธีการหาคุณภาพของเครื่องมือ

- 1) การหาความเที่ยงตรง (Validity)

นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข

- 2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้แล้ว ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา
- 2) ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ในการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด
- 3) ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการทดสอบสมมติฐาน

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา

มกราคม – ธันวาคม 2549

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2548). กรมอนามัยเผยแพร่ผลสำรวจภาวะโภชนาการใน กทม. พบเด็กกรุงต้องเร่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินโดยด่วน. ออนไลน์. <http://nutrition.anamai.moph.go.th/fat.mht>.
- กรมอนามัย. (2549). โรคอ้วนในเด็ก. ออนไลน์. <http://nutrition.anamai.moph.go.th/fatboy.htm>.
- กรมอนามัย. (2549). สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย. ออนไลน์. <http://advisor.anamai.moph.go.th/factsheet/nutri3-5.htm>.
- จันทร์ทิศา พุกพานานนท์. (2545). อ้วนอันตราย. ไกล่หมอ. 26(5): 90-91.
- จันทร์เพ็ญ สุทธนะ. (2547). พฤติกรรมการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนกลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน. เบาหวาน สัญญาณเตือนภัยถึงเด็กอ้วน. (2546). แม่และเด็ก. 374(เมษายน): 40-46.
- จีระนันท์ พากเพียร. (2540). การทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลในคลินิกทันตกรรมของนักศึกษาทันตภิบาล: ทดสอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นุชนาถ สุขาวดี. (2548). ความเชื่อทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนในสังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรทิศา ชัยอำนวย. (2545). แนวทางการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทคอมฟอร์ม จำกัด.
- มานะศรี อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2529). โรคอ้วนในเด็ก. ในตำรากุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ศิริวรรณ โพธิ์วัน. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตนาในการกระทำพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อการเล่นกีฬาและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อการเล่นกีฬา ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพการศึกษาระดับสูง วิทยาลัยพลศึกษาในเขตภาคกลาง ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สนทยา มู้อำหมัด. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. (2545). เด็กอ้วนมาแรง เราจะสร้างภูมิคุ้มกันได้อย่างไร. หมอชาวบ้าน. ปีที่ 24 ฉบับที่ 277: 9-16.

สุภาวดี ลิขิตมาศกุล. (2548). อ้วนไปไม่ตีนะ. รักลูก. ปีที่ 22 ฉบับที่ 264: 84-86.
หทัยรัตน์ รุ่งประพันธ์. (2543). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสระบุรีตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Ajzen I. (1991). The Theory of Planned Behavior, Organizational behavior and human decision processes. 50: 179-211.

Armitage CJ. (2005). Can the Theory of Planned Behavior predict the maintenance of physical activity? Health Psychology. 24(3): 235-245.

Baker CW, Little TD, Brownell KD. (2003). Predicting adolescent eating and activity behaviors: The role of social norms and personal agency. Health Psychology. 22: 189-198.

Baranowski T, Anderson C, Carmack C. (1998). Mediating variable framework in physical activity intervention. Am J Prev Med. 15(4): 266-297.

Brogers R P, Brug J, van Assema P, Dagnelie PC. (2004) Explaining fruit and vegetable consumption: the theory of planned behaviour and misconception of personal intake levels. Appetite. 42: 157-166.

Brug J, Lechner L, Vries H. Psychosocial Determinants of Fruit and Vegetable Consumption. (1995). Appetite. 25: 285-296.

Bryan AD, Rocheleau CA. (2002). Predicting aerobic versus resistance exercise using the Theory of Planned Behavior. Am J Health Behav. 26(2): 83-94.

Conner M, Norman P, Bell R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. Health Psychology. 21(2):194-201.

Craig S, Goldberg J, Dietz WH. (1996). Psychosocial correlates of physical activity among fifth and eighth graders. Preventive Medicine. 25: 506-513.

Deforche B, Bourdeaudhuij ID, Tanghe A, Hill AP, Bode PD. (2004). Changes in physical activity and psychosocial determinants of physical activity in children and adolescents treated for obesity. Patient Education and Counseling. 55: 407-415.

Hagger MS, Chatzisarantis NLD, Biddle SJH. (2002). Meta-analysis of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in physical activity: an examination of predictive validity and the contribution of additional variables. Journal of Sport and Exercise Psychology. 24: 3-32.

Kirk S, Scott BJ, Daniels SR. (2005). Pediatric obesity epidemic: treatment option. J Am Diet Assoc. 105: S44-S51.

- Kouthouris CH, Sponis A. (2005). Outdoor recreation participation: an application of the Theory of Planned Behavior. *The Sport Journal*. 8(3).
- Loke KY. (2002). Consequences of childhood and adolescent obesity. *Asia Pacific J Clin Nutr*. 11(3). S702-S704.
- Martin et al. (2005). The Theory of Planned Behavior: Predicting Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness in African American Children. *JSEP*. 27(4).
- Mummery WK, Spence JC, Hudec JC. (2000). Understanding physical activity intention in Canadian school children and youth: an application of the Theory of Planned Behavior. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 71(2): 116-124.
- Nejad LM, Wertheim EH, Greenwood KM. (2004) Predicting Dieting Behavior by Using, Modifying, and Extending the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*. 34(10): 2099-2131.
- Onis M, Blossner M. (2000). Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J Clin Nutr*. 72: 1032-9.
- Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization.
- Sidik SM, Ahmad R. (2004). Childhood obesity: Contributing factors, consequences and intervention. *Mal J Nutr*. 10(1): 13-22.
- Sothorn MS. (2004). Obesity prevention in children: physical activity and nutrition. *Nutrition*. 20: 704-708.
- Story M. et al. (2003). Obesity in American-Indian children: prevalence, consequences and prevention. *Preventive Medicine*. 37: S3-S12.
- Strauss R. (1999). Childhood obesity. *Curr Probl Pediatr*. 29(Jan): 5-29.
- Turell J. (2005). Childhood obesity: Analysis of the problem and review of obesity prevention programs for children. [Online available].
http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/Childhood_Obesity.htm.
- Vongsvat Kosulwat. (2002). The nutrition and health transition in Thailand. *Public Health Nutrition*. 5(1A): 183-189.
- World Health Organization. (2003). Obesity and overweight: global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization.