

กรณีศึกษา : พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

สุนีย์ เตโชเรืองวิวัฒน์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษา : พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

.....

นางสาวสุนีย์ เตโชเรืองวิวัฒน์

ผู้ศึกษา

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียชื่อ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....

อาจารย์สตรีรัตน์ ธาดากานต์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร

ปร.ด. (เวชศาสตร์เขตร้อน)

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษา : พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2553



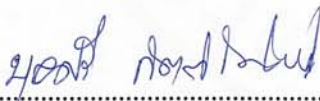
นางสาวสุนีย์ เตโชเรืองวิวัฒน์
ผู้ศึกษา



อาจารย์สตรีรัตน์ ชาคากานต์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



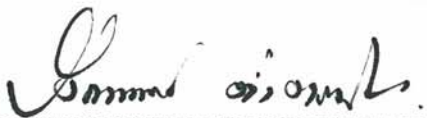
รองศาสตราจารย์อรสา พันธักกิต,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



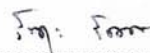
ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญศรี กิตติโชติพานิชย์,
Dr. P.H. (Public Health Nutrition)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียเชื้อ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร
ปร.ด. (เวชศาสตร์เขตร้อน)
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ และอาจารย์ ดร. สตรีรัตน์ ธาดากานต์ ประธานและประธานร่วมที่ปรึกษาสารนิพนธ์รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์ ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และความรู้ต่างๆ พร้อมทั้งเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อนักศึกษา ให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้ศึกษามาโดยตลอด จนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จไปด้วยดี

ท้ายนี้ ขอขอบคุณบิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมรุ่น และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และให้ความรักความห่วงใยผู้ศึกษาในทุก ๆ ด้านในระหว่างการศึกษาตลอดหลักสูตร จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุนีย์ เตโชเรืองวิวัฒน์

กรณีศึกษา: พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

CASE STUDY: FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR IN LATE ADOLESCENTS WITH
OVERNUTRITION

สุนีย์ เตโชเรืองวิวัฒน์ 4937556 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: นพวรรณ เปียซื่อ, Ph.D. (Nursing), สตรีรัตน์ ธาดากานต์, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความคาดหวังและความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเป็นแนวทางในการศึกษา กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีเท่ากัน กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง บริโภคอาหารรสหวาน และขนมขบเคี้ยว และงดอาหารมื้อเช้า ทั้งนี้กรณีศึกษาเคยควบคุมน้ำหนักโดยลดอาหารประเภทไขมัน แป้งและอาหารรสหวาน งดอาหารมื้อเย็น บริโภคอาหารเสริม และการอ่านฉลากโภชนาการ รวมทั้งออกกำลังกายควบคู่กัน แต่ปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากกรณีศึกษาไม่มีความคาดหวังและไม่มีความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักทำให้รู้สึกท้อแท้ แม้จะมีต้นแบบและการใช้คำพูดชักจูงโดยครอบครัวกล่าวเตือนและให้กำลังใจ อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษายังขาดประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนักที่ประสบความสำเร็จ และขาดสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีความรู้สึกหิว ความรู้สึกอยากรับประทานอาหารหรือความเคยชิน ความเสียดยาอาหาร ความเป็นห่วงกังวลในความรู้สึกของมารดาที่ทำอาหารให้ และการมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหารทำให้รับประทานอาหารในปริมาณมาก รวมทั้งมีข้อจำกัดเรื่องเวลา สถานที่ และการขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย ทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การบริโภคอาหารให้มีการกระจายพลังงานเพื่อลดความอยากอาหารและความรู้สึกหิวและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยนและสมดุลพลังงานและการส่งเสริมให้รับประทานอาหารเช้า

คำสำคัญ: วัยรุ่นตอนปลาย / ภาวะโภชนาการเกิน / พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

CASE STUDY: FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR IN LATE ADOLESCENTS WITH OVERNUTRITION

SUNEE TACHORUENGWIWAT 4937556 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (NURSING),
SATREERAT THADAKARN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study was a case study aimed to describe food consumption behavior according to expectation and self confidence for weight control in late adolescents with overnutrition. The self-efficacy theory was used as the conceptual framework. Through purposive sampling, two cases were selected including one female and one male aged 18 years old who were studying at a high school in the Lardkrabang District, Bangkok. Data were collected by in-depth interviews and analyzed by content analysis.

Results revealed that the cases had food intake with high fat, had sweet foods and snacks, and skipped breakfast. In the past, the cases used to control their body weight by reducing food containing fat and starch as well as sweet food. Dinner was also skipped. With that, dietsupplements were taken and nutritional labels were read, integrated with exercise. However, it was found that the cases did not exercise regularly since they did not have expectations and self confidence for weight control, leading to discouragement. Although the cases had role models and verbal persuasion by verbal support from their family, their successful experience in weight control, and physical and emotional status were lacking. They felt hungry due to natural appetite, familiarity with eating, missing food, being concerned about their mother's feelings who cooked food for them, and their peers who frequently ate with them, thus making them eat more food. Other limitations were lack of time, space/room, and peers to exercise with, resulting in unsuccessful weight control.

The results suggest that community health nurse practitioners should encourage adolescents to have more confidence for dietary and weight control and eat a balanced diet in order to decrease their appetite and hunger. Providing information regarding balanced diet and promoting breakfast consumption is also recommended.

KEY WORDS: LATE ADOLESCENTS / OVERNUTRITION / WEIGHT CONTROL

91 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	5
1. วิจัยและพัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย	6
2. ภาวะโภชนาการเกินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในวัยรุ่น	9
3. อาหารแลกเปลี่ยนและสมดุลพลังงาน	20
4. ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน	31
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	36
กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือกกรณีศึกษา	36
สถานที่ในการศึกษา	36
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	37
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	38
ข้อพิจารณาข้อมูลในการศึกษา	39
การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษา	39
บทที่ 4 ผลการศึกษา	40
ข้อมูลของกรณีศึกษาที่ 1	40
ข้อมูลของกรณีศึกษาที่ 2	45
ข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย	49
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	59
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	62
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	69
รายการอ้างอิง	76
ภาคผนวก	81
ประวัติผู้ศึกษา	91

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรมที่ใช้ในการคำนวณพลังงาน	22
2	ความต้องการพลังงานในแต่ละวันตามเพศ อายุและระดับกิจกรรม	23
3	แสดงกิจกรรมกับพลังงาน	24
4	รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดธัญพืช-ข้าว/แป้ง	25
5	รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดผลไม้	26
6	รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก	27
7	รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ	27
8	รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง	27
9	รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง	28
10	รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดไขมัน	29
11	รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว	29
12	คุณค่าอาหารของหมวดอาหารในรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย	30
13	รายการอาหารกับปริมาณพลังงานในอาหาร	31
14	พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยปกติและพฤติกรรมขณะควบคุมน้ำหนัก	51
15	ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก ข้อจำกัดในการควบคุมน้ำหนักและข้อเสนอแนะของกรณีศึกษา	53
15	ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก ข้อจำกัดในการควบคุมน้ำหนักและข้อเสนอแนะของกรณีศึกษา (ต่อ)	54
ภาคผนวก จ	ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย	87

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1 ธงโกชนาการ

19

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์	32
2	ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการกระทำพฤติกรรม	33

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสำคัญและเป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งในด้านน้ำหนัก ส่วนสูงและสัดส่วนของร่างกาย (กุญชลี คำชาย, 2542) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยต่อมไร้ท่อทำงานมากขึ้น มีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น กระดูกมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้ร่างกายสูงใหญ่และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากกล้ามเนื้อและเซลล์กระดูกที่เพิ่มจำนวนขึ้น (อบเชย วงศ์ทอง, 2541) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาดังกล่าวทำให้วัยรุ่นมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะการพัฒนาของสมอง ส่งผลให้มีการพัฒนาของสติปัญญาและความพร้อมในการเรียนรู้ ดังนั้นหากเกิดภาวะที่ไม่สมดุลทางโภชนาการจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของหลายระบบรวมทั้งปัญหาด้านจิตใจและสติปัญญาด้วย

ปัจจุบันภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา มีรายงานที่สอดคล้องกันในสหรัฐอเมริกาและในประเทศไทย พบว่าในเด็ก 1 คนจากจำนวน 4-5 คน มีภาวะโภชนาการเกิน (นวลอนงค์ บุญญบุญศิลป์, 2546 Ogden, Carroll, Curtin, Lamb, & Flegal, 2010) จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการในสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กอ้วนมักเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน โดยร้อยละ 10-20 ของทารกที่อ้วนจะยังคงอ้วนในวัยเด็ก ร้อยละ 40 ของเด็กที่อ้วนจะยังคงอ้วนในวัยรุ่น และ ร้อยละ 75-80 ของวัยรุ่นที่อ้วนจะเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า มีประชากรที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น การสำรวจภาวะทางด้านอาหารและโภชนาการของประเทศในปี 2546 ซึ่งได้รายงานผลในปี 2549 พบว่าปัจจุบันเด็กไทยอายุ 6-14 ปี และกลุ่มวัยรุ่น 15-19 ปี มีปัญหาอ้วนเพิ่มขึ้นตามอายุคือ ร้อยละ 5.4 และ 12.9 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2546)

การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตตามสิ่งแวดล้อมและสภาพเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบัน ทำให้วัยรุ่นบริโภคอาหารมากเกินความจำเป็น ร่วมกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีรสหวาน บริโภคน้ำตาล และไขมันเพิ่มขึ้น มีการใช้พลังงานที่ลดลงจึงทำให้เกิดโรคอ้วนและภาวะโภชนาการเกิน (อุมาพร สุทัศนวิรุฒ, 2550) นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ ยัง

ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนและภาวะโภชนาการเกินมีทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญคือ การเลี้ยงดูของครอบครัว และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นนิยมบริโภคอาหารในรูปแบบตะวันตก ได้แก่ อาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ และอาหารว่างส่วนใหญ่มักเป็นขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น โดนัท ลูกอม น้ำอัดลม น้ำหวาน ซึ่งทำให้อ้วนได้ง่าย กิจกรรมส่วนใหญ่มักทำร่วมกับเพื่อน โดยเฉพาะการนัดพบรวมกลุ่มรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่นส่วนใหญ่จึงได้รับอิทธิพลมาจากกลุ่มเพื่อน รวมทั้งโฆษณาและสื่อต่างๆ จะเห็นว่าลักษณะพฤติกรรมการบริโภคและบริโภคนิสัยรวมทั้งการเลี้ยงดูของครอบครัวมีส่วนส่งเสริมให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วน (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2545)

ผลกระทบของภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนมีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีผลโดยตรงต่อสุขภาพด้านร่างกายเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ โดยพบปัญหาอันตรายหรือหตุหายใจขณะหลับ โรคเบาหวานจากภาวะอ้วนหรืออ้วนซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติในการเผาผลาญอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในวัยผู้ใหญ่โดยร้อยละ 22 เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด การมีน้ำหนักตัวมาก ยังมีผลให้เกิดโรคกระดูกและข้ออักเสบอีกด้วย (ลัดดาเหมาะสมสุวรรณ, 2547) ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสติปัญญา อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อการเรียนได้ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มุ่งหาความภาคภูมิใจในตัวเอง ความชื่นชมจากเพศตรงข้าม เพื่อนและสังคม ในเชิงเศรษฐกิจยังพบว่า ค่ารักษาพยาบาลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคอ้วนในวัยรุ่นอเมริกันอายุ 6 - 17 ปี เพิ่มขึ้นจาก 35 ล้านดอลลาร์ในปี 1981 - 1997 เป็น 127 ล้านดอลลาร์ในปี 1997 - 1999 (พิภพ จิริบุญโญ, 2547) การประชุมนานาชาติที่ผ่านมาเกี่ยวกับโรคอ้วนจึงเห็นว่า หากไม่รีบแก้ไข ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคอ้วนอาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาหยุดชะงักได้ อีกทั้งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ยังระบุว่าโรคอ้วนจะเป็นโรคระบาดชนิดใหม่ที่มีความรุนแรงทั้งทางการแพทย์ สาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม

จะเห็นได้ว่าภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนมีผลกระทบในวงกว้าง ดังนั้นการดูแลด้านภาวะโภชนาการโดยการส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รวมทั้งความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ หากวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินสามารถลดน้ำหนักได้เพียงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักที่เคยเป็นก็จะช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการจึงมีความสำคัญ

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการบริโภคของวัยรุ่นได้โดยแนวคิดหลักคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self - efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้นำไปสู่พฤติกรรมที่สำเร็จตามจุดหมายและแนวคิดความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) บุคคลจะกระทำพฤติกรรมเมื่อมีความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ประสบการณ์ที่ตนเองทำแล้วประสบความสำเร็จ การมีต้นแบบทั้งจากบุคคลจริงและต้นแบบที่เป็นตัวแบบผ่านสื่อ การได้คำพูดชักจูงที่เพิ่มความมั่นใจและสร้างกำลังใจ สภาพของร่างกายและอารมณ์เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความมั่นใจและส่งเสริมสมรรถนะของตนให้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง/มาก จะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม (Piaseu, Belza, & Mitchell, 2001) และการประยุกต์ทฤษฎีรวมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการดูแลน้ำหนักในวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินพบว่าทำให้มีการปฏิบัติตน ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น (Matukul, 2004) ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีความสำคัญและนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้วัยรุ่นมีสุขภาพที่ดี

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโภชนาการเกินของวัยรุ่นซึ่งต้องเป็นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในความสามารถของตน การบริโภคที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ โดยลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันและพลังงานสูง การให้ความรู้ปริมาณพลังงานในอาหาร การให้ข้อมูลความรู้ด้านสมดุลพลังงานและอาหารแลกเปลี่ยน เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ครบทั้ง 3 มื้อ โดยงดอาหารมื้อเช้าแต่บริโภคอาหารมื้อกลางวันและมื้อเย็น ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อที่ว่าการงดรับประทานอาหารเช้าบางมื้อจะสามารถลดน้ำหนักได้ (เอกอาภา มังกรพิศมภ์, 2542) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอย่างเหมาะสมจะช่วยให้สามารถควบคุมน้ำหนักได้ (Shaw, Rourke, Del Mar, Kenardy, 2005) การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ เช่น การให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน (กานต์ธิดา ดันวัฒนาถาวร, 2550) การดูแลตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดสูง (อิสราภรณ์ รัตนโกมลักษ์, 2550) เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษา

พฤติกรรมการบริโภคในเชิงลึกแบบกรณีศึกษา เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตามความคาดหวังและความมั่นใจในการ
ควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะ
โภชนาการเกิน
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของวัยรุ่นตอน
ปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบ
แนวคิดของการศึกษา ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
(Perceived self - efficacy) เป็นการตัดสินใจของวัยรุ่นในการควบคุมน้ำหนักตามจุดมุ่งหมายและ
2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) เป็นการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักด้วยความ
คาดหวังในผลลัพธ์ที่ต้องการ

นิยามศัพท์

วัยรุ่นตอนปลาย หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18 – 22 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตจากวัย
เด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่

ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง การได้รับพลังงานจากการบริโภคอาหารมากกว่า
พลังงานที่ใช้ไป พลังงานส่วนเกินจึงสะสมในร่างกาย ส่งผลให้ดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ประเมิน
โดยใช้เกณฑ์ของคนเอเชีย คือ ดัชนีมวลกาย 23-24.9 กก/ม²

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือก
ชนิด ประเภท ปริมาณและคุณภาพของอาหารที่รับประทานของวัยรุ่นตอนปลาย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความคาดหวัง และความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมตามหัวข้อดังนี้

1. วัยรุ่นและพัฒนาการวัยรุ่นตอนปลาย

- 1.1 คำจำกัดความ
- 1.2 ความสำคัญของวัยรุ่นตอนปลาย
- 1.3 พัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย
- 1.4 ความต้องการของวัยรุ่น
- 1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมของวัยรุ่น

2. ภาวะโภชนาการเกินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในวัยรุ่น

- 2.1 คำจำกัดความ
- 2.2 ความสำคัญของโภชนาการในวัยรุ่น
- 2.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน
- 2.4 การประเมินภาวะโภชนาการ
- 2.5 ผลกระทบของภาวะโภชนาการเกิน
- 2.6 แนวทางการควบคุมน้ำหนัก
- 2.7 โภชนบัญญัติ 9 ประการและธงโภชนาการ

3. อาหารแลกเปลี่ยนและสมดุลพลังงาน

- 3.1 คำจำกัดความ
- 3.2 การคำนวณความต้องการพลังงาน
- 3.3 หลักการอาหารแลกเปลี่ยน
- 3.4 ตัวอย่างพลังงานจากอาหารที่วัยรุ่นบริโภค

4. ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

4.1 องค์ประกอบของทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

4.2 ปัจจัยที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1. วัยรุ่นและพัฒนาการวัยรุ่นตอนปลาย

1.1 คำจำกัดความ

วัยรุ่นแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยใช้เกณฑ์ความเป็นวัยรุ่น-ผู้ใหญ่ในการตัดสิน คือ 1) ช่วงอายุ 12-15 ปี เป็นช่วงวัยแรกเริ่ม ยังมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ 2) ช่วงอายุ 16-17 ปี เป็นวัยรุ่นตอนกลางมีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็นวัยรุ่นกับผู้ใหญ่ และ 3) ช่วงอายุ 18-22 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนปลายมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเป็นผู้ใหญ่ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ได้กำหนดความหมายกว้างๆ ของวัยรุ่นตามช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้ เป็นระยะที่มีการพัฒนาทางจิตใจมาจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง วัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

- 1) วัยรุ่นตอนต้น หมายถึง เด็กผู้หญิงอายุ 10-14 ปี เด็กผู้ชายอายุ 12-16 ปี
- 2) วัยรุ่นตอนกลาง หมายถึง เด็กผู้หญิงอายุ 14-18 ปี เด็กผู้ชายอายุ 16-18 ปี
- 3) วัยรุ่นตอนปลาย หมายถึง เด็กผู้หญิงอายุ 18-20 ปี เด็กผู้ชายอายุ 18-22 ปี

ทศนีย์ ลิ้มมันเจริญ (2540) ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นพัฒนาการช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่โดยมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา

โดยสรุป วัยรุ่น มีความหมายทั้งในเชิงจิตวิทยาพัฒนาการ ตามวุฒิภาวะและทางการแพทย์ตามหลักการทางสรีรวิทยา

1.2 ความสำคัญของวัยรุ่นตอนปลาย

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วุฒิภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงนับว่าเป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะต้นจะมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนวัยรุ่นด้วยกันเอง และบุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัว หากกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นไปอย่างเหมาะสม โดยการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม บรรเทาปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และเป็นทั้งแรงผลักดันและแรงกระตุ้นให้พัฒนาการด้านอื่นๆ เป็นไปด้วยดี (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

1.3 พัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย

วัยรุ่นตอนปลายมีพัฒนาการในด้านต่างๆ ดังนี้

1.3.1 พัฒนาการทางร่างกาย

ร่างกายของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการเจริญเติบโตทั้งด้านส่วนสูง น้ำหนัก สัดส่วนของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางกายมีหลายประการ ที่สำคัญและเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นคือ การมีน้ำหนักเกิน การอยากผอม และการบรรลุวุฒิภาวะทางเพศเร็วหรือช้ากว่าปกติ ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลต่อพัฒนาการทางจิตใจและทางสังคมของวัยรุ่น (กุญชรี คำชาย, 2542)

1.3.2 พัฒนาการทางสติปัญญาและความคิด

ในระยะวัยรุ่นมีความเจริญเติบโตทางสมองถึงขีดเต็มที่ จึงสามารถคิดได้ในทุกๆ แบบและทุกๆ แบบของวิธีคิด หากวัยรุ่นได้รับการศึกษาอบรมมาตามขั้นตอนด้วยดี ระเบียบนี้ เป็นระยะที่วัยรุ่นจะแสดงความปรารถนาอย่างชัดเจน และเห็นความแตกต่างของวัยนี้กับวัยอื่นๆ ได้ชัด การเรียนรู้เรื่องต่างๆ เรื่องที่เป็นนามธรรมซับซ้อน ก็สามารถเข้าใจได้ อยากรู้ก็ตามคุณภาพของความคิดของวัยรุ่นขึ้นกับคุณภาพของสมอง พันธุกรรม การเรียนรู้ในวัยที่ผ่านมา และบทเรียนทางวิชาการต่างๆ ที่วัยรุ่นได้มีโอกาสเรียนรู้ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อหรือไม่เอื้อต่อพัฒนาการทางความคิดของวัยรุ่นด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

1.3.3 พัฒนาการทางสังคม

พัฒนาการทางสังคมของวัยรุ่นมี 4 ประการ ประการแรกคือ ความเป็นเอกลักษณ์ ซึ่งเน้นไปที่การมีภาพเกี่ยวกับตนเอง อันเป็นการรับรู้ที่คนแต่ละคนมีต่อตนเองโดยสมบูรณ์ ประการที่สอง ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับครอบครัว ที่สำคัญคือ ความต้องการที่จะเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งอาจมีความขัดแย้งกับบิดามารดา ประการที่สามคือ เพื่อนในวัยรุ่น ความต้องการเพื่อน การคบเพื่อน การยอมรับจากเพื่อน ครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อน วัยรุ่นต้องการการยอมรับ ความคาดหวังจากกลุ่มเพื่อนเป็นสิ่งที่พวกเขายึดมั่น ลักษณะของวัยรุ่นมักทำตามกลุ่มเพื่อน ถึงแม้ว่าตนเองจะรู้ว่าไม่ดี เช่น สูบบุหรี่ ประการที่สี่ วัยรุ่นกับความสนใจเพศตรงข้าม (กุญชรี คำชาย, 2542)

1.3.4 พัฒนาการด้านศีลธรรมจรรยา

โดยปกติวัยรุ่นจะปฏิบัติตามศีลธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี เพราะอยากเป็นคนดี หรืออยากได้รับความนิยมนิยมชื่น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

1.4 ความต้องการของวัยรุ่น

วัยรุ่นมีความต้องการดังนี้คือ ต้องการความเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง รวมทั้งต้องการความสนับสนุนทั้งจากผู้ใหญ่และกลุ่มเพื่อน ต้องการแสวงหาประสบการณ์ที่แปลกใหม่ รวมทั้งความท้าทาย ความตื่นเต้น ความต้องการรวมพวกพ้องเป็นกลุ่มก้อน เป็นความต้องการที่ค่อนข้างสูง เพราะการรวมพวกพ้องเป็นวิถีทางให้วัยรุ่นได้รับการสนองความต้องการหลายประการ เช่น ความรู้สึกอบอุ่นใจ การได้รับการยกย่อง ความรู้สึกว่ามีผู้ที่เข้าใจตน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับตน ความต้องการความรู้สึกมั่นคง อบอุ่นและปลอดภัย เพราะวัยรุ่นมีอารมณ์หวั่นไหวง่าย เปลี่ยนแปลงง่าย สับสนและลังเลง่าย วัยรุ่นจึงมีความต้องการเช่นนี้ค่อนข้างสูง ความต้องการความถูกต้อง ความยุติธรรม วัยรุ่นถือว่าความยุติธรรมเป็นลักษณะหนึ่งของความเป็นผู้ใหญ่ ความต้องการความงดงามทางร่างกาย ไม่ว่าวัยรุ่นชายหรือหญิงต้องการให้คนชื่นชมเกี่ยวกับรูปลักษณะของตนตามเพศของตนทั้งสิ้น เพราะคิดว่าความงามทางกายเป็นแรงจูงใจให้เข้ากลุ่มได้ง่าย เป็นที่ยอมรับของสังคม และดึงดูดใจเพศตรงข้าม ฉะนั้นจึงให้ความเอาใจใส่ต่อการออกกำลังกาย ลักษณะอาหารที่รับประทาน ทรงผม เสื้อผ้า เครื่องประดับ สุขภาพอนามัย ความงามทางกายจึงนับเป็นส่วนหนึ่งของความภูมิใจและมั่นใจตัวเองของวัยรุ่นด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมของวัยรุ่น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและสุขภาพวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (รุจา ภูไพบูลย์, 2547)

1.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะของตัววัยรุ่นที่มีผลต่อพฤติกรรม และปัญหาสุขภาพ ได้แก่ เพศ ลักษณะทางอารมณ์ และความสามารถในการควบคุมตนเอง เป็นต้น

1.5.2 เพศ วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการความตื่นเต้น มีประสบการณ์ใหม่ๆ ในชีวิต ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าวัยรุ่นหญิงไทยออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย และทั้งชายและหญิงกว่า 1 ใน 3 รับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำหรือบ่อย และมีเพียงราวร้อยละ 50 ที่รับประทานอาหารเช้าทุกเช้า (Phuphaibul, et al., 2003 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2547:16) แสดงว่าโดยทั่วไปวัยรุ่นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อาหารที่มีกากใยน้อย รับประทานมากกว่าปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการใช้ และไม่รับประทานอาหารเช้า เป็นต้น

1.5.3 การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนโดยปกติวัยรุ่นให้ความสนใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนมากขึ้น จึงทำให้วัยรุ่นกลัวความอ้วน โดยเฉพาะในวัยรุ่นเพศหญิงซึ่งพบว่ามีปัญหาไม่รับประทานอาหารเช้าและเมื่ออาหารค่อนข้างมาก (Walker & Townsend, 1999 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2547 :19)

1.5.4 ลักษณะทางอารมณ์ ลักษณะทางอารมณ์สะท้อนความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในผู้ใหญ่และวัยรุ่นพบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การเสพยาเสพติด ดื่มแอลกอฮอล์ มาด้าตาย และอื่น ๆ (McDermott et al., 1990; Convey, Glassman, Stetner, & Becker, 1993 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2547:19)

1.5.5 ทักษะชีวิต การรับรู้บรรทัดฐานสังคม และการควบคุมตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่าง ทักษะชีวิต การรับรู้บรรทัดฐานสังคม และการควบคุมตนเองมีผลต่อวัยรุ่นในการแสดงเป็นพฤติกรรมออกมา ดังนั้นการนำปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ ทักษะชีวิต การรับรู้บรรทัดฐานสังคม และการควบคุมตนเองจึงมีความสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น (รุจา ภูไพบูลย์, 2547)

1.5.6 ปัจจัยด้านครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู เศรษฐฐานะ และสัมพันธภาพในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงและการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่น เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยปฐมภูมิที่ทำให้การดูแลและตอบสนองความต้องการของสมาชิกในด้านต่าง ๆ จึงถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญสำหรับวัยรุ่น (รุจา ภูไพบูลย์, 2547)

1.5.7 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม สิ่งแวดล้อมนอกครอบครัวที่สำคัญกับวัยรุ่นได้แก่เพื่อนและโรงเรียน นอกจากนั้นสภาวะแวดล้อมโดยรวมของชุมชนที่อยู่อาศัยและสังคมโดยรวมมีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงในวัยรุ่นได้เช่นกัน เพื่อน เป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ โรงเรียน เป็นสิ่งแวดล้อมที่วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่ขณะที่ศึกษา โรงเรียนมีบทบาทที่จะส่งเสริมให้วัยรุ่นร่วมกับโรงเรียนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยง ชุมชนและเพื่อนบ้าน การที่วัยรุ่นอยู่ในแหล่งพำนัอาศัยที่มีกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ มีผลทำให้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้ดี ในทำนองเดียวกันวัยรุ่นอาศัยในชุมชนที่มีกิจกรรมหรือคนในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยง วัยรุ่นมีโอกาสดำเนินการชักชวนจากคนรอบข้างให้ทดลองพฤติกรรมเสี่ยง (รุจา ภูไพบูลย์, 2547)

2. ภาวะโภชนาการเกินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในวัยรุ่น

2.1 คำจำกัดความ

ภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) หมายถึง การมีน้ำหนักเกินเนื่องจากพลังงานที่บริโภคเข้าสู่ร่างกายมีปริมาณมากกว่าพลังงานที่ใช้ไป พลังงานส่วนเกินนั้นจึงสะสมในร่างกายส่งผลให้ดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (Hammond, 2000) ภาวะโภชนาการเกินตามเกณฑ์ของคอเอเซีย คือ 23-24.9 กก/ม² (กรมอนามัย, 2547ง)

2.2 ความสำคัญของโภชนาการในวัยรุ่น

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางร่างกาย อารมณ์และสังคม (ชญาดา แสงศิริวงษ์ และจุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2550) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อภาวะโภชนาการ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตช้า ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ และมีผลให้สติปัญญา ความสามารถในการเรียนรู้ด้อย ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนต่ำ และสมรรถภาพในการทำกิจกรรมและการเล่นกีฬาลดลง จึงควรส่งเสริมให้วัยรุ่นบริโภคอาหารที่ถูกต้องหลักโภชนาการ ในปริมาณและสัดส่วนที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายและการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่มากขึ้น ความต้องการอาหารและสารอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งจะต้องได้รับในปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสมถูกหลักโภชนาการและ ความต้องการควรเพียงพอสำหรับวัยรุ่นและเหมาะสมกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547ค) การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมจึงสามารถนำมาคาดการณ์การเกิดโรคและเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ (นภจ ผ่องอักษร, 2547)

2.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน

2.3.1 กรรมพันธุ์

กรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยหนึ่งโดยพบว่า ร้อยละ 80 ของเด็กที่อ้วนนั้น มีบิดาหรือมารดาอ้วน และร้อยละ 30 ของเด็กที่อ้วน มีทั้งบิดาและมารดาอ้วน ซึ่งเด็กอ้วนในกลุ่มนี้พบว่ามีแนวโน้มอ้วนมากกว่ากลุ่มแรก ส่วนการศึกษาในบุตรบุญธรรม เมื่อเป็นผู้ใหญ่จะมีลักษณะอ้วนและมีดัชนีมวลกายใกล้เคียงกับบิดามารดาจริงมากกว่าบิดามารดาบุญธรรม นอกจากนี้ยังพบว่าโรคอ้วนที่สัมพันธ์กับพันธุกรรมมีแนวโน้มที่จะอ้วนรุนแรงมากกว่า (พิภพ จิริภิญโญ, 2547)

2.3.2 ความผิดปกติของการทำงานของต่อมไร้ท่อ

ความผิดปกติของการทำงานของต่อมไร้ท่อ มีผลต่อการผลิตฮอร์โมนบางชนิด ปัจจุบันมีหลักฐานจากการวิจัยว่ามนุษย์มีกลไกการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งอาศัยสารเคมีและฮอร์โมนหลายชนิด เช่น อินซูลิน กลูโคคอร์ติคอยด์ กลูคาγον แอนโดรเจน ธีรอยด์ฮอร์โมน Growth hormone และ Leptin เป็นต้น หากการทำงานของกลไกเหล่านี้ผิดปกติอาจทำให้การรับประทานอาหารและเมตาบอลิซึมของพลังงานผิดปกติและเกิดโรคอ้วนได้ (พิภพ จิริภิญโญ, 2547)

2.3.3 โรคของระบบประสาทส่วนกลาง

โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคที่ทำให้เกิดโรคอ้วนโรคบริเวณฮัยโปธาลามัส หรือความผิดปกติที่สมองส่วนฮัยโปธาลามัสเอง ทำให้การควบคุมการรับประทานอาหาร

อาหารผิดปกติ การมีเนื้องอกที่ Pituitary เป็นต้น นอกจากนี้ ยาบางชนิด หรือภาวะบางอย่าง เช่น ความเครียด ทำให้เกิดความอยากอาหารมากขึ้น (พิภพ จิริบุญ, 2547)

2.3.4 ปัจจัยแวดล้อม

ปัจจัยแวดล้อม เป็นตัวกระตุ้นให้ผลของพันธุกรรม แสดงออกในผู้ที่มีอายุน้อยลง หรือทำให้กลไกการรักษาน้ำหนักเสียสมดุลมากขึ้น อาทิเช่น การเลี้ยงดู การออกกำลังกาย ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม การขาดการออกกำลังกาย การนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมส้อมพิวเตอร์ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547ก)

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพแวดล้อมของชุมชน ได้แก่ถิ่นที่อยู่ ความสะดวกในการซื้อหาอาหาร เช่นความนิยมรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารพร้อมปรุง หรืออาหารจานด่วน เป็นต้น (กานต์ธิดา ดันวัฒนถาวร, 2550)

2.3.5 ปัญหาทางด้านจิตใจ

ปัญหาทางด้านจิตใจ ทำให้พฤติกรรมรับประทานอาหารผิดปกติ เช่น ความเครียด เป็นต้น ซึ่งการหาทางออกโดยการรับประทานอาหารจะทำให้เกิดภาวะอ้วนหรือภาวะโภชนาการเกินได้ง่ายขึ้น (วินัส ลิพหกุล, 2545) การอดอาหารอย่างเข้มงวดเกินไปและความกดดันทางอารมณ์ส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นรวมทั้งบริโภคนิสัยที่ชอบรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ รับประทานอาหารจุบจิบ เป็นต้น

2.4 การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการมีวิธีการต่างๆดังนี้

2.4.1 คำนำน้หนักตามความสูง (weight for height, W/H) เป็นวิธีที่ใช้บ่อยในเด็ก คำนำน้หนักตามความสูงปกติควรสูงกว่าร้อยละ 90-110 ของเกณฑ์อ้างอิง ตามเพศ ถ้าค่าน้หนักตามความสูง ที่สูงกว่าร้อยละ 120 ถือว่าเป็นโรคอ้วน อย่างไรก็ตามวิธีนี้อาจมีข้อผิดพลาดได้ในนักกีฬาที่มีกล้ามเนื้อเยอะ (พิภพ จิริบุญ, 2547) สูตรที่ใช้ในการคำนวณ คือ

$$\%W/H = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)} \times 100}{\text{น้ำหนักมาตรฐานตามความสูงและเพศเดียวกัน}}$$

2.4.2 คำนำน้หนักตามเกณฑ์อายุ (Weight for ages) น้ำหนักเป็นผลรวมของน้ำหนักกล้ามเนื้อ ไขมัน น้ำและกระดูก เมื่อมีการขาดสารอาหารในระยะแรก น้ำหนักตัวจะลดลงก่อนที่จะมีการชะงักของการเพิ่มส่วนสูง ดังนั้นประเภทนี้จึงมีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกแยะได้ระหว่างการขาดสารอาหารแบบฉับพลันและแบบเรื้อรัง (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550ก)

2.4.3 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (Height for ages) มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสะท้อนให้เห็นถึงภาวะโภชนาการระยะยาว เด็กที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานานและ/หรือมีการเจ็บป่วยบ่อย ๆ ส่งผลให้การเจริญเติบโตของกระดูกหยุดชะงัก เด็กจะตัวเตี้ยกว่าเด็กอายุรุ่นราวคราวเดียวกันดัชนี (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550ก)

2.4.4 ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI หรือ Quetelet index) เป็นการวัดองค์ประกอบของร่างกายที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้สูตรคำนวณคือ

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ความสูงเป็นเมตร})^2}$$

เกณฑ์ในการประเมินค่าดัชนีมวลกายของคนเอเชีย (กรมอนามัย, 2547ง) มีดังนี้

น้อยกว่า 18.5 กก/ม ²	หมายถึง	น้ำหนักน้อย
18.5-22.9 กก/ม ²	หมายถึง	น้ำหนักปกติ
23- 24.9 กก/ม ²	หมายถึง	น้ำหนักเกิน
25- 29.9 กก/ม ²	หมายถึง	อ้วนระดับ 1
ตั้งแต่ 30 กก/ม ² ขึ้นไป	หมายถึง	อ้วนระดับ 2

2.4.5 การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold thickness, SFT) เป็นดัชนีวัดความหนาของร่างกายโดยใช้ caliper วัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง นิยมวัดที่กล้ามเนื้อบริเวณต้นแขน (triceps) และสะบัก (subscapular) ผู้ชายและผู้หญิงที่มีค่าเกิน 18 มม.และ 25 มม. ตามลำดับถือว่าอ้วน แต่ก็เป็นการวัดที่ผิดพลาดได้ง่าย จึงใช้วิธีนี้ไม่บ่อยนัก (พิภพ จิริภิญโญ, 2547)

2.4.6 การวัดสัดส่วนของเส้นรอบวงเอวต่อสะโพก (Waist -to-hip ratio, WHR) เป็นดัชนีวัดความหนาของร่างกายโดยวัดเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก คำนวณได้จากเส้นรอบวงเอวหารด้วยเส้นรอบวงสะโพก โดยวัดเส้นรอบวงเอวที่บริเวณระดับสะดือ และเส้นรอบวงสะโพกที่ส่วนนูนที่สุดของสะโพก ผู้ชายที่มีอัตราส่วนของเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพกมากกว่า 1.0 และผู้หญิงที่มีอัตราส่วนของเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก มากกว่า 0.8 ถือว่าเป็นผู้ที่อ้วนลงพุง (นพวรรณ เปียเชื้อ, 2551)

2.4.7 วิธีอื่นๆ เป็นวิธีที่ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือ คือ การมองก็สามารถบอกได้ว่าอ้วน หรือวิธีอื่นเช่น underwater weighing เป็นต้น แต่วิธีนี้มักจะยุ่งยากและสิ้นเปลือง จึงไม่นิยมใช้ แต่ใช้เพื่อประโยชน์ในการวิจัย (อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ, 2550)

2.5 ผลกระทบของภาวะโภชนาการเกิน

ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

2.5.1.1 ความผิดปกติของกระดูกและข้อ ที่พบบ่อยคือ ความผิดปกติของข้อเข่าทำให้ขาโก่งหรืออาจผิดปกติและเป็นอันตรายต่อหัวกระดูกโคนขาที่เกิดเนื่องจากน้ำหนักที่กดลงบนแผ่นเนื้อเยื่อเจริญ (Growth Plate) ที่ยังไม่เชื่อมสนิทกับกระดูกทำให้เกิดอันตรายต่อหัวกระดูก femur เกิดภาวะ slipped capital femoral epiphysis ในกรณีที่อ้วนมากๆเมื่อเคลื่อนไหวได้ลำบากก็ทำให้ออกกำลังกายได้น้อย ทำให้อ้วนมากขึ้น (พิภพ จิริภิญโญ, 2547)

2.5.1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาในต่างประเทศพบว่าในเด็กอ้วนอาจพบไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหัวใจได้ตั้งแต่อายุเพียง 2 ขวบ ทำให้หลอดเลือดแข็ง มีความดันโลหิตสูง (พิภพ จิริภิญโญ, 2547)

2.5.1.3 ความผิดปกติของระบบการหายใจ ผู้ที่มีภาวะอ้วนมากมักหายใจเร็วขึ้นเพราะผนังทรวงอกมีไขมันมาก ร่วมกับไขมันบริเวณท้องมากจึงทำให้ช่องอกขยายได้น้อย กระบังลมเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ มีลักษณะการหายใจแบบเบาดิ้นทำให้ปอดขยายตัวได้น้อย เนื้อปอดบางส่วนอาจแฟบ และพบว่านอนกรนได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 5.7- 7 ของเด็กที่อ้วนมีอาการหยุดหายใจขณะหลับ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดขณะหลับลดต่ำลงมากกว่าร้อยละ 90 ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ โดยพบว่าหลับกลางวัน หงุดหงิดง่าย สมาธิสั้น ในรายที่เป็นรุนแรง จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจขณะหลับและเมื่อเป็นในระยะเวลาานาน อาจมีภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ ซึ่งผู้ที่มีอาการดังกล่าว จะมีอาการดีขึ้นภายหลังการลดน้ำหนัก (พิภพ จิริภิญโญ, 2547)

2.5.1.4 นิ่วในถุงน้ำดี เกิดเนื่องจาก ผู้ที่อ้วนมีระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในน้ำดีสูง กรดน้ำดีและไขมัน ประเภทฟอสโฟไลปิด (Phospholipids) ไม่ได้เพิ่มเป็นสัดส่วนที่สอดคล้องกัน การที่ถุงน้ำดีมีการบีบตัวน้อย ทำให้ไขมันและเด็กผู้หญิงที่อ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี เป็น 4.2 เท่าของคนปกติ และยังพบว่าประมาณร้อยละ 40-50 ของเด็กที่อ้วนมากมีระดับเอนไซม์จากตับ (Liver enzymes) สูงขึ้นด้วย (พิภพ จิริภิญโญ, 2547)

2.5.1.5 ภาวะการต่อต้านอินซูลิน (Insulin Resistance)

ทำให้มีระดับอินซูลินสูงกว่าปกติ ร้อยละ 25 ของเด็กอ้วนมีความผิดปกติของการเผาผลาญกลูโคส (Glucose Tolerance) ภาวะผิดปกติของอินซูลินนี้นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีลักษณะและอาการเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ เช่น หิวบ่อย กินเก่ง อ่อนเพลีย และจะผอมลง ปัสสาวะมีมากขึ้น ระดับอินซูลินในเลือดสูงกว่าปกติทั้งในภาวะอดอาหารและหลังรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับระดับความอ้วน ซึ่งการลดหรือควบคุมน้ำหนัก จะทำให้เมตาบอลิซึมของกลูโคสดีขึ้น

(พิภพ จิริบุญโญ, 2547)

2.5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม

โรคอ้วนอาจทำให้สูญเสียภาพลักษณ์และบุคลิกภาพ เป็นที่ล้อเลียนของเพื่อนจนเกิดความอับอาย ดังนั้นจึงทำให้เด็กอ้วนเกิดปมด้อยและความกดดันทางจิตใจ บางรายเข้ากับเพื่อนฝูงไม่ได้ เก็บตัว แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน มีปัญหาในการเข้าสังคม มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียน สมาธิแย่ลง แต่บางรายพยายามปรับตัวเองจนยอมเป็นตัวตลกในหมู่เพื่อนฝูงหรือถูกล้อ ปัญหาทางจิตใจอาจทำให้หาทางออกโดยการกินมากขึ้น ซึ่งการกินจุบกินจิบจะทำให้อ้วนมากขึ้นจนเกิดโรคอ้วนและปัญหาทางจิตใจตามมา และเมื่อเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนปัญหาทางจิตใจก็จะเพิ่มมากขึ้น (พิภพ จิริบุญโญ, 2547)

2.6 แนวทางการควบคุมน้ำหนัก

แนวทางการควบคุมน้ำหนักที่สำคัญมี 2 แนวทาง คือ การไม่ใช้ยา ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกแนวทางหนึ่ง คือ การใช้ยาและการผ่าตัด

2.6.1 แนวทางการควบคุมน้ำหนักโดยไม่ใช้ยา

แนวทางการควบคุมน้ำหนักโดยไม่ใช้ยาแบ่งออกเป็นวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

2.6.1.1 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นกลวิธีป้องกันบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายให้ได้ผลดีควรปฏิบัติควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารพบว่ามีประสิทธิภาพลดน้ำหนักได้ดีมากกว่าการออกกำลังกายหรือควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว (จุฬารัตน์ รุ่งสุทธิพงษ์, 2550ก) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และการทำงานของระบบต่างๆ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550ข) ดังนี้ 1) ระบบอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายมีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแข็งแรง 2) ทำให้ทรวงทรวงส่วน ทุพรางดี 3) ร่างกายมีการพัฒนาการตามวัยและแข็งแรง 4) จิตใจแจ่มใส 5) ระบบไหลเวียนเลือด ปอด หัวใจ ทำงานดีขึ้น เพื่อป้องกันโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น 6) ผ่อนคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล สุขภาพจิตดี และนอนหลับสบาย 7) ระบบขับถ่ายทำงานได้ดีและมีประสิทธิภาพ

8) ควบคุมน้ำหนักตัวและลดน้ำหนัก 9) ชะลอความเสื่อมต่าง ๆ ของอวัยวะภายในร่างกาย และ 10) มีการปรับตัวเข้ากับสังคมและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

การออกกำลังกายที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและช่วยในการลดไขมันส่วนเกิน คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งต้องใช้ใช้ออกซิเจนจำนวนมากและทำต่อเนื่องและนานเพียงพอที่จะกระตุ้นให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานออกมาใช้ (ฉกาจ ผ่องอักษร, 2547) ซึ่งผลของการออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้น้ำหนักที่ลดลงไปแล้ว ยังส่งผลให้สภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น (จุฬารักษ์ รุ่งสุทธิพงษ์, 2550ก)

จากการทบทวนวรรณกรรมของ วิโรจน์ เจริญยิ่ง, วรรณิกา อัสวชัยสุวิกรม และ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2549) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปราชญ์บุรีได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ ความสามารถตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและมีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่น้ำหนักเกินคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยจะได้ผลดีมากกว่าการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาเรื่องการออกกำลังกายในวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกิน (Shaw, Gennat, Rourke, & Del Mar, 2006)

ดังนั้น การส่งเสริมและการให้ความรู้ถึงประโยชน์และชนิดของการออกกำลังกายที่มีความหลากหลายเหมาะสมกับวัย ลักษณะกิจกรรมและกิจกรรมประจำวันในวัยรุ่นแต่ละคนจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีและช่วยในการควบคุมและลดน้ำหนัก

2.6.1.2 การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักเป็นวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดี การควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ที่ย้ำและมิใช่ไขมันสะสมในร่างกายสูง การควบคุมน้ำหนักควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป ควบคุมอาหารพร้อมออกกำลังกาย และ ปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคโดยมีหลักการสำคัญดังนี้

1. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล การควบคุมอาหารและเลือกรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้ร่างกายสะสมพลังงานและไขมันมากเกินไป อาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล เมื่อรับประทานเกินความต้องการของร่างกาย ร่างกายจะเปลี่ยนเป็นไขมัน ทำให้อ้วนได้ อาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารที่ปรุงโดยการผัดหรือทอด อาหารที่มีส่วนประกอบของ น้ำมัน เนย หนัสดั้ว เช่น หนัไก่ หนัหมู ปาท่องโก๋ อาหารประเภทเครื่องในสัตว์ กะทิ เป็นต้น อาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ น้ำตาล เช่นอาหารพวกขนมหวาน น้ำอัดลม คุกกี้ เป็นต้น หลักโภชนาการคือควรจำกัดอาหารที่มีพลังงานมากและให้ประโยชน์น้อย

การรับประทานมาก จะทำให้เกิดโรคอ้วน เพราะได้รับพลังงานส่วนเกินซึ่งร่างกายเก็บสะสมเป็นไขมัน ทำให้น้ำหนักเพิ่มได้มาก รวมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการประกอบอาหาร โดยใช้วิธีการต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ปิ้งย่าง แทนการทอดหรือผัด

2. รับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงและมีแคลอรีต่ำ ได้แก่ ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง เป็นต้น เพื่อให้ได้ใยอาหาร และช่วยให้อิ่มได้นาน เนื่องจาก ใยอาหารที่ไม่ถูกย่อยและดูดซึม แต่จะอมน้ำ ทำให้เกิดน้ำหนักและไหลผ่านระบบลำไส้ และกวาดน้ำตาล กวาดคอเลสเตอรอล กวาดไขมันและสารก่อมะเร็ง มาสะสมไว้บริเวณลำไส้ใหญ่ และขับออกมาทางอุจจาระ ยกเว้นผลไม้บางอย่างที่มีรสหวานจะให้พลังงานสูง เช่น ทูเรียน ละมุด เป็นต้น

3. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายในปริมาณที่เพียงพอเพื่อช่วยให้เจริญเติบโตมีสุขภาพแข็งแรงเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารและคุณค่าทางอาหารที่เพียงพอเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

อาหาร 5 หมู่ประกอบด้วย

หมู่ที่ 1. เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ ถั่วเมล็ดและนม

หมู่ที่ 2. ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน

หมู่ที่ 3. ผักใบเขียว และผักชนิดอื่น ๆ เช่น คื่นหอย แดงกวา

หมู่ที่ 4. ผลไม้ต่าง ๆ

หมู่ที่ 5. น้ำมันพืช น้ำมันและผลิตภัณฑ์ที่ได้จากสัตว์

4. รับประทานอาหารให้ครบทุกมื้อในปริมาณที่เหมาะสม และจำกัดปริมาณอาหารที่รับประทาน

2.6.1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การปฏิบัติในการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น การเลือกบริโภคอาหาร เวลาที่รับประทานอาหาร วิธีการรับประทานและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการควบคุมน้ำหนัก โดยมีหลักการสำคัญคือ

1. การพิจารณาตนเอง โดยการจดบันทึกอาหารที่รับประทานและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่กระตุ้นให้รับประทานอาหารในปริมาณที่มากและพิจารณาวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง

2. การควบคุมตนเอง โดยหลักการคือ ควบคุมพฤติกรรม รับประทานอาหารและปริมาณอาหารเมื่อต้องรับประทานอาหารโดยลำพัง

3. รับประทานให้ถูกหลัก โดยควบคุมอาหารที่ให้พลังงานสูงและควรรับประทานอาหารชนิดอื่นแทนโดยใช้หลักอาหารแลกเปลี่ยนดังจะกล่าวต่อไป

4. ปรับปรุงด้านความคิด ทักษะและการตั้งเป้าหมายในการควบคุมและลดน้ำหนัก

5. มีแหล่งสนับสนุนสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมรับประทาน เช่น ญาติและครอบครัว

6. หลีกเลี่ยงขบวนการหรือพฤติกรรมที่จะทำให้น้ำหนักเพิ่มเมื่อสามารถลดน้ำหนักได้แล้ว (จุฬารักษ์ รุ่งสุทธิพงษ์, 2550ข)

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคจึงควรมีการร่วมมือกันจากหลายฝ่ายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักและปลูกฝังพร้อมทั้งเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการรับประทานอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่เหมาะสมโดยเริ่มจากครอบครัว การปลูกฝังนิสัยการรับประทานอาหารที่ถูกหลักซึ่งคนในครอบครัวควรให้คำแนะนำและจัดหาอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อร่างกาย

จากการทบทวนวรรณกรรมของ เอกอาภา มังกรพิศม์ (2542) พบว่าการบริโภคอาหารของนักเรียนวัยรุ่นพื้นฐานคหกรรมศาสตร์ในเขตกรุงเทพมหานครแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ ผลของการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเมื่อเช้าเป็นบางครั้ง บริโภคอาหารเมื่อกลางวันและเมื่อเย็นทุกวันซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการรับประทานอาหารเช้า ทำให้ส่งผลต่อการรับประทานอาหารเช้าในมื้ออื่นมากขึ้นและชนิดของอาหารที่ให้พลังงานสูงที่เป็นที่นิยมเป็นอันดับต้น ๆ ได้แก่ น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินจากค่านิยมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นและมีสัดส่วนการกระจายของพลังงานจากสารอาหารที่ไม่เหมาะสมจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำจะให้น้ำหนักลดลงในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น (Cirozz , Summerell, Cammeron, & P G I, 2002) และพบว่าการปรับพฤติกรรมการบริโภคร่วมกับการควบคุมอาหาร อีกทั้งการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวหรือทำควบคู่ร่วมกันทั้งสองอย่างจะช่วยส่งเสริมการลดน้ำหนักได้ (Shaw, Rourke, Del Mar, & Kenardy, 2005)

2.6.2 แนวทางการควบคุมน้ำหนักโดยการใช้ยาและการผ่าตัด

วิธีการใช้ยาและการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วนเป็นวิธีการรักษาที่อาจมีผลแทรกซ้อนได้ และเมื่อรับประทานอาหารมากเกินความต้องการของร่างกายจะเกิดการสะสมของไขมันเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะอ้วนได้อีก ขาลดความอ้วนส่วนใหญ่เป็นยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการตื่นตัว ไม่่วงนอน และมีผลข้างเคียงทำให้ความอยากอาหารลดลงและ

ส่งผลให้น้ำหนักลดลงค่อนข้างเร็วแต่มีผลแทรกซ้อนแก่ร่างกาย เช่น ทำให้อ่อนไม่หลับ หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดปกติ เมื่อใช้ยาเกินขนาดจะทำให้มีอันตรายถึงตายได้ ผลแทรกซ้อนที่สำคัญคือทำให้เกิดประสาทหลอน หลงผิดหรือเป็นโรคจิต (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550)

นอกจากขาดความอ้วนแล้วยังมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โยอาหาร สมุนไพร วิตามิน และยาบางชนิด เพื่อช่วยทำให้รู้สึกอิ่ม ลดการดูดซึมอาหาร ช่วยระบาย หรือบำรุงร่างกาย แต่ไม่มีหลักฐานการศึกษาทางการแพทย์ที่ยืนยันว่า ได้ผลดีในการลดความอ้วน มีราคาค่อนข้างแพง และอาจทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายได้ (สุรัตน์ โคมินทร์, 2549ก)

การลดน้ำหนักด้วยวิธีอื่นที่นิยมและพบในปัจจุบัน เช่น การฝังเข็ม การใช้บริการของสถานบริการเพื่อลดน้ำหนัก การใช้อุปกรณ์เสริม การพันผ้ากระชับกล้ามเนื้อ การใช้เข็มขัดความร้อน การใช้ครีม สเปรย์สลายไขมันส่วนเกิน การสวมกางเกงหรือชุดขับเหงื่อเพื่อลดไขมันส่วนเกิน เป็นต้น ซึ่งมักมีการโฆษณาว่าสามารถลดไขมันและลดน้ำหนักลงได้ด้วย นอกจากวิธีการดังกล่าวยังพบว่าวัยรุ่นนิยมใช้การล้วงคอให้อาเจียนหลังรับประทานอาหาร และใช้วิธีการอดอาหารซึ่งเป็นวิธีการลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมและไม่ควรใช้เนื่องจากจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ (สมทรง สมควรเหตุ, 2541)

สำหรับการผ่าตัดมักใช้ในผู้ที่อ้วนมาก ดัชนีมวลกายมากกว่า 35 หรือ 40 และควรทำการรักษาโดยทีมศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญและต้องยอมรับถึงอันตรายที่จะตามมาทั้งขณะผ่าตัดและภายหลังจากการผ่าตัดด้วย (จุฬารัตน์ รุ่งสุทธิพงษ์, 2550ก)

2.7 โภชนบัญญัติ 9 ประการและธงโภชนาการ

2.7.1 โภชนบัญญัติ 9 ประการ กรมอนามัย (2548) ได้กำหนดข้อควรปฏิบัติในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี และช่วยให้บุคคลได้รับสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย โภชนบัญญัติ 9 ประการประกอบด้วยหลักปฏิบัติดังนี้

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว
2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ
4. กินปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารหวานจัดและเค็มจัด
8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2.7.2 ชงโภชนาการ (Nutrition Flag) จัดทำขึ้นเพื่อเป็นภาพจำลองการแนะนำการบริโภคอาหารของคนไทย โดยมีพื้นฐานมาจาก "ข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย" หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ (กรมอนามัย, 2548) "ชงโภชนาการ" มีจุดมุ่งหมายเพื่อแนะนำ "สัดส่วน" "ปริมาณ" และ "ความหลากหลาย" ของอาหารที่คนไทยควรบริโภคใน 1 วัน ด้วยรูปแบบที่เข้าใจง่าย เพื่อการมีสุขภาพที่ดี สัดส่วนปริมาณและความหลากหลายของอาหารที่นำมาใช้แนะนำในการบริโภคพิจารณาจากผลงานวิจัยเกี่ยวกับชนิดและปริมาณอาหารที่คนไทยควรบริโภคเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอความต้องการของร่างกายและใช้หน่วยดวงวัดในครัวเรือนของครอบครัวไทย

"ชงโภชนาการ" จึงเป็นสัญลักษณ์ของการบริโภคอาหารที่มีเอกลักษณ์ของความเป็นไทยที่จะช่วยนำไปสู่การ "กินพอดี สุขีทั่วไทย" ตามเจตนารมณ์ของข้อปฏิบัติการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ และเหมาะสมที่จะใช้เป็นคู่มือปฏิบัติสำหรับนำไปใช้ประกอบการบริโภคอาหารใน 1 วัน



ภาพ 1 ชงโภชนาการ
(กรมอนามัย, 2548)

จากชงโภชนาการจะเห็นว่า สัดส่วนของอาหาร แสดงโดยใช้ขนาดของพื้นที่ พื้นที่มากหมายถึงแนะนำให้กินในปริมาณมาก พื้นที่น้อยหมายถึงแนะนำให้กินในปริมาณน้อย ส่วนการกิน

อาหารให้หลากหลายชนิด ไม่ซ้ำจำเจ แสดงโดยใช้ภาพอาหารในแต่ละกลุ่ม ให้กินอาหารทุกกลุ่ม และในแต่ละกลุ่มต้องกินให้หลากหลาย เพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆ ครบถ้วน ตามที่ร่างกายต้องการ และเป็นการหลีกเลี่ยงการสะสมพิษภัย จากการปนเปื้อนในอาหาร ชนิดใดชนิดหนึ่งที่กินเป็นประจำ การจัดกลุ่มอาหารข้างต้น มีข้อแตกต่างไปจากอาหารหลัก 5 หมู่ คือ แยกกลุ่มนมออกจากกลุ่มเนื้อสัตว์ เพื่อให้เห็นความสำคัญของอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียม และจัดกลุ่มไขมัน รวมไว้กับน้ำตาล และเกลือ ซึ่งเป็นกลุ่มที่แนะนำให้กินน้อย (กรมอนามัย, 2548)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าภาวะโภชนาการสำหรับวัยรุ่น ควรส่งเสริมให้รับประทานอาหารมื้อหลักให้ครบวันละ 3 มื้อ (เช้า-กลางวัน-เย็น) และควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่โดยมีความหลากหลายในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร (ชญาดา แสนสิริวงษ์ และจุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2550) หรือคำนึงในการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารจานด่วน จึงควรเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารมาเป็นกลุ่มสร้างเสริมแคลเซียม และธาตุเหล็กและสารอาหารอื่นในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์และเหมาะสำหรับการเจริญเติบโต (จรัสพล รินทระ, 2550)

3. อาหารแลกเปลี่ยนและสมดุลพลังงาน

3.1 คำจำกัดความ

3.1.1 อาหารแลกเปลี่ยน (Food Exchange) คือ อาหารที่ถูกนำมาจัดหมวดหมู่รวม 6 หมวดโดยให้ได้พลังงานและสารอาหารใกล้เคียงกันซึ่งมีหลักการคือในแต่ละหมวดสามารถเลือกรับประทานและทดแทนภายในหมวดได้โดยคิดเป็นสัดส่วนอาหารในแต่ละหมวดที่รับประทานในแต่ละวัน (จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2550ข)

3.1.2 สมดุลพลังงาน (Energy Balance) คือ พลังงานของร่างกายที่ได้รับจากการบริโภคอาหารเท่ากับพลังงานที่ร่างกายต้องการเพื่อใช้ในการกิจกรรมต่างๆ (นพวรรณ เปียชื่อ, 2551)

3.1.3 พลังงานที่ได้รับ (Energy Intake) ได้มาจากการบริโภคอาหาร สารอาหารที่ให้พลังงานสำคัญ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต 1 กรัมให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี ไขมัน 1 กรัมให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี โปรตีน 1 กรัมให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรีและพลังงานที่ใช้ (Energy Expenditure) เป็นพลังงานที่นำไปใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ของร่างกายโดยพลังงานที่ได้รับจากอาหารควรมีสัดส่วนระหว่างคาร์โบไฮเดรต:ไขมัน:โปรตีนคือ 5:3:2 (วินัส ลิพพกุล, 2545)

3.1.4 ความต้องการพลังงาน (Energy Requirement) เป็นความต้องการพลังงานทั้งหมด เพื่อให้สมดุลกับพลังงานที่ใช้ไปสำหรับกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน ความต้องการ

พลังงานของแต่ละบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและลักษณะการดำรงชีวิต (เนตรนภิส ธีรวันชัย, 2550)

3.2 การคำนวณความต้องการพลังงาน

ความต้องการพลังงานในแต่ละวันคำนวณได้จาก ความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate, BMR) หรือความต้องการพลังงานขณะพัก (Resting Energy Expenditure: REE) คูณด้วยค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรม (Activity factor) ดังสูตรต่อไปนี้

$$\text{Energy requirement} = \text{BMR (REE)} \times \text{activity factor}$$

การคำนวณพลังงานขั้นพื้นฐานและการกำหนดค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรมมีดังต่อไปนี้

3.2.1 ความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน คือ พลังงานที่ความต้องการขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นพลังงานที่ร่างกายใช้ในเวลา 24 ชั่วโมง ในขณะที่ร่างกายในภาวะพักผ่อนเต็มที่หรือในขณะที่ร่างกายนอนราบ หลังรับประทานอาหาร 12 ชั่วโมงซึ่งเป็นพลังงานพื้นฐานที่ร่างกายต้องการใช้ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างเป็นปกติ เช่น การหายใจ การไหลเวียนของโลหิต เป็นต้น

สูตรคำนวณหา Basal Metabolic Rate (BMR) ในคนปกติโดยใช้ Harris Benedict Equation ดังนี้

$$\text{ผู้ชาย} = 66.5 + (13.8 \times \text{น้ำหนักเป็นกิโลกรัม}) + (5 \times \text{ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร}) - (6.8 \times \text{อายุเป็นปี})$$

$$\text{ผู้หญิง} = 655.1 + (9.6 \times \text{น้ำหนักเป็นกิโลกรัม}) + (1.9 \times \text{ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร}) - (4.7 \times \text{อายุเป็นปี})$$

(Benedict, 1919 อ้างในวินัส ลิพหกุล, 2545)

3.2.2 ค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรม คือ ค่าที่กำหนดตามระดับและประเภทของกิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติในแต่วัน ซึ่งกิจกรรมทางกาย (Physical activity, PA) หมายถึง พลังงานที่ใช้ในการทำงานและทำกิจกรรมต่างๆของร่างกายเช่น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขึ้นอยู่กับ ขนาดของร่างกาย ระยะเวลา และลักษณะของงานที่ทำ (เนตรนภิส ธีรวันชัย, 2550) ดังนั้นค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรมมากแสดงถึงระดับการปฏิบัติกิจกรรมมาก ส่วนค่าที่น้อยแสดงถึงระดับการปฏิบัติกิจกรรมน้อย

การกำหนดค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรมต่างๆ สำหรับใช้ในการคำนวณพลังงานมีค่าดังแสดงในตาราง 1 ดังต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรมที่ใช้ในการคำนวณพลังงาน

ระดับกิจกรรม	ค่าคงที่ของกิจกรรม
Confined to bed	1.2
Ambulatory, low activity	1.3
Average activity	1.5-1.75
Highly activity	2.0

(ประสงค์ เทียนบุญ, 2551)

ระดับกิจกรรม (Level of activity) แบ่งเป็น 4 ระดับคือ

- ระดับ 1 Sedentary Life style ทำงานเบา หรืองานสำนักงาน เช่น งานบ้านเล็กน้อย พนักงานบริษัท
- ระดับ 2 Light Activity มีการเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมมากขึ้น เช่น ทำงานบ้านมากกว่า 1 ชั่วโมง
- ระดับ 3 Moderate Activity ทำงานหนักปานกลาง มีการเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมมากขึ้น เช่น วิ่งเหยาะๆ ครั้งละ 1 ชั่วโมง 4-5 ครั้ง/สัปดาห์
- ระดับ 4 Heavy Activity ทำงานหนักหนักหรือทำงานที่ต้องใช้แรงงานหรือออกกำลังกายมากขึ้น เช่น เกษตรกร
- ระดับ 5 Exceptional Activity ทำงานหนักมากออกกำลังกายต่อเนื่อง เช่น นักกีฬาอาชีพ

3.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน มีดังนี้

1. พื้นที่ผิวกาย (body surface area) พื้นที่ผิวกายมาก ก็จะทำให้ความร้อนกระจายออกได้มาก
2. เพศ โดยปกติ ผู้ชายมี BMR มากกว่าผู้หญิง
3. อายุ วัยเด็กโดยเฉพาะ 1-2 ปี มี BMR มากกว่าผู้ใหญ่ เพื่อใช้ในการเจริญเติบโต
4. อุณหภูมิของร่างกาย หากร่างกายมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะมี BMR เพิ่มขึ้นร้อยละ 13

5. ภาวะโภชนาการ ผู้ที่ขาดอาหารเป็นเวลานาน จะทำให้ BMR ลดลง

6. หญิงขณะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร จะมี BMR สูงขึ้น

7. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ หรือได้รับบาดเจ็บ หรือการผ่าตัด จะมี BMR มากกว่าปกติ

8. ฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะ thyroxine และ norepinephrine เป็นฮอร์โมนในการควบคุม metabolic rate ในภาวะ hyperthyroidism จะทำให้ BMR เพิ่มขึ้น แต่ในภาวะ hypothyroidism จะทำให้ BMR ลดลง

9. ปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม และ สุขภาพของร่างกาย บุคคลที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นนักกีฬา BMR จะสูงกว่าปกติ แต่ในขณะหลับ ค่า BMR จะน้อยกว่าปกติประมาณร้อยละ 10 เนื่องจากกล้ามเนื้อหดตัว และ ระบบประสาท sympathetic ทำงานน้อยลง (เนตรนภิส ชีวันชัย, 2550)

กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้กำหนดความต้องการพลังงานสำหรับ ประชากรในกลุ่มต่างๆตามระดับพลังงานต่อวันแบ่งตามเพศ อายุและระดับกิจกรรมดังแสดงใน ตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ความต้องการพลังงานในแต่ละวันตามเพศ อายุและระดับกิจกรรม

ระดับพลังงานต่อวัน	เพศ อายุ และกิจกรรม
1,600 กิโลแคลอรี	เด็กอายุ 6-13 ปี หญิงวัยทำงานอายุ 25-60 ปีหรือผู้ใช้แรงงานขั้นต่ำในหญิงและผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
2,000 กิโลแคลอรี	วัยรุ่นหญิง-ชาย 14-25 ปีหรือหญิงใช้แรงงานปานกลาง ชายวัยทำงานอายุ 25-60 ปีหรือชายใช้แรงงานต่ำ
2,400 กิโลแคลอรี	หญิง-ชาย ที่ใช้พลังงานมากๆ เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา

3.3.4 ความต้องการพลังงานในแต่ละวัน

ความต้องการพลังงานในแต่ละวันของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ สภาพร่างกาย ระดับกิจกรรมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย (นพวรรณ เปียเชื้อและคณะ, 2552)

$$\text{ความต้องการพลังงานในแต่ละวัน (แคลอรี/วัน)} = \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)} \times 30$$

ตาราง 3 แสดงกิจกรรมกับพลังงาน

กิจกรรม	พลังงานที่ใช้ (แคลอรี/กก./ชม.)
นอนหลับ	0.9
นั่งเขียนหนังสือ	1.8
ซักผ้า-รีดผ้า	2.0, 2.3
เดินขึ้นบันได-เดินลงบันได	5.0
วิ่งเหยาะ ๆ	5.2, 5.7
ว่ายน้ำ	7.0
เดินแอโรบิกแรงกระแทกต่ำ	8.0

3.2 หลักการอาหารแลกเปลี่ยน

อาหารแลกเปลี่ยนแบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่

1. หมวดธัญพืช-ข้าว-แป้ง
2. หมวดผัก
3. หมวดผลไม้
4. หมวดเนื้อสัตว์
5. หมวดไขมัน
6. หมวดนม

อาหารในแต่ละหมวด ให้โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และพลังงานโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน สามารถแลกเปลี่ยนอาหารกันได้หมวดเดียวกัน ทำให้สามารถเลือกชนิดและประเภทอาหารตามหมวดอาหาร ช่วยให้เลือกบริโภคอาหารได้เพียงพอและหลากหลายมากขึ้น ปริมาณอาหารในรายการอาหารแลกเปลี่ยนแต่ละหมวด จะเรียกเป็น “ส่วน” หรือ “Exchange” และเป็นอาหารที่สุกแล้ว ในแต่ละหมวดมีอาหารหลากหลาย สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ (รุจิรา สัมมะสุต, 2541)

รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนของหมวดหมวดอาหารทั้ง 6 หมวดแสดงได้ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1. หมวดธัญพืช-ข้าว/แป้ง

ธัญพืช-ข้าว/แป้ง 1 ส่วน มีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 18 กรัม พลังงาน 80 กิโลแคลอรี

ตาราง 4 รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดธัญพืช-ข้าว/แป้ง

รายการ	ปริมาณ
ข้าวสวย , ข้าวซ้อมมือ	1 ทัพพี หรือ 5 ช้อนโต๊ะ
มันฝรั่งต้ม*	10 ช้อนโต๊ะ หรือ ½ ถ้วยตวง
ข้าวโพดคั่วไม่ใส่น้ำมัน	3 ถ้วยตวง
เกาลัดจีนคั่ว	3 เม็ดใหญ่ หรือ 5 เม็ดเล็ก
ถั่วเมล็ดแห้งสุก*ถั่วเขียวสุก*	½ ถ้วยตวง
มักโรนี , สปาเกตตี้ลวก	8 ช้อนโต๊ะ
ข้าวต้ม	2 ทัพพี หรือ ¼ ถ้วยตวง
ขนมจีน	1 จับใหญ่
ถั่วเขียวลวก	9 ช้อนโต๊ะ
บะหมี่	8 ช้อนโต๊ะ หรือ 1 ก้อน
บะหมี่สำเร็จ หรือ แห้ง	1/3 ห่อ
แครกเกอร์	2 แผ่น

หมายเหตุ * มีใยอาหารสูง

หมวดที่ 2. หมวดผัก

หมวดผักมี 2 ประเภท คือ ประเภท ก. และประเภท ข.

ผักประเภท ก. ผัก 1 ส่วนคือ ผักสุก 1/2 ถ้วยตวง หรือ 50-70 กรัม หรือ ผักดิบ 1 ถ้วยตวง หรือ 70-100 กรัม ให้พลังงานต่ำมาก ได้แก่ ผักต่างๆ ดังนี้ สายบัว ผักปวยเล้ง กระหล่ำปลี มะเขือเทศ ขมิ้นขาว ฟักเขียว แผลง แตงโมอ่อน บวบ พริกหยวก ถั่วฝักยาว ถั่วพู ผักกาดขาว ผักแว่น ผักบุ้งแดง

ผักประเภท ข. ผัก 1 ส่วนคือ ผักสุก 1/2 ถ้วยตวง หรือ 50-100 กรัม หรือ ผักดิบ 1 ถ้วยตวง หรือ 70-100 กรัม ให้โปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม พลังงาน 25 กิโลแคลอรี

ได้แก่ ผักต่างๆ ดังนี้ ถั่วฝักยาว ถั่วแขก ถั่วพู ฟักทอง ดอกแค แครอท เห็ดฟาง สะเดา จี๋เหล็ก สะตอ ข้าวโพดอ่อน หอมใหญ่ ใบยอ หน่อไม้ ชะอม ผักตำลึง ถั่วงอกหัวโต ถั่วงอก ผักกะเฉด ผักกวางตุ้ง กระน้ำ พริกหวาน ดอกกุยช่าย บร็อคโคลี่ มะเขือกรอบ มะเขือเสวย มะระจีน มะละกอดิบ ยอดมะพร้าวอ่อน เห็ดเป่าฮื้อ เห็ดนางรม

หมวดที่ 3. หมวดผลไม้

ผลไม้ 1 ส่วน ให้คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม พลังงาน 60 กิโลแคลอรี

ตาราง 5 รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดผลไม้

รายการ	ปริมาณ
กล้วยน้ำว้า	45 กรัม หรือ 1 ผลกลาง
กล้วยหอม	50 กรัม หรือ 1 ผลเล็ก
ชมพู่	250 กรัม หรือ 4 ผลใหญ่
ทุเรียน	40 กรัม หรือ 1 เม็ดกลาง
ฝรั่ง	120 กรัม หรือ ½ ผลกลาง
มะม่วงดิบ	100 กรัม หรือ ½ ผลใหญ่
มะม่วงสุก	80 กรัม หรือ ½ ผลกลาง
สับปะรด	125 กรัม หรือ 8 ชิ้นขนาดคำ
ส้มเขียวหวาน	150 กรัม หรือ 2 ผลกลาง
แอปเปิ้ล	100 กรัม หรือ 1 ผลเล็ก
องุ่น	100 กรัม หรือ 20 ผลกลาง
น้ำส้ม	120 มล. หรือ ½ ถ้วยตวง

หมวดที่ 4. หมวดเนื้อสัตว์

หมวดเนื้อสัตว์แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เนื้อสัตว์ไขมันปานกลางและเนื้อสัตว์ไขมันสูง

1. เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก 1 ส่วนให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 0-1 กรัม พลังงาน 35 กิโลแคลอรี

ตาราง 6 รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก

รายการ	ปริมาณ
เนื้อปลา	1/4 ถ้วยตวง
สันในไก่	2 ช้อนโต๊ะ
เนื้อปู	30 กรัม

2. เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วนให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม พลังงาน 55 กิโลแคลอรี

ตาราง 7 รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ

รายการ	ปริมาณ
อกไก่ เป็ดย่างไม่มีหนัง	1/4 ถ้วยตวง หรือ 30 กรัม
นมถั่วเหลืองไม่หวาน	240 ซีซี
นมถั่วเหลืองหวาน	240 ซีซี

3. เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง 1 ส่วนให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 5 กรัม พลังงาน 75 กิโลแคลอรี

ตาราง 8 รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง

รายการ	ปริมาณ
เนื้อหมู เป็ด ซีโรงหมู ไม่มีมัน	1/4 ถ้วยตวง หรือ 30 กรัม
ไข่ไก่ ไข่เป็ด	1 ฟอง หรือ 50 กรัม
เต้าหู้อ่อน	2/3 หลอด หรือ 180 กรัม

4. เนื้อสัตว์ไขมันสูง 1 ส่วนให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 8 กรัม พลังงาน 100 กิโลแคลอรี

ตาราง 9 รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์ไขมันสูง

รายการ	ปริมาณ
ปลาสด ไข่เนื้อและหนัง	1/4 ถ้วยตวง หรือ 30 กรัม
หมูสับ หมูแผ่น หมูขย หมูติดมัน	1/4 ถ้วยตวง หรือ 30 กรัม
ชีโครงหมูติดมัน หนังหมู	1/4 ถ้วยตวง หรือ 30 กรัม
กุนเชียง ไข่กรอก	1/4 ถ้วยตวง หรือ 30 กรัม

หมวดที่ 5. หมวดนม

หมวดนม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ นมขาดมันเนย นมพร่องมันเนย และนมไขมันเต็มส่วน

1. นมขาดมันเนย 1 ส่วนให้โปรตีน 8 กรัม ไขมัน 0-3 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม พลังงาน 90 กิโลแคลอรี ได้แก่ นมผงขาดมันเนย (skim milk) 1/4 ถ้วยตวง, 30 กรัม 4 ช้อนโต๊ะ
2. หมวดนมพร่องมันเนย 1 ส่วนให้โปรตีน 8 กรัม ไขมัน 5 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม พลังงาน 120 กิโลแคลอรี ได้แก่ นมพร่องมันเนย (low fat milk) 1 ถ้วยตวง, 240 ซีซี
3. หมวดนมไขมันเต็มส่วน 1 ส่วนให้โปรตีน 8 กรัม ไขมัน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม พลังงาน 150 กิโลแคลอรี ได้แก่ นมสดธรรมดา 1 ถ้วยตวง 240 มล. นมระเหย 1/2 ถ้วยตวง 120 มล. นมผง 1/4 ถ้วยตวง 4 ช้อนโต๊ะ 30 กรัม

หมวดที่ 6. หมวดไขมัน

หมวดไขมัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียวและไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง

อาหารหมวดไขมัน 1 ส่วนแลกเปลี่ยน มีปริมาณไขมัน 5 กรัม คิดเป็น 45 กิโลแคลอรี

ตาราง 10 รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดไขมัน

รายการ	ปริมาณ
น้ำมันพืช น้ำมัน	1 ช้อนชา
กะทิ	1 ช้อนโต๊ะ
ครีมเทียม	2 ช้อนชาเนย
มาการีน	1 ช้อนชา
สลัดน้ำใส	1 ช้อนชา
สลัดน้ำข้น	1 ช้อนโต๊ะ

1. หมวดไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว**ตาราง 11** รายการอาหารและปริมาณ 1 ส่วนแลกเปลี่ยนหมวดไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว

รายการ	ปริมาณ
น้ำมันปาล์ม น้ำมันหมู น้ำมันไก่	1 ช้อนชา
เบคอน	1 ช้อน
กะทิ	1 ช้อน
เนย	1 ช้อนชา
ครีมเนยสด	2 ช้อนโต๊ะ

2. หมวดไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว ได้แก่ น้ำมันมะกอก รำข้าว ถั่วลิสง 1 ช้อนชา ถั่วลิสง 10 เม็ด

3. หมวดไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง ข้าวโพด ดอกคำฝอย ดอกทานตะวัน 1 ช้อนชา น้ำสลัด เมล็ดดอกทานตะวัน เมล็ดฟักทอง 1 ช้อนโต๊ะ (สมาคมนักกำหนดอาหาร, 2547)

คุณค่าของอาหารแลกเปลี่ยนในแต่ละหมวด (สมาคมนักกำหนดอาหาร, 2547) สามารถสรุปได้ตามตารางดังนี้

ตาราง 12 คุณค่าอาหารของหมวดอาหารในรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย

หมวดอาหาร	ปริมาณ	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	พลังงาน (กิโล แคลอรี)
1.หมวดข้าว-แป้ง	1/2 – 1 ถ้วย	2	-	18	80
2. หมวดผัก					
ผักประเภท ก.	1/2 – 1 ถ้วยตวง	-	-	-	-
ผักประเภท ข.	1/2 - 1 ถ้วยตวง	2	-	5	25
3. หมวดผลไม้	1/2 - 1 ถ้วยตวง	-	-	15	60
4. หมวดเนื้อสัตว์					
ก. เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก	30 กรัม/ 2 ช.ต.	7	0-1	-	35
ข. เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ	30 กรัม/ 2 ช.ต.	7	3	-	55
ค. เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง	30 กรัม/ 2 ช.ต.	7	5	-	75
ง. เนื้อสัตว์ไขมันสูง	30 กรัม/ 2 ช.ต.	7	8	-	100
5. หมวดนม					
นมธรรมดา	240 มล./ 1แก้ว	8	8	12	150
นมพร่องมันเนย	240 มล./ 1แก้ว	8	5	12	120
นมขาดมันเนย	240 มล./ 1แก้ว	8	0-3	12	90
6. หมวดไขมัน	1 ช้อนชา	-	5	-	45

3.4 ตัวอย่างพลังงานจากอาหารที่วัยรุ่นบริโภค

ตัวอย่างรายการอาหารที่ให้พลังงานสูงจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันและเลือกบริโภคอาหารในปริมาณที่พอดีกับความต้องการของร่างกายได้เพื่อให้ร่างกายสามารถเผาผลาญพลังงานจากอาหารที่ได้และมีความสมดุลกับการใช้พลังงานของร่างกายเพื่อลดการสะสมพลังงานที่เหลือนกลายเป็นไขมันซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนได้

ตัวอย่างรายการอาหารและพลังงานในอาหาร (กรัม 2550) แสดงได้ตามตารางดังนี้

ตาราง 13 รายการอาหารกับปริมาณพลังงานในอาหาร

รายการอาหาร	ปริมาณพลังงาน(กิโลแคลอรี)
ข้าวขาหมู 1 จาน (289 กรัม)	430
พิซซ่า 1 ชิ้น	500
แฮมเบอร์เกอร์ 1 ชิ้น (ร้านMcDONAL'S)	307
ไก่ทอดแม็กนักร์เก็ตส์ (ร้านMcDONAL'S)	332
มันฝรั่งทอดขนาดใหญ่ (ร้านDAIRY QUEEN)	320
มันฝรั่งทอดขนาดธรรมดา(ร้านDAIRY QUEEN)	200
เส้นใหญ่ผัดซีอิ๊วหมูใส่ไข่ 1 จาน (350 กรัม)	679
เส้นเล็กแห้งหมู 1 ชาม (215 กรัม)	530
ข้าวผัดหมูใส่ไข่ 1 จาน (315 กรัม)	550
ข้าวมันไก่ 1 จาน (300 กรัม)	600
ข้าวไข่เจียวหมูสับ 1 จาน (380 กรัม)	500
น้ำอัดลม 1 กระป๋อง (325 ซี.ซี)	325
ชาเขียวรสหวาน 1 ถ้วย (125 ซี.ซี)	125
ปาต่องโก๋ 1 ถ้วย (20 กรัม)	124
มันทอด (94 กรัม)	314
ไอศกรีม 1 ถ้วย	400
สอทอด 1 อัน (ร้านDAIRY QUEEN)	280
ขนมโดนัท 1 อัน (25 กรัม)	95

4. ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

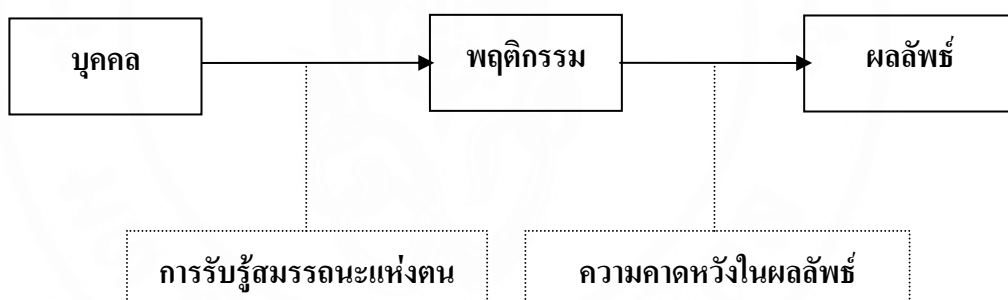
4.1 องค์ประกอบของทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) กล่าวถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self- efficacy) โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) ของแบนดูรา หมายถึงการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการปฏิบัติและจะนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะ โดยเฉพาะในภาวะเครียด หรือใน

สถานการณ์วิกฤติ รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่แตกต่างกัน อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนมีผลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายถึง พฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิดหลัก 2 ประการคือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self - efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดหมายหมาย และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) เป็นการตัดสินใจว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1997, p22)

สรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมเมื่อมีความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการคาดหวังว่าเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ในบุคคลที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวพบว่าไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้ ถ้าหากบุคคลไม่รับรู้ในความสามารถของตนเองด้วย ดังนั้นการรับรู้ความสามารถแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะทำให้บุคคลนั้นพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์ที่ต่างกันจะมีผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังแสดงในแผนภูมิ 2

ความคาดหวังในผลลัพธ์

	—	+
การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน	+	- ยืนยันที่จะไม่ปฏิบัติ (protest) - ความไม่พอใจ ความคับข้องใจ (grievance) - มีการเรียกร้องทางสังคม (social activism) - เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (milieu change)
	—	- ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (productive engagement) - บรรณนาที่จะปฏิบัติ (aspiration) - มีความพึงพอใจ (personal satisfaction)
	—	+
	+	- เลิกปฏิบัติ (resignation) - ไม่สนใจ ไม่รับรู้ (apathy)
	—	- รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง (self-devaluation) - ท้อแท้ หดหู่ (despondency)

แผนภูมิ 2 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการกระทำพฤติกรรม (Bandura, 1997, p20)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมและปรารถนาที่จะกระทำ ถึงแม้ว่าผลที่คาดหวังว่าจะไม่เป็นไปตามที่ต้องการบุคคลนั้นยังมีความเพียรพยายาม และยืนยันที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป แต่หากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำไม่ว่าการคาดหวังผลลัพธ์นั้นจะสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างแน่นอน และไม่สนใจที่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม

4.2 ปัจจัยที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การประพฤติพฤติกรรมของบุคคล ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพล และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ตัวบุคคล จากการที่ตนเองปฏิบัติได้สำเร็จ การที่บุคคลปฏิบัติและประสบความสำเร็จหลายๆ ครั้งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถภาพแห่งตนเพิ่มขึ้น และหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนเพิ่มมากขึ้น จากการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ แม้ต้องพบกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวในบางครั้ง แต่ก็มีผลไม่มากนักเพราะบุคคลจะไม่ได้มองความล้มเหลวนั้นมาจากการที่ตนเองไม่มีความสามารถ แต่มาจากปัจจัยอื่น

2. การได้เห็นต้นแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์จากคนอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ แล้วประสบกับความสำเร็จจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากตัวแบบ มี 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Living – modeling) ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ควรมีทัศนคติ ความสามารถที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต

2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ การตูน เป็นต้น การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมาก และสถานที่ต่างๆ ได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการพูดให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมประสบความสำเร็จได้ การชักจูงด้วยคำพูดเป็นวิธีที่ง่ายที่จะปฏิบัติ ให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และใช้ทั่วไป ในสัญลักษณ์ที่ชักจูง แนะนำ อธิบาย ชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้นๆ ถ้าจะให้ได้ผลควรให้บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective stages)

สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมีสภาวะร่างกายที่แข็งแรงมีสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น แต่หากบุคคลมีสุขภาพที่อ่อนแอ หรือมีการเจ็บป่วย เช่น อาการเจ็บปวด เหนื่อยล้า ไม่สบาย เป็นต้น ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ส่วนสภาวะด้านอารมณ์ อารมณ์ด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะมีผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงและมักจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ดังในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงควรสนับสนุนให้บุคคลมีสภาวะร่างกาย และอารมณ์อยู่ในภาวะที่ปกติ พร้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นต้นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นทั้งต้นแบบที่เป็นบุคคลจริงและต้นแบบสัญลักษณ์ การใช้คำพูดชักจูง และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลพัฒนาการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน ที่นำไปสู่ความรู้ และทัศนคติในทางบวกต่อพฤติกรรม และเกิดการตัดสินใจที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกรณีศึกษา ทำการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือกกรณีศึกษา

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีน้ำหนักตัวเกิน ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เขตลาดกระบัง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กรณีศึกษา คัดเลือกจากนักเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพศหญิง 1 รายและเพศชาย 1 ราย มีน้ำหนักตัวเกินโดยประเมินจากดัชนีมวลกายที่มากกว่า 23-24.9 กก/ม² ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

สถานที่ในการศึกษา

สถานที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในเขตลาดกระบัง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของผู้ศึกษา ลักษณะของโรงเรียนเป็นโรงเรียนสหศึกษาขนาดใหญ่ในเขตเมือง จัดการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 นักเรียนทุกระดับชั้นจำนวน 1,050 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ทั้งหมด 131 คนเป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดเลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 คน มีอาจารย์ประจำโรงเรียน 145 คน ภายในโรงเรียนมีโรงอาหารประกอบด้วยร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม 10 ร้าน ได้แก่ ร้านขายข้าวและก๋วยเตี๋ยว 5 ร้าน ร้านขายน้ำอัดลมและขายเครื่องดื่ม 3 ร้าน ร้านขายขนมหวานจำนวน 1 ร้าน และร้านค้าสวัสดิการ 1 ร้าน สำหรับบริเวณภายนอกโรงเรียน มีร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหารตามสั่ง ร้านขนมหวาน ร้านข้าวเหนียวหมูปิ้ง และอาหารประเภททอดน้ำมัน เช่น ลูกชิ้นทอด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพและโรคประจำตัว

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (ภาคผนวก ข) พัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของนพวรรณ เปียเชื้อและคณะ (2549)

1.3 แบบบันทึกการรับประทานอาหาร (ภาคผนวก ค) พัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากจุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์ (2550ข) เป็นแบบบันทึกชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทานภายใน 1 วัน

1.4 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (ภาคผนวก ง) ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นแนวทางในการกำหนดคำถาม

1.5 สมุดบันทึกและอุปกรณ์เครื่องเขียน

1.6 เกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการโดยวิธีวัดดัชนีมวลกายของคนเอเชีย

2. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์/อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล (TANITA- UM029)

2.2 เครื่องวัดส่วนสูง (Height Board)

2.3 สมุดบันทึกและอุปกรณ์เครื่องเขียน

2.4 เครื่องบันทึกเสียง (MP3)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ใช้ระยะเวลา 1 เดือน (พฤศจิกายน พ.ศ. 2551) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้บริหาร โรงเรียนเพื่อขออนุญาตทำการศึกษา
2. คัดเลือกกรณีศึกษาจากกลุ่มเป้าหมายมีน้ำหนักตัวเกิน (ดัชนีมวลกายที่มากกว่า 23-24.9 กก/ม²) ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แล้วนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) และแบบบันทึกการรับประทานอาหาร (ภาคผนวก ค) โดยชี้แจงเป็นเวลาเวลา 5-10 นาทีและมอบหมายให้กรณีศึกษาจดบันทึกการรับประทานอาหารเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยบันทึกเวลาและจำนวนมื้อ บุคคลที่รับประทานอาหารด้วย สถานที่ในการรับประทานอาหาร สภาพอารมณ์ขณะรับประทานอาหาร เช่น เบื่อ กลุ้มใจ หรือมีความสุข กิจกรรมที่ทำในขณะที่รับประทานอาหาร เช่น คุยกับเพื่อนหรือดูโทรทัศน์ เป็นต้น รวมทั้งระดับความหิวและบันทึกชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน
4. ภายหลังจากการบันทึกการรับประทานอาหารครบ 1 สัปดาห์แล้ว ผู้ศึกษานัดกรณีศึกษาเพื่อทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางการสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (ภาคผนวก ข) และทำการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (ภาคผนวก ง) เกี่ยวกับความคาดหวังและความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก ผู้ศึกษาสัมภาษณ์กรณีศึกษารายละ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ศึกษาขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เป็นเวลา 30-45 นาที แล้วนัดหมายกับกรณีศึกษาเพื่อสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID 12-51-10 ว.) ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนทั้งหมด รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิ ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษานี้ว่าสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางคำถามที่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่ไม่ ต้องการเปิดเผย รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่มีผลใดๆต่อผลการเรียน เมื่อกรณีศึกษาขึ้นดีเข้าร่วมการศึกษาและลงนามในแบบ แสดงตนยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (Consent form) ผู้ศึกษาจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษา

ข้อมูลในการศึกษานี้วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผู้ศึกษาถอดเทปคำต่อคำ ทำการใส่รหัสข้อมูล แล้วนำมาจัดหมวดหมู่แยกประเภทของข้อมูล เพื่อ ตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับข้อมูลพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และข้อมูลจากการ จดบันทึกการรับประทานอาหาร ผู้ศึกษานำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการประกอบการนำเสนอผล การศึกษาและการอภิปรายผล การนำเสนอผลการศึกษานี้ทำเป็นรายกรณีศึกษา และอภิปรายผล การศึกษา เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ความคาดหวังและความ มั่นใจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนักของกรณีศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้นำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกรณีศึกษาที่ 1

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว

1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

1.3 ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจใน

การควบคุมน้ำหนัก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของกรณีศึกษาที่ 2

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว

2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.3 ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจใน

การควบคุมน้ำหนัก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว

3.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3.3 ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจใน

การควบคุมน้ำหนัก

1. ข้อมูลของกรณีศึกษาที่ 1

กรณีศึกษารายที่ 1: นางสาวหนึ่ง (นามสมมติ)

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว

หนึ่งอายุ 18 ปี น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 ซม. ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายพบว่า มีน้ำหนักตัวเกิน (BMI=24.52 กก/ม²) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หนึ่งเป็นบุตรสาวคนโต มีน้องสาวอายุ 11 ปี กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 หนึ่งอาศัยอยู่กับมารดาซึ่งประกอบอาชีพขายกล้วยเดี่ยวประเภทะหมี่เกี๊ยวที่บ้าน ส่วนบิดาประกอบอาชีพรับราชการ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว บิดาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มารดาจบ

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 น้องสาวอาศัยอยู่กับน้ำ เนื่องจากน้ำไม่มีบุตรจึงขออนุญาตน้องสาวไปอุปการะ วันหยุดเสาร์-อาทิตย์ น้องสาวจึงกลับมานอนค้างที่บ้านมารดา ส่วนบิดาอาศัยอยู่บ้านพักใกล้ที่ทำงาน เนื่องจากสะดวกในการเดินทาง สิ้นเดือนจึงกลับบ้านเดือนละครั้ง รายได้ของมารดาเฉลี่ย 35,000 บาทต่อเดือน

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความผูกพัน รักใคร่กันดี สุขภาพทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว มารดาและหนึ่งมีรูปร่างท้วม บิดาและน้องสาวรูปร่างสมส่วน หนึ่งกล่าวว่า “พ่อผอม น้องหนูก็ไม่อ้วนนะ แม่กับหนูก็ประมาณนี้ละ” และ “หนูก็ท้วมๆ แบบนี้มาตลอดแหละ”

ภาวะสุขภาพ นอกจากน้ำหนักตัวที่กล่าวมาแล้ว หนึ่งเล่าว่า 2 เดือนก่อน มีอาการปวดศีรษะแต่ไปตรวจก็ไม่พบความผิดปกติ ได้ยามารับประทาน และเล่าว่าเคยลดน้ำหนักช่วง 4-5 เดือนที่ผ่านมา ทำให้น้ำหนักตัวลดลง 2 กิโลกรัม ปัจจุบันไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไม่ได้ออกกำลังกาย

1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมในการบริโภคอาหารในภาพรวมเกี่ยวกับชนิดและประเภทของอาหารที่รับประทาน ปริมาณจำนวนมื้อและลักษณะของอาหารที่รับประทาน มีดังนี้

ชนิดและประเภทของอาหารที่รับประทาน หนึ่งชอบอาหารประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ ไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้ โดยเล่าว่า “เวลากินผัก ผักมีกลิ่นในหนูก็เลยไม่ชอบ” ส่วนรสชาติของอาหาร หนึ่งชอบรับประทานอาหารที่มีรสเผ็ด ไม่ชอบอาหารรสเค็ม สำหรับอาหารประเภทเครื่องดื่ม หนึ่งดื่มน้ำเปล่าเป็นประจำและดื่มน้ำอัดลมสัปดาห์ละครั้ง ไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ แอลกอฮอล์ และไม่ดื่มนม หนึ่งกล่าวว่า “ไม่กินนมมะ กินแล้วอาเจียนแต่ซื้อกินได้ ชาเขียว กาแฟอะไรก็ไม่กิน”

ปริมาณและจำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน หนึ่งมักรับประทานอาหารครั้งละ 1 จาน เน้นรับประทานกับข้าวมากกว่าข้าว วันธรรมดารับประทานอาหารจำนวน 3 มื้อ ได้แก่ อาหารกลางวัน อาหารเย็นและอาหารมื้อดึก โดยดื่มน้ำเช้า ส่วนมื้อกลางวันรับประทานอาหารที่โรงเรียนทุกวัน โดยเล่าว่าซื้ออาหารจากโรงอาหาร “ตอนเที่ยงซื้อข้าวกินที่โรงอาหารพวกข้าวราดแกงแล้วก็มีขนมถุงถุงบ้างกับน้ำหวาน 1 แก้ว ” หลังจากเลิกเรียน หนึ่งทำการบ้านที่โรงเรียนกับเพื่อนในกลุ่ม และซื้อขนมรับประทานก่อนกลับบ้าน โดยซื้อจากร้านสะดวกซื้อแล้วจึงเดินทางกลับบ้าน ส่วนมื้อเย็นรับประทานเวลาประมาณ 19-20 น. โดยซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จจากข้างนอก เช่น ยำรวมมิตร ห่อหมก หมูทอด อาหารตามสั่ง เป็นต้น มื้อดึกรับประทานอาหารเวลา 22-23 น. มักเป็นก๋วยเตี๋ยวที่ขาย หรือ ข้าวต้มกับยำสามกรอบ หลังจากนั้นจึงเข้านอน ส่วนวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ รับประทานอาหารจำนวน 3 มื้อ เช่นกัน

ลักษณะของอาหารที่รับประทาน มารดาเป็นผู้ประกอบอาหารให้ โดยในวันหยุด มารดาจะเตรียมอาหารไว้ให้เป็นประเภทเนื้อสัตว์ มักปรุงอาหารโดยวิธีการย่าง การทอดหรือผัด ส่วนวันธรรมดาจะซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากนอกบ้านมารับประทานอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ มักเป็นอาหารที่ซื้อหรือสั่งเพื่อนำกลับมารับประทานที่บ้านตามความชอบ ไม่นิยมรับประทานอาหารนอกบ้าน หนึ่งกล่าวว่า “มือเย็นมีซื้อจากข้างนอกเข้ามาค่ะ แต่ถ้าเป็นเสาร์ - อาทิตย์แม่จะทำอาหารทิ้งไว้ให้บางทีก็หาของสดในตู้เย็นกินเอง ”

กล่าวโดยสรุป หนึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังนี้

1.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามปกติ

1.2.1.1 การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง

โดยปกติ หนึ่งชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภทผัดหรือทอด และอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ หนึ่งเล่าว่า “ห่อหมก กินทุกอาทิตย์ ของทอดก็กินหมุกรอบเพราะที่บ้านขายกล้วยเดี๋ยวก็น่ามี...ชอบเนื้อติดมัน เนื้อย่างติดมัน น้ำตก ขาหมู หมุกรอบไส้กรอกชีสไปท์ ...ไส้กรอกชีสกินเกือบทุกวันทีเล็กเรียน กินครั้งละ 1-2 ชิ้น” และ “ชอบกินข้าวขาหมู ของมันมัน เนื้อย่าง ผัดพริกแกงหมูสามชั้น” นอกจากนี้ข้อมูลจากการบันทึกอาหารที่รับประทานยังพบว่าหนึ่งรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงอาหารประเภทผัดหรือทอดเป็นประจำ ได้แก่ ห่อหมก ยำปลาหมึก ผัดพริกแกงหมู ผัดซีอิ้ว เนื้อทอด ปลาทอด หมูทอด สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วน หนึ่งรับประทานร่วมกับเพื่อนเดือนละ 2-3 ครั้งเนื่องจากเพื่อนชวนและสะดวกหารับประทานได้ง่าย

1.2.1.2 การรับประทานอาหารที่มีรสหวานและขนมขบเคี้ยว

หนึ่งชอบรับประทานน้ำหวานได้แก่น้ำอัดลม ยี่ห้อเป๊ปซี่ ดื่มเป็นประจำโดยดื่มวันเว้นวันและรับประทานขนมกรุบกรอบ เช่น โรลเลอร์โคสเตอร์ ช็อคโกแลต ทวิสเตอร์สชีส เป็นประจำภายหลังจากเลิกเรียน นอกจากนี้ข้อมูลจากการบันทึกอาหารที่รับประทานพบว่า หนึ่งรับประทานอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ ขนมหวาน ไอศกรีม วาฟเฟิล และ ช็อคโกแลต

1.2.1.3 การไม่รับประทานอาหารมื้อเช้า

หนึ่งไม่เคยรับประทานอาหารเช้า โดยกล่าวถึงเหตุผลทั้งดอาหารเชื่าก่อนไปโรงเรียนว่า ตอนเช้าไมื่กิน เพราะกินไมื่ลง กินไมื่ทัน สำหรับวันหยุดให้เหตุผลว่าตื่นสาย โดยจะรับประทานรวมเป็นมื่อกลางวัน ส่วนมื่เย็นรับประทานอาหารที่เหลื่จากมื่กกลางวัน หรือสั่งอาหารจานเดี๋ยวมรับประทาน

1.2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารขณะควบคุมน้ำหนัก

1.2.2.1 การลดการรับประทานอาหารประเภทแป้ง ขณะควบคุมน้ำหนัก หนึ่งรับประทานข้าวในปริมาณที่น้อยลง โดยรับประทานครั้งละจาน ไม่เติมข้าวโดยเน้นรับประทานกับข้าว ซึ่งไม่ได้ลดลงจากเดิม โดยหนึ่ง กล่าวว่า “ไม่กินเยอะ เช่น ไม่กินแป้ง” และ “ช่วงนั้นจะไม่ค่อยกินข้าว”

1.2.2.2 การลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน โดยหนึ่งลดปริมาณการรับประทานขนม และลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม จากเดิมดื่มเป๊ปซี่ วันเว้นวัน มาเป็นสัปดาห์ละขวด หนึ่งกล่าวว่า “หนูดื่มเป๊ปซี่ วันเว้นวันแต่ตอนนี้ลดมา 1 เดือนแล้ว เหลืออาทิตย์ละขวด ขวดที่ขาย 10 บาทนะ” และ “...ไม่กินขนมหวาน น้ำอัดลม ก็จะให้น้ำหนักลดลงได้”

1.2.2.3 การอ่านฉลากโภชนาการเพื่อควบคุมปริมาณพลังงาน หนึ่งอ่านฉลากข้างซองอาหารเพื่อเลือกอาหารที่มีปริมาณพลังงานน้อย เช่น ขนมกรุบกรอบที่เป็นถุงก่อนจะซื้อมารับประทาน โดยกล่าวว่า “เวลาจะลดน้ำหนัก บางทีดูข้างถุงขนม” และ “ก็มีบ้างเวลาจะลดน้ำหนัก เช่น ขนมกรุบกรอบเป็นถุงบางอย่าง ชอบโรลเลอร์โคสเตอร์ ช็อคโกแลต ทวิสเตอร์รสชีส” อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันหนึ่งเลือกรับประทานตามความต้องการโดยไม่คิดถึงพลังงานจากอาหารรับประทาน

1.2.2.4 การรับประทานอาหารเสริม หนึ่งเคยซื้ออาหารเสริมยี่ห้อหนึ่ง ที่ร้านสะดวกซื้อ มีลักษณะเป็นผงในซองต้องชงละลายน้ำดื่ม โดยดื่มอยู่ประมาณหนึ่งเดือน แล้วก็เลิกไป เนื่องจากไม่ชอบรสชาติและอาหารเสริมมีราคาแพง หนึ่งเล่าว่า “เคยกินอาหารเสริมเพิ่มการเผาผลาญ...เคยกินอาหารเสริมเป็นซอง เอามาชงน้ำดื่มกินอยู่เกือบเดือน เอาเงินเก็บมาซื้อ แต่ต้องเลิกเพราะรสชาติไม่ดี กินแล้วจะอาเจียน เคยคิดกินยาลดน้ำหนักเหมือนกัน ไม่กินยาเม็ดนะ กลัวจะกลับมาอ้วนมากกว่าเดิม กลัวโยโย่ (โยโย่ กรณีศึกษาหมายถึง กังวลว่าจะมีน้ำหนักตัวมากขึ้นกว่าเดิม) ถ้ามีเงินจะเข้า slim up ” (slim up คือชื่อของสถานบริการสำหรับออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก)

นอกจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารแล้ว หนึ่งมีการออกกำลังกายควบคู่กันไปด้วย ดังนี้

การออกกำลังกาย หนึ่งออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละครึ่งชั่วโมง โดยจะออกกำลังกายตอนเย็นหลังเลิกเรียนกับเพื่อนด้วยวิธีการวิ่งที่สวนสาธารณะ ปัจจุบันหนึ่งเลิกออกกำลังกายโดยวิธีการวิ่งแต่คิดจะซื้อแผ่นเดินสำหรับออกกำลังกาย (แผ่นเดินสำหรับออกกำลังกาย กรณีศึกษาหมายถึง แผ่นเพลงคล้ายเกมที่ใช้ต่อกับโทรทัศน์ ผู้เล่นจะต้องเดินให้ลงจังหวะเหมือน

ต้นแบบในเพลงและจะได้คะแนนเมื่อเต็มประกอบจังหวะได้ลงจังหวะ) เนื่องจากสามารถออกกำลังกายคนเดียวได้

1.3 ความคาดหวัง ความมั่นใจ และแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

1.3.1 ความคาดหวังในการควบคุมน้ำหนัก

ปัจจุบันหนึ่งมีน้ำหนักตัว 65 กิโลกรัม หนึ่งกล่าวว่า อยากให้น้ำหนักตัวลดลงก่อนถึงวันเกิด หรือ ควบคุมให้น้ำหนักตัวคงที่ไม่เพิ่มขึ้นไปมากกว่าเดิม โดยหนึ่ง กล่าวว่า “อยากให้น้ำหนักลดลงอีกแต่ถ้าไม่ได้ก็อย่าให้น้ำหนักมันมากไปกว่านี้”

1.3.2 ความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

ความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของหนึ่ง หนึ่งรู้สึกไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถทำได้ โดยหนึ่งมีความรู้สึกไม่มั่นใจว่าสามารถลดน้ำหนักตัวได้ทันวันเกิด เนื่องจากระยะเวลาจำกัดกล่าวว่า “ไม่ค่อยมั่นใจ แต่ถ้ามีเวลามากกว่านี้อาจทำได้” ประกอบกับหนึ่ง ไม่มีความอดทนในระยะยาวจึงทำให้เกิดความท้อแท้และหมดหวังโดยกล่าวว่า “ไม่มั่นใจเพราะทำได้ไม่นานก็เลิก” และ “หนูอยากให้น้ำหนักลงเร็ว ๆ แต่หมดไฟก่อน”

1.3.3 แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของหนึ่ง ได้แก่

1. การมีต้นแบบ หนึ่งอยากมีภาพลักษณ์ที่ดี อยากสวย หุ่นดี และอยากมีความมั่นใจในการแต่งตัวซึ่งจะสามารถดึงดูดความสนใจจากผู้พบเห็น หนึ่งมีความนิยมและชื่นชอบในนางแบบวัยรุ่นชาวญี่ปุ่น โดยกล่าวว่า “หนูชอบลิอาร์ เป็นวัยรุ่นญี่ปุ่น สวย น่ารัก หุ่นดี อยากใส่เสื้อผ้าสวย ๆ อยากใส่เสื้อผ้าของเพื่อนได้”

2. การใช้คำพูดชักจูง หนึ่งไม่เคยได้รับคำพูดชักจูงเพื่อให้กำลังใจ หรือคำพูดที่ทำให้รู้สึกหมดหวังในการควบคุมน้ำหนักหรือทำให้รู้สึกน้อยใจจากเพื่อนและครอบครัว

3. สภาพแวดล้อมร่างกายและอารมณ์ หนึ่งเล่าถึงเหตุผลที่ต้องรับประทานอาหารมื้อดึกว่า ต้องช่วยมารดาขายอาหารในช่วงเย็นหลังเลิกเรียนจนถึงเวลา 23 น. เกือบทุกวันต้องนอนดึก รู้สึกเหนื่อยและหิว การรับประทานอาหารก่อนนอนจะทำให้สามารถนอนหลับได้ หนึ่งกล่าวว่า “หนูไม่ค่อยมีเวลาต้องช่วยแม่ขายของ หิวแล้วกินเก่ง อดไม่ได้ที่จะไม่กิน... ถ้าจะให้เลิกมื้อดึกก็คงยาก มันหิว... นอนดึกก็หิว ต้องกินก่อนถึงจะนอนหลับ”

สำหรับสภาพแวดล้อม หนึ่งเล่าถึงการรับประทานอาหารมื้อดึกเป็นประจำ จนเกิดเป็นความเคยชิน และให้เหตุผลว่า บางครั้งไม่ได้รู้สึกหิว แต่อยากรับประทานอาหาร โดยกล่าวว่า

“ตอนดึกก็กินช่วง 4-5 ทุ่ม ปากอยากบางทีก็ไม่หิวนะ แต่ต้องกินเพราะปากมันอยาก เคยกินเป็นประจำถึงเวลามันก็อยากกิน” ประกอบกับหนึ่งมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังในการควบคุมน้ำหนักเนื่องจากไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงที่ทันใจตามที่คาดหวังจึงขาดความพยายามและทำให้เกิดความท้อแท้หมดหวังโดยกล่าวว่า “ไม่มั่นใจเพราะทำไม่ได้ ไม่นานก็เลิก...หนูอยากให้น้ำหนักลงเร็ว ๆ แต่หมดไฟก่อน”

นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ คือ ข้อจำกัดเรื่องเวลา สถานที่ในการออกกำลังกายและขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย โดยปกติหนึ่งออกกำลังกายที่สวนสาธารณะใกล้บ้าน เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ ที่บ้านมีความคับแคบร่วมกับต้องใช้พื้นที่ในการค้าขายจึงทำให้ไม่มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย หนึ่งต้องการมีเพื่อนออกกำลังกายเนื่องจากรู้สึกสนุกสนานและได้พูดคุยกับเพื่อนขณะทำกิจกรรมร่วมกันโดยหนึ่งเล่าว่า “ออกกำลังกายแล้วก็สนุกดี ได้เจอเพื่อน ๆ ได้คุยกัน...ไม่มีเพื่อน...พอเพื่อนเลิกวิ่ง หนูก็เลิกวิ่ง”

ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ หนึ่งกล่าวถึงข้อเสนอแนะไว้ดังนี้คือ

1. อยากมีอุปกรณ์ออกกำลังกายในบ้านหรือมีอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายใกล้ บ้าน
2. อยากมีเพื่อนลดน้ำหนักร่วมลดน้ำหนักด้วยกัน
3. อยากให้ที่โรงเรียนหรือบุคลากรทางการแพทย์แนะนำวิธีการควบคุมน้ำหนักวิธีและแนะนำสูตรอาหารสำหรับลดน้ำหนักรวมทั้งแนะนำอาหารที่รับประทานแล้วเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน

2. ข้อมูลกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษารายที่ 2: นายสอง (นามสมมุติ)

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว

สอง อายุ 18 ปี น้ำหนัก 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 177 ซม. ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายพบว่า มีน้ำหนักตัวเกิน (BMI=24.57 กก/ม²) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 สองเป็นบุตรชายคนเดียว อาศัยอยู่กับมารดาและหลานชายอายุ 9 ปี ศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 3 มารดาและบิดาประกอบอาชีพรับราชการ ปัจจุบันบิดาและมารดาแยกกันอยู่เป็นเวลา 10 ปีแล้ว บิดายังไม่มีครอบครัวใหม่ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มารดาเป็นผู้นำครอบครัว บิดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มารดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน ครอบครัวมีความผูกพัน รักใคร่กันดี สำหรับมารดามีโรคประจำตัว คือ

โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคเบาหวาน ส่วนบิดามีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว สองกล่าวว่า "พ่อแม่ผมและก็มีสุขภาพแข็งแรง"

ภาวะสุขภาพ สองมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว สำหรับการควบคุมและลดน้ำหนัก สองเคยลดน้ำหนักลงได้ 2 กิโลกรัม ภายในเวลา 2 เดือนในปีที่ผ่านมา แต่ปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง โดยเล่าว่า "เคยทำแล้วรู้สึกตัวเองผอมลงก็เลิก แล้วก็น้ำหนักขึ้นอีก พอกลับมากิน น้ำหนักก็ขึ้นเลยเลิก ครั้งสุดท้ายก็ลองทำมาปีที่แล้วมั้งครับ"

2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมเกี่ยวกับชนิดและประเภทของอาหารที่รับประทาน ปริมาณ จำนวนมื้อและลักษณะของอาหารที่รับประทาน มีดังนี้

ชนิดและประเภทของอาหารที่รับประทาน สองชอบอาหารประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่ปรุงโดยวิธีทอด สองไม่ชอบรับประทานผัก เนื่องจากในวัยเด็กมารดาพาไปเลี้ยงเปิดแล้วเห็นเปิดกิน แห่นสึเขียวจึงทำให้มีความรู้สึกไม่ชอบรับประทานผัก แต่ปัจจุบันสองสามารถรับประทานได้หลายชนิดขึ้น โดยเล่าว่า "ตอนเด็กแม่พาผมไปให้อาหารเปิด เห็นแห่นแล้วผมรู้สึกแหวะ ละละเป็นผัก เปิดผมก็เลยไม่ชอบกิน แต่ตอนนี้กินได้มากขึ้นอย่าง คะน้า กะหล่ำปลี ผักบุ้งกินได้"

ปริมาณและจำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน โดยปกติสองรับประทานอาหารเช้าแต่ละครั้งในปริมาณมาก เช่น รับประทานข้าวครั้งละ 2 จานทุกวัน วันธรรมดารับประทานอาหารจำนวน 3 มื้อ ได้แก่ อาหารเช้า อาหารกลางวัน และอาหารเย็น ส่วนใหญ่อาหารในมื้อเช้ารับประทานขนมปังก่อนไปโรงเรียน ส่วนมื้อกลางวันซื้ออาหารจากโรงอาหาร หลังกลับจากโรงเรียนจะรับประทานอาหารว่างเป็นนมหรือขนมกรุบกรอบ ส่วนมื้อเย็นรับประทานอาหารที่มารดาเตรียมไว้ให้ ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์จะรับประทานอาหารเพียง 2 มื้อ โดยงดอาหารมื้อเช้า

ลักษณะของอาหารที่รับประทาน มารดาเป็นผู้ประกอบอาหารให้รับประทานหรือให้เงินไว้ซื้ออาหารรับประทานเอง อาหารที่รับประทานมักรับประทานตามความชอบ ส่วนมากรับประทานอาหารที่บ้านซึ่งมารดาเป็นผู้ปรุง มีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากนอกบ้านรับประทานเมื่อมารดาไปทำงานและกลับบ้านเย็น โดยสองเล่าว่า "ส่วนมากกินข้าวบ้านรอกินพร้อมแม่หรือซื้อมาแล้วนั่งกินที่บ้าน วันหยุดบางทีจะซื้อกินตอนเที่ยง"

กล่าวโดยสรุป สองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังนี้

2.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามปกติ

2.2.1.1 การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง

โดยปกติ สองรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภท ผัดหรือทอด โดยกล่าวว่า ชอบของทอด มันฝรั่งทอด ลูกชิ้นทอด หมูกรอบ ผัดซีอิ๊ว ขาหมู ข้าวราด

ผัดกระเพราหมูกรอบ สองกล่าวถึงอาหารกลางวันที่ได้รับประทานที่โรงเรียนว่า “ซื้ออาหารกินที่โรงเรียนพวกข้าวไข่เจียว หรือ อาหารตามสั่ง ลูกชิ้นทอด” นอกจากนี้ข้อมูลจากการบันทึกอาหารที่ได้รับประทานยังสอดคล้องกัน โดยพบว่าสองรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภทผัดหรือทอดเป็นประจำ ได้แก่ ข้าวไข่เจียว ผัดหมี่ ผัดผักกาด หอยทอด ข้าวราดกระเพราไก่ ผัดซีอิ๊ว ไข่ดาว ลูกชิ้นทอด ปลาทอด ไก่ทอด โดยส่วนใหญ่ สองรับประทานอาหารในปริมาณมาก ประกอบด้วยข้าวในปริมาณครั้งละ 1-2 จาน ผัดหมี่ครั้งละ 2 ห่อ ไข่ดาว 1-2 ฟอง โดยสอง กล่าวว่า แม่จะทำทิ้งไว้ทีละเยอะให้กินได้ทั้งวัน”

ผลการศึกษายังพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงของสองเป็นการรับประทานแบบซ้ำๆ กันตามความชอบ โดยสองเล่าว่า “...ของชอบอย่าง ผัดซีอิ๊ว ขาหมู หมูกรอบ จะกินบ่อยอาทิตย์นึง 2-3 ครั้ง” ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการบันทึกอาหารที่รับประทานใน 1 สัปดาห์ พบว่าสองรับประทานอาหารเป็นข้าวไข่เจียว ข้าวราดผัดกระเพรา ข้าวกับไข่ดาว ผัดหมี่ คี๊มน้ำชา คี๊มขมมะนาว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และสองคี๊มน้ำอัดลม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า ไก่ทอด เพื่อนจะส่งอาหารมารับประทานร่วมกันภายในกลุ่มเดือนละครั้ง แล้วแต่โปรโมชันที่ได้รับจากสื่อโฆษณา เนื่องจากการสั่งซื้อสะดวก และการซื้อเป็นชุดทำให้ได้อาหารราคาถูก

2.2.1.2 การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน

จากการสัมภาษณ์ สองกล่าวถึงรสชาติของอาหารว่า “ไม่ชอบอาหารที่มีรสหวาน ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว” อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการบันทึกอาหารที่รับประทานพบว่า สองรับประทานอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ ไอศกรีม ขนมปังไส้เฟือก สำหรับเครื่องดื่มสองดื่มน้ำอัดลมสัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันหยุด โดยกล่าวว่า “เสาร์-อาทิตย์จะกินน้ำอัดลม-เป๊ปซี่ วันละขวดๆ ละ 10 บาท” สองไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟและแอลกอฮอล์ และยังกล่าวว่าชอบดื่มนมและน้ำเปล่า “กินนมรสจืดอาทิตย์ละ 3 ครั้ง น้ำเปล่าผมกินบางทีวันละ 3 ขวดใหญ่” ข้อมูลจากการบันทึกอาหารใน 1 สัปดาห์ พบว่า สองดื่มน้ำอัดลม 3 ครั้งและขมมะนาว 2 ครั้ง

2.2.1.3 การไม่รับประทานอาหารมื้อเช้าในวันหยุด

สองเล่าว่าในวันหยุดจะงดอาหารเช้า รับประทานอาหารกลางวันซึ่งเป็นอาหารที่มารดาเตรียมไว้ให้หรือซื้ออาหารประเภทอาหารจานเดียวมารับประทาน สองกล่าวเพิ่มเติมว่า “ผมจะกินกลางวันทีเดียว มันไม่หิว เล่นเกมส์ ดูการ์ตูนมันก็เพลินดี...ถ้าเป็นวันหยุดจะกินมื้อเดียว หรือ บางทีก็ 2 มื้อ....กลางวันจะกินเยอะ บางที 2 จานใหญ่ กินลูกชิ้น ตอนเย็นถ้ากินมาว่า ก็กินทีละ 2 ของหรือขนมปัง ไม่จู้จี้ไม่อึด”

2.2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารขณะควบคุมน้ำหนัก

2.2.2.1 การงดอาหารมือเย็น สองเล่าว่างดรับประทานอาหารมือเย็น โดยรับประทานอาหารมื้อกลางวันเหมือนเดิมตามปกติ ส่วนใหญ่ซื้ออาหารตามสั่งหรือรับประทานอาหารที่มารดาเป็นผู้ปรุง สองเล่าว่า “ผมจะงดมือเย็น... ไม่กินข้าวเย็น กินแต่ตอนเที่ยง...” นอกจากนี้สองยังเข้านอนเร็ว คือก่อนเวลา 23 น. เพื่อจะได้ไม่ต้องรับประทานมื้อดึก

2.2.2.2 การลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมัน ขณะควบคุมน้ำหนัก สองรับประทานข้าวในปริมาณที่น้อยลงโดยให้มารดาคัดข้าวให้น้อยลงหยุดรับประทานเมื่อรู้สึกอิ่ม และลดการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด สองกล่าวว่า “กินให้มันน้อยลงครับ... ไม่กินของทอดงดไปก่อน” รวมทั้งกล่าวว่า “... เลิกเสียดายของ ลดอาหารพวกทอด”

นอกจากการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารแล้ว สองยังมีการออกกำลังกายควบคู่กันไปด้วยในขณะควบคุมน้ำหนัก โดยออกกำลังกายเพิ่มเติมเวลาก่อนนอน สองกล่าวว่า “ออกกำลังกาย เช่น ซิทอัพ เล่นบอล โหนบาร์” และ “รำกระบอง เรียกเหงื่อก่อนนอน” ซึ่งโดยปกติสองออกกำลังกายตอนเย็นหลังเลิกเรียนร่วมกับเพื่อนที่สนามกีฬาและพื้นที่หลังบ้าน สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ครั้งละครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง

2.3 ความคาดหวัง ความมั่นใจและแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

2.3.1 ความคาดหวังในการควบคุมน้ำหนัก

สอง มีความตั้งใจให้น้ำหนักตัวคงที่และพยายามไม่ให้น้ำหนักขึ้น โดยไม่ได้คาดหวังในการลดน้ำหนัก ถึงแม้ว่าบิดาบอกให้ลดความอ้วนเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง

2.3.2 ความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

สองรู้สึกไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถควบคุมน้ำหนักได้ เนื่องจากมีความเชื่อว่า ถ้ารับประทานอาหารไม่อิ่มจะทำให้ไม่มีแรงโดยกล่าวว่า “...แต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้แค่ไหน กลัวไม่มีแรง”

2.3.3 แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของสอง ได้แก่

1. การมีต้นแบบ สองอยากมีภาพลักษณ์ที่ดี อยากมีบุคลิกภาพและอยากมีสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งสามารถดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้ามได้ สองมีบิดาเป็นต้นแบบโดยสอง

อยากมีสุขภาพดีเหมือนบิดา บิดามีรูปร่างผอม ไม่มีโรคประจำตัวโดยการงดอาหารมื้อเย็นและใช้วิธีการออกกำลังกาย โดยกล่าวว่า “ผมอยากมีสุขภาพดีอย่างพ่อ”

2. การใช้คำพูดชักจูง สองมีบิดาและมารดาเตือนเรื่องอาหารที่รับประทาน ครอบครัวมีการสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อนและครอบครัวของสองไม่มีการต่อว่าที่ทำให้หมกมุ่นใจหรือทำให้รู้สึกน้อยใจ

3. สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ สองเล่าว่าการนอนดึก เนื่องจากการออกกำลังกายก่อนนอนทำให้มีความรู้สึกหิวจึงต้องรับประทานอาหาร

สำหรับสถานะด้านอารมณ์ สองให้เหตุผลในการรับประทานอาหารปริมาณมากกว่าการรับประทานอาหารที่น้อยจะทำให้ไม่มีแรง สองกล่าวว่า ผมเป็นคนกินเก่ง กลัวไม่อิ่ม ถ้ากินน้อยลงมาก ๆ กลัวว่าจะไม่มีแรง และสองยังเล่าว่าการมีเพื่อนรับประทานอาหารจานด่วนด้วยกันทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ความรู้สึกเสียดยอาหารร่วมกับความรู้สึกกลัวมารดาเสียใจทำให้สองต้องรับประทานอาหารที่เหลืออยู่จนหมด

สำหรับข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ สองไม่ได้กล่าวไว้ในการสัมภาษณ์

ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ สองกล่าวถึงข้อเสนอแนะไว้ดังนี้คือ

1. อยากให้สนามกีฬาที่มีเครื่องออกกำลังกาย มีอุปกรณ์เหมือนสถานบริการลดน้ำหนัก มีอุปกรณ์ที่หลากหลายเนื่องจากจะทำให้ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ซ้ำซากและอุปกรณ์บางอย่างสามารถเล่นคนเดียวได้

2. อยากให้ที่โรงเรียนซื้ออุปกรณ์กีฬาออกกำลังกายไว้ที่โรงเรียนเพื่อให้สามารถออกกำลังกายที่โรงเรียนตอนเย็นหลังเลิกเรียนได้

3. ข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แสดงในภาคผนวก จ จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาเป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีเท่ากัน น้ำหนักตัว 65 กิโลกรัม และ 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 ซม. และ 177 ซม.ตามลำดับ ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายพบว่า มีน้ำหนักตัวเกิน (BMI ใกล้เคียงกันคือ 24.52 กก/ม² และ 24.57 กก/ม²) กรณีศึกษาทั้ง 2 รายลดน้ำหนักด้วยวิธีการออกกำลังกายควบคู่กับการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มี 1 รายที่เคยรับประทานอาหารเสริมเพื่อเพิ่มการเผาผลาญ

ลักษณะของครอบครัวของกรณีศึกษาเป็นครอบครัวเดี่ยว แพนฟังก์ครอบครัวแสดงในภาคผนวก เห็นได้ว่า กรณีศึกษาพักอาศัยอยู่กับการค้าทั้งคู่ เป็นบุตรคนโต 1 รายและเป็นบุตรคนเดียว 1 ราย ระดับการศึกษาของบิดาจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและชั้นการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มารดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 บิดาประกอบอาชีพรับราชการทั้งคู่ มารดาประกอบอาชีพรับราชการ 1 รายและประกอบอาชีพค้าขาย 1 ราย ฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวของกรณีศึกษาอยู่ในระดับปานกลางและฐานะค่อนข้างดี ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวมี 1 ครอบครัวที่มีมารดามีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน และโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการรักษารวมทั้งรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ส่วนอีกครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีรูปร่างสมส่วน มีเพียงกรณีศึกษาทั้งคู่และมารดาที่มีรูปร่างค่อนข้างท้วม ผู้ประกอบอาหารในครอบครัวของกรณีศึกษาคือมารดาและมีการซื้ออาหารจานเดียวหรืออาหารสำเร็จรูปพร้อมรับประทาน

3.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามปกติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารขณะควบคุมน้ำหนักของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สรุปข้อมูลดังแสดงในตาราง 14

3.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามปกติ

3.2.1.1 การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง

3.2.1.2 การรับประทานอาหารที่มีรสหวานและไขมัน เคี้ยว กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน กรณีศึกษาเพศหญิงมีการรับประทานขนมขบเคี้ยวด้วย

3.2.1.3 การไม่รับประทานอาหารมื้อเช้า กรณีศึกษาเพศหญิงไม่เคยรับประทานอาหารเช้าเลย ส่วนกรณีศึกษาเพศชายไม่รับประทานอาหารเช้าในวันหยุด

3.2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารขณะควบคุมน้ำหนัก

การควบคุมอาหาร พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีวิธีการควบคุมน้ำหนัก โดยลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมัน ลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวานและไขมันเคี้ยว สำหรับวิธีที่แตกต่างกันคือการงดอาหารมื้อเย็นและไม่รับประทานอาหารมื้อดึก อ่านฉลากโภชนาการเพื่อควบคุมปริมาณพลังงานและมีการรับประทานอาหารเช้า

นอกจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารแล้ว กรณีศึกษา มีการออกกำลังกายควบคู่กัน พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ออกกำลังกายขณะที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก สัปดาห์ละ 2-4 วันตอนเย็น

สถานที่สำหรับออกกำลังกาย คือสวนสาธารณะและมี 1 รายที่ออกกำลังกายที่บ้านก่อนนอนด้วย สำหรับประเภทกิจกรรมที่ใช้ออกกำลังกาย ได้แก่ การวิ่ง การเล่นฟุตบอล การชกมวย การโยนบาร์ และรำกระบอง เป็นต้น

ตาราง 14 พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยปกติและพฤติกรรมขณะควบคุมน้ำหนัก

ข้อมูลการสัมภาษณ์	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยปกติ	1.การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง 2.การรับประทานอาหารที่มีรสหวานและขนมขบเคี้ยว 3.การไม่รับประทานอาหารมื้อเช้า	1.การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง 2.การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน 3.การไม่รับประทานอาหารมื้อเช้าในวันหยุด
พฤติกรรมขณะควบคุมน้ำหนัก	1. ลดการรับประทานอาหารประเภทแป้ง 2. ลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน 3. การอ่านฉลากโภชนาการเพื่อควบคุมปริมาณพลังงาน 4. การรับประทานอาหารเสริม 5. การออกกำลังกาย โดยการวิ่ง	1. ลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมัน 2. การงดอาหารมื้อเย็น 3. ออกกำลังกายโดย การวิ่งเตะฟุตบอล โยนบาร์ และรำกระบอง

3.3 ความคาดหวัง ความมั่นใจและแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของกรณีศึกษาแสดงในตารางที่ 15

3.3.1 ความคาดหวังในการควบคุมน้ำหนักของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ความคาดหวังในการควบคุมน้ำหนักของกรณีศึกษา คืออยากให้น้ำหนักตัวลดลงหรือควบคุมให้น้ำหนักตัวคงที่ไม่เพิ่มขึ้น

3.3.2 ความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีความมั่นใจว่าจะลดน้ำหนักลงหรือควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ได้

3.3.3 แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้แก่

1. การมีต้นแบบ กรณีศึกษามีต้นแบบจากนางแบบวัยรุ่นหรือต้นแบบจากบิดา

2. การใช้คำพูดชักจูง กรณีศึกษา 1 รายไม่เคยได้รับคำพูดชักจูงให้กำลังใจหรือคำพูดที่ ทำให้หมดหวังและน้อยใจจากเพื่อนและครอบครัว ในขณะที่กรณีศึกษาอีก ราย มีครอบครัวเตือนไม่ให้รับประทานอาหารเยอะ

3. สภาพแวดล้อมร่างกายและอารมณ์ กรณีศึกษามีสภาพแวดล้อมร่างกาย โดยมีความรู้สึกเหนื่อยจากการนอนดึกที่ต้องช่วยมารดาขายอาหารทำให้รู้สึกหิว อีกทั้งการออกกำลังกายก่อนนอนทำให้รู้สึกหิวเช่นกัน

สำหรับสภาพแวดล้อม กรณีศึกษามีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารในปริมาณน้อยจะทำให้ไม่มีแรงและความรู้สึกอยากรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารจากความเคยชิน ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังในการควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงที่ทันใจ ความรู้สึกเสียขายอาหาร ความรู้สึกเป็นห่วงความรู้สึกของมารดา การมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหาร จะทำให้สามารถรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น

สำหรับข้อจำกัดที่ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ คือ ข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่สำหรับออกกำลังกาย รวมทั้งการขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อเสนอแนะดังนี้คือ การมีอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายที่หลากหลายในสนามกีฬาและในโรงเรียน รวมทั้งมีอุปกรณ์ออกกำลังกายภายในบ้านเพื่อจะสามารถออกกำลังกายได้ตามต้องการไม่จำกัดเวลาและสามารถออกกำลังกายเพียงลำพังได้ การมีเพื่อนร่วมออกกำลังกายและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในด้านสูตรอาหารสำหรับลดน้ำหนักและประเภทของอาหารที่รับประทานแล้วเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน

ตาราง 15 ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก
ข้อจำกัดในการควบคุมน้ำหนัก และข้อเสนอแนะของกรณีศึกษา

ข้อมูลการสัมภาษณ์	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ความคาดหวังในการควบคุมน้ำหนัก	อยากให้น้ำหนักตัวลดลงหรือควบคุมให้น้ำหนักตัวคงที่ไม่เพิ่มขึ้น	อยากให้น้ำหนักตัวคงที่
ความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก	ไม่มั่นใจว่าจะสามารถลดน้ำหนักตัวลงได้แต่ถ้ามีเวลามากกว่านี้อาจลดน้ำหนักลงได้	ไม่มั่นใจว่าจะสามารถลดน้ำหนักลงได้
แหล่งสนับสนุนความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก	1. มีต้นแบบจากนางแบบวัยรุ่น อยากมีภาพลักษณ์ที่ดี สวย และหุ่นดี 2. ไม่เคยได้รับคำพูดชักจูงให้กำลังใจหรือคำพูดที่ทำให้น้อยใจจากเพื่อนและครอบครัว	1. มีต้นแบบจากบิดา อยากมีสุขภาพที่แข็งแรง 2. ครอบครัวสนับสนุนและให้กำลังใจไม่ต่อว่าเพื่อนและครอบครัว ไม่มีการใช้คำพูดที่ทำให้หมดกำลังใจ
ข้อจำกัดในการควบคุมน้ำหนัก	1. ความรู้สึกหิวจากความรู้สึกเหนื่อย นอนดึกและความรู้สึกอยากรับประทานอาหารจากความเคยชิน 2. ความท้อแท้หมดหวังเนื่องจากไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงที่ทันใจตามคาดหวัง	1. ความรู้สึกหิว จากการนอนดึกเนื่องจากออกกำลังกายก่อนนอน 2. การรับประทานอาหารปริมาณมากเป็นประจำเชื่อว่าการรับประทานอาหารที่น้อยจะทำให้ไม่มีแรง

ตาราง 15 ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก
ข้อจำกัดในการควบคุมน้ำหนัก และข้อเสนอแนะของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลการสัมภาษณ์	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อจำกัดในการควบคุมน้ำหนัก	3. ข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่สำหรับออกกำลังกาย 4. การขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย	3. การรับประทานอาหารกับเพื่อนทำให้รับประทานได้มากขึ้น 4. ความรู้สึกเสียดยอาหารร่วมกับความรู้สึกกลัวมารดาเสียใจ
ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น	1. ต้องการให้มีอุปกรณ์ออกกำลังกายในบ้านหรือมีสถานที่ออกกำลังกายใกล้บ้าน 2. ต้องการให้โรงเรียนหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์แนะนำสูตรอาหารและอาหารที่เพิ่มการเผาผลาญ 3. อยากให้มีเพื่อนร่วมลดน้ำหนัก	1. ต้องการให้โรงเรียนซื้ออุปกรณ์กีฬาสำหรับออกกำลังกายที่หลากหลาย 2. ต้องการให้โรงเรียนมีอุปกรณ์กีฬาที่สามารถออกกำลังกายหลังเลิกเรียนได้

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความคาดหวังและความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน แบบกรณีศึกษา อภิปรายผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความคาดหวัง ความมั่นใจ และแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก ได้ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของกรณีศึกษา พบว่าชอบรับประทานเนื้อสัตว์ อาหารที่ปรุงโดยวิธีผัดหรือทอด ไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้ รับประทานอาหารในปริมาณมาก รับประทานแบบช้าๆ เลือกรับประทานตามความชอบ ดื่มน้ำอัดลม รับประทานอาหารจานด่วน และรับประทานขนมหวาน ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ประกอบอาหารให้รับประทาน บางครั้งมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จรับประทาน

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาเคยมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักมาก่อน แต่ไม่ประสบความสำเร็จ โดยกรณีศึกษาเปลี่ยนกลับมามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามปกติ คือมีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภทผัดหรือทอด อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ และอาหารที่มีรสหวาน โดยกรณีศึกษาเพศหญิงมีการรับประทานขนมขบเคี้ยวร่วมด้วย ซึ่งอาหารเหล่านี้มีไขมัน และน้ำตาลซึ่งให้พลังงานสูง การบริโภคในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายจะทำให้ได้พลังงานส่วนเกินซึ่งร่างกายสะสมเป็นไขมันทำให้อ้วน (กรมอนามัย, 2548) และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ (ชญาดา แสตนศิริวงษ์ และจุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2550) อีกทั้งกรณีศึกษานิยมรับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำและมีการรับประทานอาหารเพื่อสังสรรค์ร่วมกับเพื่อน ทำให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน และทำให้รับประทานอาหารในปริมาณมาก ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการด้านสังคมที่วัยรุ่นมักทำกิจกรรมเป็นกลุ่มตามเพื่อน (กุญชลี คำชาย, 2542) ดังนั้นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและบริโภคนิสัยจึงเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น (กรมอนามัย, 2546)

นอกจากนี้ยังพบว่า กรณีศึกษาไม่รับประทานอาหารเช้า กรณีศึกษาเพศหญิงไม่เคยรับประทานอาหารเช้าเลย ส่วนกรณีศึกษาเพศชายไม่รับประทานอาหารเช้าในวันหยุด เนื่องจาก

รับประทานอาหารไม่ทัน หรือตื่นสาย และไม่รู้สึกลึกหัว เนื่องจากอาหารเช้าเป็นมื้ออาหารที่มีความสำคัญ การงดมื้อเช้าจะทำให้อ้วน จากการศึกษาของ The Asian Food Information Center (AFIC, 2002) พบว่าการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำทุกวัน มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนน้อยกว่าเด็กที่ไม่รับประทานอาหารเช้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เชื่อมโยงการรับประทานอาหารเช้ากับการควบคุมน้ำหนัก ที่พบว่า ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนัก มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า เนื่องจากการรับประทานอาหารเช้า จะช่วยควบคุมความหิวและรับประทานอาหารน้อยลงในมื้อถัดไป (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) ซึ่งเป็นเหตุผลที่สอดคล้องกับ เอกอาภา มังกรพิศม์ (2542) ในการศึกษาการบริโภคอาหารของนักเรียนวัยรุ่นพื้นฐานคหกรรมศาสตร์ในเขตกรุงเทพมหานครแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ ผลของการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเช้าเป็นบางครั้ง บริโภคอาหารมื้อกลางวันและมื้อเย็นทุกวัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการงดรับประทานอาหารเช้าทำให้ส่งผลต่อการรับประทานอาหารเช้าในมื้ออื่นมากขึ้น และชนิดของอาหารที่ให้พลังงานสูงซึ่งเป็นที่ยอมรับเป็นอันดับต้นๆ ได้แก่ น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารขณะควบคุมน้ำหนัก ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาเคยมีการลดการรับประทานอาหารเช้าแป้งและไขมัน การลดการรับประทานอาหารเช้าที่มีรสหวาน ซึ่งสอดคล้องกับหลักโภชนบัญญัติ (กรมอนามัย, 2548) หากปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้มีน้ำหนักตัวลดลง สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายในครอบครัวนั้นมีความสำคัญเช่นกัน จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูภายในครอบครัว ครอบครัวที่มีการจัดอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ควบคุมเรื่องการบริโภค รวมทั้งการไม่เป็นแบบอย่างที่ดีในการรับประทานอาหารเช้า (Lloyd & Wolff, 1999 ; Rolfes et al., 1998) และการมีนิสัยการรับประทานอาหารเช้าตามความเคยชิน และมีความชอบอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นพิเศษ (กมลพรรณณ์ เมฆวรวิดิ และอำพร ชัยศิริรัตน์, 2544) จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า กรณีศึกษาเพศชายใช้วิธีการงดอาหารเช้าเย็นและไม่รับประทานมื้อดึก ซึ่งการลดและควบคุมน้ำหนักที่ถูกวิธี คือการรับประทานอาหารเช้าให้ครบทั้ง 3 มื้อ ไม่ควรอดอาหารและควรรับประทานอาหารเช้าตรงเวลา การงดรับประทานอาหารเช้าใดมื้อหนึ่งจะทำให้รับประทานอาหารเช้าในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นในมื้อถัดไป (สุรัตน์ โคมินทร์, 2549ข) การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมจึงควรปรับพฤติกรรมการ รู้จักควบคุมตนเองโดยควบคุมปริมาณของอาหาร รับประทานอาหารเช้าให้ครบทั้ง 5 หมู่ในปริมาณที่พอเหมาะเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับการเจริญเติบโตของร่างกายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย การเลือกเวลาที่รับประทานอาหารเช้า วิธีการรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารเช้าให้ถูกหลักโภชนาการ (จุฬารัตน์ รุ่งสุทธิพงษ์, 2550ก) และสิ่งสำคัญอีกประการ

คือ งดรับประทานอาหารตอดคึกซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ เนื่องจากไม่ควรบริโภคอาหารก่อนนอน 4 ชั่วโมง (ฉันท ครุฑกุล, 2549) ในขณะที่กรณีศึกษาเพศหญิง มีการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อควบคุมปริมาณพลังงานและมีการรับประทานอาหารเสริมร่วมด้วย เนื่องจากอยากสวย หุ่นดี เหมือนนางแบบที่ชื่นชอบ ปัจจุบันการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือยาลดน้ำหนัก พบว่าเป็นที่นิยมในผู้หญิงและวัยรุ่น (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2544) เนื่องจากความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์จึงนำไปสู่การพยายามลดหรือควบคุมน้ำหนักด้วยวิธีการต่างๆ ร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือยาลดน้ำหนักซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้หญิงที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี และให้เหตุผลในการลดน้ำหนักเพื่อความสวยงามและเพื่อบุคลิกภาพที่ดี (สมทรง สมควรเหตุ, 2541)

นอกจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารขณะควบคุมน้ำหนัก กรณีศึกษายังมีการออกกำลังกายควบคู่กันด้วย โดยรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์สามารถลดและควบคุมน้ำหนัก รวมทั้งทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-4 วันต่อสัปดาห์ ประเภทของการออกกำลังกาย ได้แก่ การวิ่ง เตะฟุตบอล การชกมวย และโยนบาร์ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือควรออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูงเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและเพิ่มมวลของกล้ามเนื้อร่วมด้วย (จรัสพล รินทระ, 2547) อีกทั้งประเภทของกิจกรรมควรมีความหลากหลาย อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาไม่สามารถปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ ได้แก่ การขาดสถานที่ออกกำลังกาย และข้อจำกัดด้านเวลา ประกอบกับ การขาดเพื่อนออกกำลังกาย สามารถอธิบายได้จากพัฒนาการด้านสังคมของวัยรุ่นที่มีความต้องการเพื่อน มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและต้องการการยอมรับภายในกลุ่ม จึงมักทำกิจกรรมตามกลุ่มเพื่อน (กุญชลี คำชาย, 2542) นอกจากนี้หากมีสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกจะสามารถปฏิบัติได้มากขึ้น (Zahner, Puder, Roth, Schmid, Gludimann, & Pühse, 2006)

ความคาดหวัง ความมั่นใจ และแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า กรณีศึกษาเพศหญิง ไม่มีความความคาดหวังในการควบคุมน้ำหนักให้สำเร็จ โดยต้องการเพียงให้น้ำหนักตัวลดลงหรือคงที่ หรือต้องมีเวลาจึงจะสามารถปฏิบัติได้ อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาไม่มีความมั่นใจว่าจะลดน้ำหนักลงหรือควบคุมน้ำหนักให้คงที่ได้ แม้จะมีแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ

แบนดูรา (Bandura, 1997) ดังนี้ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การมีต้นแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) สภาพแวดล้อมร่างกายและอารมณ์

สำหรับแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของกรณีศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. การมีต้นแบบ กรณีศึกษามีต้นแบบจากนางแบบวัยรุ่นหรือต้นแบบจากบิดา โดยกรณีศึกษาเพศหญิง มีนางแบบวัยรุ่นเป็นต้นแบบ เนื่องจากแรงจูงใจด้านภาพลักษณ์อยากสวย หุ่นดี และมีความมั่นใจในการแต่งตัว ทำให้สามารถดึงดูดความสนใจจากผู้พบเห็น อีกทั้งกรณีศึกษาที่มีความนิยมและชื่นชอบในนางแบบวัยรุ่นชาวญี่ปุ่น ต้นแบบจึงเป็นต้นแบบที่เป็นสัญลักษณ์ มีการเสนอตัวแบบผ่านสื่อต่างๆ จึงทำให้วัยรุ่นอยากนำมาเป็นแบบอย่าง ส่วนกรณีศึกษาเพศชายมีบิดาเป็นต้นแบบ เนื่องจากอยากมีสุขภาพดีเหมือนบิดา ต้นแบบของกรณีศึกษาเพศชายเป็นต้นแบบที่เป็นบุคคลจริง และเป็นบุคคลในครอบครัวจึงทำให้สามารถแลกเปลี่ยนพูดคุย ให้คำแนะนำและคำปรึกษาจากการปฏิบัติพฤติกรรมได้โดยตรง

2. การใช้คำพูดชักจูง การใช้คำพูดชื่นชมและส่งเสริมกำลังใจเป็นวิธีที่สามารถสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม อย่างไรก็ตามกรณีศึกษา หญิงไม่เคยได้รับคำพูดชักจูงให้กำลังใจหรือคำพูดที่ทำให้หมดหวังและน้อยใจจากเพื่อนและครอบครัว ในขณะที่กรณีศึกษาชายมีครอบครัวให้กำลังใจและคอยเตือนไม่ให้รับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป

ถึงแม้ว่าจะมีต้นแบบและ/หรือมีการใช้คำพูดชักจูง แต่กรณีศึกษายังขาดแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักที่สำคัญ คือ การขาดประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนักที่ประสบความสำเร็จมาก่อนและขาดสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีความรู้สึกหิวจากความรู้สึกเหนื่อย และความรู้สึกอยากรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารจากความเคยชิน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณมาก โดยมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารในปริมาณน้อยจะทำให้ไม่มีแรง นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกสนุกสนานเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับเพื่อน ทำให้กรณีศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากขึ้น ประกอบกับความรู้สึกเสียอาหารร่วมกับความรู้สึกกลัวมารดาเสียใจ ทำให้กรณีศึกษาต้องรับประทานอาหารที่เหลืออยู่จนหมด อีกประการหนึ่งคือความท้อแท้หมดหวังซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากการไม่มีความความคาดหวังและขาดความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักให้สำเร็จ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ หากกรณีศึกษาที่มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่ชัดเจน มีความมั่นใจและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยมีแหล่งสนับสนุนคือประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนักที่ประสบความสำเร็จ ถึงแม้จะมีข้อจำกัดต่างๆ กรณีศึกษาก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักได้

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกรณีศึกษา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความคาดหวังและความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษามีข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

กรณีศึกษาเป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีเท่ากัน มีน้ำหนักตัว 65 กิโลกรัม และ 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 ซม. และ 177 ซม. ตามลำดับ ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย พบว่ามีน้ำหนักตัวเกิน (BMI ใกล้เคียงกันคือ 24.52 กก/ม² และ 24.57 กก/ม²) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ลดน้ำหนักด้วยวิธีการออกกำลังกายควบคู่กับการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กรณีศึกษาเพศหญิงเคยรับประทานอาหารเสริมเพื่อเพิ่มการเผาผลาญและมีการอ่านฉลากโภชนาการ

ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว กรณีศึกษาพักอาศัยอยู่กับมารดา บิดามารดา จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาถึงปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับราชการและค้าขาย สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี สุขภาพทั่วไปค่อนข้างดี มารดาเป็นผู้ประกอบอาหารร่วมกับการซื้ออาหารจานเดียวหรืออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน กรณีศึกษาและมารดามีรูปร่างค่อนข้างท้วม

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กรณีศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง บริโภคอาหารที่มีรสหวานและขนมขบเคี้ยว และงดอาหารมื้อเช้า ทั้งนี้กรณีศึกษาเคยควบคุมน้ำหนักโดยการลดการอาหารประเภทแป้งและไขมัน ลดอาหารที่มีรสหวานและขนมขบเคี้ยว งดอาหารมื้อเย็นและมื้อดึก รับประทานอาหารเสริมและอ่านฉลากโภชนาการเพื่อควบคุมปริมาณพลังงาน นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายควบคู่กันไปด้วย อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่อง

ความคาดหวัง ความมั่นใจ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

กรณีศึกษาที่มีความคาดหวังในการควบคุมน้ำหนักเพียงเพื่อให้น้ำหนักตัวลดลงหรือคงที่ อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาไม่มีความมั่นใจว่าจะลดน้ำหนักหรือควบคุมน้ำหนักได้คงที่ได้

แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก ที่กรณีศึกษามี คือ ต้นแบบ ได้แก่ บิดาซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวหรือนางแบบที่เป็นตัวอย่างของวัยรุ่น และมีการใช้คำพูดชักจูง โดย ครอบครัวให้กำลังใจ และคอยเตือนเรื่องอาหารที่รับประทาน อีกทั้งมีครอบครัวและเพื่อนที่ไม่เคยใช้คำพูดที่ทำให้หมดหวังและทำให้เสียใจ

สำหรับแหล่งสนับสนุนที่กรณีศึกษาขาด คือ ประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนัก ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก อีกทั้งยังขาดสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีความรู้สึกหิว ความรู้สึกอยากรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารตามความเคยชิน ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังในการควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงที่ทันใจ ความรู้สึกเสียดยอาหาร ความรู้สึกเป็นห่วงความรู้สึกของมารดา การมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหารทำให้รับประทานอาหารในปริมาณมากขึ้น ประกอบกับการมีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่สำหรับออกกำลังกาย การขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย จึงทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักและต้องกลับมามีพฤติกรรมตามปกติ

ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาที่มีความต้องการให้ชุมชนมีสถานที่สำหรับออกกำลังกายใกล้บ้านอุปกรณีกีฬาที่มีความหลากหลายในโรงเรียนและในสนามกีฬา ภายในบ้านมีอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย ต้องการเพื่อนร่วมออกกำลังกาย และต้องการคำแนะนำจากบุคลากรที่มีสุขภาพเกี่ยวกับประเภทของอาหารลดน้ำหนักและอาหารที่เพิ่มการเผาผลาญพลังงาน

ข้อจำกัดของการศึกษารั้งนี้

การศึกษารั้งนี้มีข้อจำกัด ดังนี้

1. การนำผลการศึกษาไปใช้มีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกรณีศึกษาเท่านั้น
2. การนัดหมายเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการปรับเปลี่ยนตามความสะดวกของกรณีศึกษา ทำให้มีเวลาค่อนข้างจำกัด
3. แบบบันทึกข้อมูลการบริโภคและกิจกรรมของกรณีศึกษา มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ข้อมูลบางส่วนจึงไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดังนี้

1. ควรมีการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง โดยการบริโภคอาหารให้มีการกระจายพลังงานเพื่อลดความรู้สึกลึกหรืออยากอาหาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักอาหารแลกเปลี่ยนและสมดุลพลังงาน การส่งเสริมให้รับประทานอาหารเช้าทุกวัน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับโรงเรียนและชุมชนการส่งเสริมการออกกำลังกายเช่น การจัดหาอุปกรณ์กีฬาที่หลากหลายและสถานที่ในการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการสัมภาษณ์บุคคลที่ใกล้ชิดกรณีศึกษา เช่น บิดา มารดา กลุ่มเพื่อน ครูอาจารย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามบริบทของการศึกษา

กรณีศึกษา : พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน
CASE STUDY: FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR IN LATE ADOLESCENTS WITH
OVERNUTRITION

ศุณีย์ เตโหเรืองวิวัฒน์ 4937556 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : นพวรรณ เปียเชื้อ, Ph.D. (Nursing), สตรีรัตน์ ธาดากานต์,
Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสำคัญและเป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งในด้านน้ำหนัก ส่วนสูงและสัดส่วนของร่างกาย (กฤษณี คำชาย, 2542) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยต่อมไร้ท่อทำงานมากขึ้น มีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น กระดูกมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้ร่างกายสูงใหญ่และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากกล้ามเนื้อและเซลล์กระดูกที่เพิ่มจำนวนขึ้น (อบเชย วงศ์ทอง, 2541) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาดังกล่าวทำให้วัยรุ่นมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะการพัฒนาของสมอง ส่งผลให้มีการพัฒนาของสติปัญญาและความพร้อมในการเรียนรู้ ดังนั้นหากเกิดภาวะที่ไม่สมดุลทางโภชนาการจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของหลายระบบรวมทั้งปัญหาด้านจิตใจและสติปัญญาด้วย

ปัจจุบันภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา มีรายงานที่สอดคล้องกันในสหรัฐอเมริกาและในประเทศไทย พบว่าในเด็ก 1 คนจากจำนวน 4 คน จะมีภาวะโภชนาการเกิน (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2546 Ogden, Carroll, Curtin, Lamb, & Flegal, 2010) จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการในสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กอ้วนมักเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน โดยร้อยละ 10-20 ของทารกที่อ้วนจะยังคง

อ้วนในวัยเด็ก ร้อยละ 40 ของเด็กที่อ้วนจะยังคงอ้วนในวัยรุ่น และ ร้อยละ 75-80 ของวัยรุ่นที่อ้วนจะเป็นผู้ใหญ่อ้วน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีประชากรที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น การสำรวจภาวะทางด้านอาหารและโภชนาการของประเทศในปี 2546 ซึ่งได้รายงานผลในปี 2549 พบว่าปัจจุบันเด็กไทยอายุ 6-14 ปี และกลุ่มวัยรุ่น 15-19 ปี มีปัญหาอ้วนเพิ่มขึ้นตามอายุคือ ร้อยละ 5.4 และ 12.9 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2546)

การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตตามสิ่งแวดล้อมและสภาพเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบันทำให้วัยรุ่นบริโภคอาหารมากเกินไปจนร่วมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน บริโภคน้ำตาล และไขมันเพิ่มขึ้น มีการใช้พลังงานที่ลดลงจึงทำให้เกิดโรคอ้วนและภาวะโภชนาการเกิน (อุมพร สุทัศนวัฒนา, 2550) นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายเป็นประจำยังส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ และเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนและภาวะโภชนาการเกินมีทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือ การเลี้ยงดูของครอบครัว และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นนิยมบริโภคอาหารในรูปแบบตะวันตก ได้แก่ อาหารจานเดียว และอาหารว่างส่วนใหญ่มักเป็นขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ซึ่งทำให้อ้วนได้ง่าย กิจกรรมส่วนใหญ่มักทำร่วมกับเพื่อน โดยเฉพาะการนัดพบรวมกลุ่มรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่นส่วนใหญ่จึงได้รับอิทธิพลมาจากกลุ่มเพื่อน รวมทั้งโฆษณาและสื่อต่างๆ พฤติกรรมการบริโภคและบริโภคนิสัยรวมทั้งการเลี้ยงดูของครอบครัวมีส่วนส่งเสริมให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วน (นวลอนงค์ บุญจรรณศิลป์, 2545)

ผลกระทบของภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนมีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีผลโดยตรงต่อสุขภาพด้านร่างกายเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ โดยพบปัญหาหอบหืดหรือหุดหทัยใจขณะหลับ โรคเบาหวานจากภาวะอ้วนอ้วนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในวัยผู้ใหญ่โดยร้อยละ 22 เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด การมีน้ำหนักตัวมาก ยังมีผลให้เกิดโรคกระดูกและข้ออักเสบอีกด้วย (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2547) ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสติปัญญา อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อการเรียนได้ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มุ่งหาความภาคภูมิใจในตัวเอง ความชื่นชอบจากเพศตรงข้าม เพื่อนและสังคม ในเชิงเศรษฐกิจยังพบว่า ค่ารักษาพยาบาลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคอ้วนในวัยรุ่นอเมริกันอายุ 6 - 17 ปี เพิ่มขึ้นจาก 35 ล้านดอลลาร์ในปี 1981 - 1997 เป็น 127 ล้านดอลลาร์ในปี 1997 - 1999 (พิภพ จิริบุญโญ, 2547) การประชุมนานาชาติที่ผ่านมาเกี่ยวกับโรคอ้วนจึงเห็นว่า หากไม่รีบแก้ไข ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคอ้วนอาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาหยุดชะงักได้ อีกทั้งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ยังระบุว่า

โรคอ้วนจะเป็นโรคระบาดชนิดใหม่ที่มีความรุนแรงทั้งทางการแพทย์ สาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้นการดูแลด้านโภชนาการโดยการส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการจึงมีความสำคัญ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโภชนาการเกินของวัยรุ่นซึ่งต้องเป็นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในความสามารถของตน การบริโภคที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ โดยลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันและพลังงานสูง การให้ความรู้ปริมาณพลังงานในอาหาร การให้ข้อมูลความรู้ด้านสมดุลพลังงานและอาหารแลกเปลี่ยน เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อน จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคในเชิงลึกแบบกรณีศึกษา เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตามความคาดหวังและความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลักคือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจของวัยรุ่นในการควบคุมน้ำหนักตามจุดมุ่งหมาย และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) เป็นการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักด้วยความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ต้องการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกรณีศึกษา โดยทำการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีน้ำหนักเกินในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ แห่งหนึ่งในเขตลาดกระบัง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กรณีศึกษา คัดเลือกจากนักเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพศหญิง 1 ราย และเพศชาย 1 ราย มีน้ำหนักตัวเกินโดยประเมินจากดัชนีมวลกายที่มากกว่า 23-24.9 กก/ม² ทั้งนี้การเข้าร่วมการศึกษาได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและนักเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียน อาจารย์ประจำชั้นในการคัดเลือกกรณีศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 2 ราย จากกลุ่มเป้าหมายมีน้ำหนักตัวเกินจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงแล้วนำมาประเมินดัชนีมวลกาย โดยผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงข้อมูลรายละเอียด ในการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการรับประทานอาหาร โดยชี้แจงรายบุคคลใช้เวลารายละเอียด 5-10 นาทีและมอบหมายให้กรณีศึกษานำบันทึกการรับประทานอาหารเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ศึกษานัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายการกรณี เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางการสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมทั้งความคาดหวังและความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 30-45 นาที หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและบันทึก รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลใช้ประกอบการนำเสนอและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3) ความคาดหวัง ความมั่นใจ และ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

กรณีศึกษาเป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีเท่ากัน มีน้ำหนักตัว 65 กิโลกรัม และ 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 ซม. และ 177 ซม. ตามลำดับ ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย พบว่ามีน้ำหนักตัวเกิน (BMI ใกล้เคียงกันคือ 24.52 กก/ม² และ 24.57 กก/ม²)

ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว กรณีศึกษาพักอาศัยอยู่กับมารดา บิดามารดา จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาถึงปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับราชการและค้าขาย ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี สุขภาพทั่วไปค่อนข้างดี มารดาเป็นผู้ประกอบอาหารร่วมกับการซื้ออาหารจานเดียวหรืออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน กรณีศึกษาและมารดามีรูปร่างค่อนข้างท้วม

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของกรณีศึกษา พบว่าชอบรับประทานเนื้อสัตว์ อาหารที่ปรุงโดยวิธีผัดหรือทอด ไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้ รับประทานอาหารในปริมาณมาก และรับประทานแบบซ้ำๆ รับประทานตามความชอบ ดื่มน้ำอัดลม รับประทานอาหารจานด่วน และรับประทานขนมหวาน ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ประกอบอาหารให้รับประทาน บางครั้งมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จรับประทาน

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาเคยมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักแต่ไม่ประสบความสำเร็จ โดยกรณีศึกษาเปลี่ยนกลับมามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามปกติ คือการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง บริโภคอาหารที่มีรสหวานและขนมขบเคี้ยว และงดอาหารมื้อเช้า ทั้งนี้กรณีศึกษาเคยควบคุมน้ำหนักโดยการลดอาหารประเภทแป้งและไขมัน ลดอาหารที่มีรสหวานและขนมขบเคี้ยว งดอาหารมื้อเย็นและมื้อดึก รับประทานอาหารเสริมและอ่านฉลากโภชนาการเพื่อควบคุมปริมาณพลังงาน นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายควบคู่กันไปด้วย อย่างไรก็ตามไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่อง

ความคาดหวัง ความมั่นใจ และ แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า กรณีศึกษามีความคาดหวังในการควบคุมน้ำหนักเพียงเพื่อให้ น้ำหนักตัวลดลงหรือคงที่ อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาไม่มีความมั่นใจในการลดหรือควบคุมน้ำหนักให้คงที่ สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ว่ากรณีศึกษา

มีแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจโดยมีต้นแบบและมีการใช้คำพูดชักจูง อย่างไรก็ตาม ทัศนศึกษายังขาดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

แหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาในการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่

1. การมีต้นแบบ ทัศนศึกษามีต้นแบบจากนางแบบวัยรุ่นหรือต้นแบบจากบิดา โดยทัศนศึกษาเพศหญิง มีนางแบบวัยรุ่นเป็นต้นแบบ เนื่องจากมีแรงจูงใจด้านภาพลักษณ์ อยากสวย หุ่นดี และมีความมั่นใจในการแต่งตัว ทำให้สามารถดึงดูดความสนใจจากผู้พบเห็น อีกทั้งทัศนศึกษามีความนิยมและชื่นชอบในนางแบบวัยรุ่นชาวญี่ปุ่น ต้นแบบจึงเป็นต้นแบบที่เป็นสัญลักษณ์ มีการเสนอต้นแบบผ่านสื่อต่างๆ จึงทำให้วัยรุ่นอยากนำมาเป็นแบบอย่าง ส่วนทัศนศึกษาเพศชาย มีบิดาเป็นต้นแบบ เนื่องจากอยากมีสุขภาพดีเหมือนบิดา ต้นแบบของทัศนศึกษาเพศชายเป็นต้นแบบที่เป็นบุคคลจริง และเป็นบุคคลในครอบครัวจึงทำให้สามารถแลกเปลี่ยนพูดคุย ให้คำแนะนำและคำปรึกษาจากการปฏิบัติพฤติกรรมได้โดยตรง

2. การใช้คำพูดชักจูง การใช้คำพูดชื่นชมและส่งเสริมกำลังใจเป็นวิธีที่สามารถสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม อย่างไรก็ตามทัศนศึกษาหญิงไม่เคยได้รับคำพูดชักจูงให้กำลังใจหรือคำพูดที่ทำให้หมดหวังและน้อยใจจากเพื่อนและครอบครัว ในขณะที่ทัศนศึกษาชายมีครอบครัวให้กำลังใจและคอยเตือนไม่ให้รับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป

สำหรับแหล่งสนับสนุนที่ทัศนศึกษาขาด คือ การขาดประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนักที่ประสบความสำเร็จและขาดสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีความรู้สึกหิว จากความรู้สึกเหนื่อย และความรู้สึกอยากรับประทานหรือรับประทานอาหารจากความเคยชิน พฤติกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณมาก โดยมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารในปริมาณน้อยจะทำให้ไม่มีแรง นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกสนุกสนานเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับเพื่อน ทำให้ทัศนศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากขึ้น ประกอบกับความรู้สึกเสียดยอาหารร่วมกับความรู้สึกกลัวมารดาเสียใจ ทำให้ทัศนศึกษาต้องรับประทานอาหารที่เหลืออยู่จนหมด อีกประการหนึ่งคือความท้อแท้หมดหวัง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากการไม่มีความความคาดหวังและขาดความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักให้สำเร็จ (Bandura, 1997) ประกอบกับการมีข้อจำกัดเรื่องเวลา และสถานที่สำหรับออกกำลังกาย การขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย จึงทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักและต้องกลับมามีปัญหาพฤติกรรมตามปกติ

ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ หากทัศนศึกษาที่มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่ชัดเจน มีความมั่นใจ คือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีแหล่งสนับสนุนคือประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนักที่

ประสบความสำเร็จ ถึงแม้จะมีข้อจำกัดต่างๆ กรณีศึกษาจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้พบข้อจำกัดในการศึกษา ดังนี้

1. การนำผลการศึกษาไปใช้มีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกรณีศึกษาเท่านั้น
2. การนัดหมายเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการปรับเปลี่ยนตามความสะดวกของกรณีศึกษา ทำให้มีเวลาก่อนข้างจำกัด
3. แบบบันทึกข้อมูลการบริโภคและกิจกรรมของกรณีศึกษา มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ข้อมูลบางส่วนจึงไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง โดยการบริโภคอาหารให้มีการกระจายพลังงานเพื่อลดความรู้สึกลึกหรืออยากอาหาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักอาหารแลกเปลี่ยนและสมดุลพลังงาน การส่งเสริมให้รับประทานอาหารมื้อเช้าทุกวัน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับโรงเรียนและชุมชนการส่งเสริมการออกกำลังกายเช่น การจัดหาอุปกรณ์กีฬาที่หลากหลายและสถานที่ในการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีกลุ่มออกกำลังกายเป็นต้น
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการสัมภาษณ์บุคคลที่ใกล้ชิดกรณีศึกษา เช่น บิดา มารดา กลุ่มเพื่อน ครูอาจารย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามบริบทของการศึกษา

CASE STUDY: FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR IN LATE ADOLESCENTS WITH OVERNUTRITION

SUNEE TACHORUENGWIWAT 4937556 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (NURSING),
SATREERAT THADAKARN, Ph.D.(NURSING)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance**

Adolescence is a significant age with rapidly changes in the body weight, height, and body composition (Kunchalee Kakai, 1999). There are also changes in terms of physiology with increased function of endocrine glands, increased cell and tissue proliferation, more muscles and increased number of bone cells, thus enlarging body size and increasing body weight (Oabchoey Wongthong, 2541). The aforementioned physiological changes cause more nutrient requirements in adolescents. Appropriate food intake is a major factor promoting the functions of cells, tissues, and various organs, especially brain development, resulting in intellectual and learning readiness. Thus, nutritional imbalance can lead to health problems of various systems, including both psychological and intellectual problems.

Currently, over nutrition and obesity in adolescents is increasing worldwide both in developed and developing countries. It is consistent with studies in the USA and Thailand reporting that 1 out of 4 children will become over nutrition (Nuan-anong Boonjaroonsilp, 2003; Ogden, Carroll, Curtin, Lamb, & Flegal, 2010). According to a health and nutrition survey in the USA, it was found obese children always grow to be obese adults, and 10-20% of obese infants will become obese children. In addition, 40% of the obese children will be obese adolescents, and 75-80%

of the obese adolescents will be obese adults. These findings are in accordance with a national survey on food and nutrition conditions in Thailand in 2003 that reported in 2006 and found that Thai children aged 6-14 years and adolescents aged 15-19 years were obese with an increasing age at the rates of 5.4% and 12.9%, respectively (Health Department, 2003)

Changes in lifestyle with current environmental and socioeconomic condition make adolescents to consume food with more than requirement and food with high sugar and fat whereas their energy expenditures decrease, causing more problems on over nutrition and obesity (Umaporn Suthatvoravuth, 2007). Moreover, lack of regular exercise leads to health problems that can cause heart disease. Therefore, it is necessary to seriously solve this public health problem (Ministry of Public Health, 2004).

Factors associated with obesity and over nutrition are both genetic and environmental factors including child rearing behavior of the family and inappropriate food consumption behavior. Adolescents are likely to consume western foods including fast food, snacks, and sweetened beverages, making them more risks for obesity. In addition, most activities adolescents do with their friends tend to involve foods. Thus, adolescent dietary behaviors are highly influenced by peer groups as well as mass media. Dietary behaviors and habits in addition to family nurturing also contribute to adolescent over nutrition and obesity (Nuan-anong Boonjaroonsilp, 2003).

Impacts of over nutrition and obesity include both short and long term effects involving physical health problems like adults. The problems consist of snoring or sleep apnea, and diabetes resulting from insulin resistance that can cause deaths in adults. Approximately 22% of them die from ischemic heart disease. Moreover, excessive body weight contributes to bone disease and inflammation of joint (Ladda Mosuwan, 2004). Regarding the impacts on mental, emotional, and intellectual health, it may lead to anxiety, stress, and depression and affect learning performance because adolescence is an age for seeking self esteem, and peer admiration from the opposite sex, friends and society. For financial impacts, it was found that health care cost of complications of obesity in American adolescents aged 6-17 years increased from 35 million dollars in 1981-1997 to 127 million dollars in 1997-1999 (Pipop Jirapinyo,

2004). A previous international conference on obesity stated that complications of obesity could delay an economic growth of developing countries if the problem has not been taken into account. Also, obesity is a disease the World Health Organization (WHO) (WHO, 2007) has stated as a new serious epidemic affecting the medical care, public health, economic and social fields, while incurring high costs. Thus, it is necessary to promote nutritional health for adolescents to meet nutrient requirement and appropriate food consumption behavior following nutrition principles.

A role of community health nurse practitioners is to consistently promote food consumption behavior and prevent complications of over nutrition in adolescents by supporting them to have self efficacy with appropriate food intake of low fat and energy. Since food consumption behavior is a complex issue, it is necessary to gain in-depth understanding by using case study then develop approaches to behavioral modification as appropriate for the adolescents with over nutrition.

Objectives

To describe food consumption behavior according to expectation and self confidence for weight control in late adolescents with over nutrition.

Expected Benefits

1. Understanding of food consumption behavior of late adolescents with over nutrition.
2. Results from this study can be used to promote food consumption behavior as appropriate for the late adolescents with over nutrition.

Conceptual Framework

This study used the Bandura's Self-Efficacy theory (1997) as a conceptual framework. The theory consists of two major components: 1) perceived self efficacy is the adolescents' decision for weight control, and 2) outcome expectation is practices for weight control following desired expectation.

Methods

This study used a case study design conducted in Grade 12 overweight students in a high school in the Lardkrabang District, Bangkok, under supervision of the Department of General Education, Ministry of Education

The two cases were selected including one female and one male student who had body mass index (BMI) between 23-24.9 kg/m². Participation of the study was consented from the cases and their guardians.

Data Collection and Data Analysis

After receiving approval from the Ethical Committee for Research involving Human Subjects, Faculty of Medical Science, Ramathibodi Hospital, the researcher coordinated with school administrators and the home room teacher for the selection of the two cases according to the inclusion criteria. Data were collected by measuring body weight and height, and calculated for the BMI. Next, the researcher clarified information and details for the record of personal data and the food intake record form. Personal clarification required a period of 5-10 minutes per case and the cases were instructed to record their food intake for one week. Then, the researcher made appointments with each case for interviews at one-week intervals for approximately 30-45 minutes each in individual in-depth interviews regarding food consumption behaviors based on expectation and self confidence for weight control. Data were then transcribed and analyzed by content analysis. Data from observation and records as well as demographic data were used for presentation and discussion of the findings.

Results and Discussion

Results consist of three parts, including 1) personal and family information; 2) food consumption behavior; and 3) expectation, self confidence, and resources supporting confidence for weight control.

Personal and family information

The two cases were one female and one male aged 18 years old. Their body weights were 65 kgs and 77 kgs, respectively. Their body heights were 163

cms and 177 cms, respectively. The nutrition assessment revealed that they were overweight (BMIs were 24.52 kg/m² and 24.57 kg/m²).

Their families were nuclear family. Both cases lived with their mothers. Their parents' educations were high school and bachelor degree. The parents worked as government's officers and traders. Financial statuses of the family were fair to rather good with good health status. The mothers cooked food and sometimes purchased dished food or ready cooked food. The cases and their mothers were rather fat.

Food consumption behavior

Overall, food consumption behavior of the cases included a preference of meat, fried food or stir fry food, no vegetable and fruits. They had high volume of food repeatedly, selected food per their preference, had carbonated drink, fast food, and desserts. The mothers mostly cooked food for them, but sometimes purchased ready cooked food for their meals.

The results revealed that the cases used to control their body weight but had no success. Therefore, they practiced as usual behavior with no control. Their food consumption behavior included food containing high fat, sweet food, and snacks. They also skipped breakfast. It was found that when they were on weight control, they reduced fat and starchy food, and sweet foods, as well as snacks. Also, they did not have dinner and supper. In stead, they had supplementary diet and read nutritional labels in order to control their energy intake along with exercise. However, they could not regularly control their body weight.

Expectation, self confidence, and resources supporting confidence for weight control

Results showed that the cases had expectation for weight control only for maintaining their body weight. Moreover, they did not have self confidence for reducing or controlling their weight. This can be explained by the Bandura's self efficacy theory (Bandura, 1997) that the cases had resources supporting their confidence including role model and verbal persuasion; however, they lacked of successful experience and physical and emotional status.

In this study, the resources supporting self confidence for weight control are as follows.

1. Role model: the cases had their role model. The role model of the female case was a Japanese teen modeling with body image as a motivation as she liked to be good looking, good body shape, and confidence for dressing that attracted other people's interest. While the role model of the male case was his father. He liked to be healthy like his father who could have verbal exchange, and suggest him directly for behavioral practice.

2. Verbal persuasion: Verbal persuasion can provide support to enhance perceived self efficacy that affected behaviors of the cases. However, the female case had no experience receiving verbal persuasion, while the male case had verbal support from his family.

However, the cases lacked resources supporting self confidence for weight control including successful experience in weight control, and physical and emotional status. The cases felt hungry with appetite or familiarity with eating, missing food, being concerned about their mother who cooked food for them, and their peers who frequently ate with them, thus making them eating more foods. The cases also expressed their discouragement due to lack of expectation and self confidence for weight control (Bandura, 1997). Other limitations were lacks of time, place, and peers to exercise with, resulting in unsuccessful weight control.

Therefore, in this study if the cases had an explicit outcome expectation, had confidence that is perceived self efficacy, and supporting resources including successful experience for weight control, they would have been able to control their weight even though they had some limitations.

Limitations

This study encountered the following limitations:

1. Generalization is limited only for cases with the same characteristics as the cases in this study.

2. Appointments for in-depth interviews were changed following the cases' convenience. Therefore, time duration of interviews was rather limited.

3. Record forms for food and activity of the cases consisted of details; therefore, information was partly incomplete.

Recommendations

Results from this study had the following recommendations:

1. Self confidence for continuous weight control should be promoted among adolescents. Food consumption with energy distribution in order to decrease their appetite and hunger along with providing information regarding food exchange and energy balance, and promoting breakfast consumption is also recommended. In addition, a suggestion is that community health nurse practitioners could coordinate with school and community to promote exercise, for example, providing various equipments and places for exercise as well as group exercise for adolescents.
2. A next study could interview cases' parents, peer group, and teachers in order to gain information that covers the context of the study.

รายการอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานการสำรวจภาวะทางด้านอาหารและโภชนาการของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547ก). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น. กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547ข). สถิติสภาวะโภชนาการเกิน. กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547ค). ความสำคัญของภาวะโภชนาการเกินในวัยรุ่น. กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547ง). การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). ชงโภชนาการและโภชนบัญญัติ 9 ประการ. กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2540). การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกาย. สำนักนโยบายและวางแผนการออกกำลังกาย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ระดับความต้องการพลังงานของประชากรแต่ละวัย. กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). อิทธิพลที่มีต่อการบริโภคอาหารของวัยรุ่น. กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารจานเดียว. กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2553. จาก <http://nutrition.moph.go.th/Html/oneplate.html>
- กมลพรรณ เมฆวรรุติ, อัมพร ชัยศิริรัตน์. (2544). คลินิกคนอ้วน. กรุงเทพฯ: อัลฟ่าพับลิชิ่ง จำกัด.
- กานธิดา ตันวัฒนถาวร. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณิ คำชาย. (2540). จิตวิทยาแนะแนวเด็กวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

- บุญชลิ คำชาย. (2542). *จิตวิทยาแนะแนวเด็กวัยรุ่น*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.
- ฉันทน์ ทรุฑกุล. (2549). *คู่มือดูแลสุขภาพหัวใจ*: รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสพล รินทระ. (2547). *แนวทางแก้ไขโภชนาการในวัยรุ่น*: รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. (2550ก). การรักษาโรคอ้วน. *Jornal of Nutrition Association of Thailand*, 1 (4): 24 - 29.
- จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. (2550ข). *เทคนิคการกินไม่ให้อ้วน*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ ดอกหญ้า.
- ชญาดา แสนสิริวงษ์, จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. (2550). โภชนาการในวัยรุ่น. *คลินิก*, 1 (7): 563 – 567.
- ฉกาจ ผ่องอักษร. (2547). *นักกำหนดอาหารกับการส่งเสริมและป้องกันโรค*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โนเบิล.
- นพวรรณ เปียชื่อ. (2551). การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชัยจิราและอรุณศรี เตชะหงส์ (บรรณาธิการ). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพานิช จำกัด.
- นพวรรณ เปียชื่อ, ดุชนิ ทศนาจันทธานี, สุมาลี กิตติภูมิ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, อรวรรณ ศรียุคต ศุทธ, วาสนา รวยสูงเนินและคณะ. (2549). *ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดเกี่ยวกับอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลในสถาบันพยาบาลต่าง ๆ*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ.
- นพวรรณ เปียชื่อ, สุรดา ฤทธิสิงห์, ประไพศรี ศิริจักรวาล, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ, จินตนา ศิริวรราชัย, สุรัตน์ โคมินทร์. *คู่มือการบริโภคอาหารจานเดียว*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริษัท จุดทอง จำกัด.
- นวลอนงค์ บุญจรรณศิลป์. (2545). *โภชนาการกับสภาวะสุขภาพ*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- เนตรนพิศ ชีวันชัย. (2550). *โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บุญศิริการพิมพ์.
- ประสงค์ เทียนบุญ. *ความต้องการสารอาหาร*. หน่วยโภชนศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2551. จาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/nutrition/DATA/common/nutritionrequirement/1.pdf>.
- พิภพ จิริถัญญ. (2547). *โภชนาการก้าวหน้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนงค์การพิมพ์.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2550ข). *การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2551. จาก <http://www.thainhf.org>.

- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2550ก). *โรคอ้วนในเด็ก การประเมินภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน*. เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2551. *Fact Sheet No.3*. จาก <http://www.thainhf.org>.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2549). *ลดความอ้วนด้วยการกิน*. เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2553. จาก <http://www.elib-on line.com>
- ทัศนีย์ ลิ่มมันเจริญ. (2535). *จิตวิทยาวัยรุ่น*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2547). *การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโนเบิล.
- รุจิรา สัมมะสุต. (2541). *หลักการปฏิบัติด้านโภชนบัญญัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2547). *โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- สมาคมกำหนดอาหาร. (2547). *นักกำหนดอาหารกับการเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรค*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโนเบิล.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). *ยาลดความอ้วน*. กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ เจริญยิ่ง, วรณิกา อัสวชัยสุวิกรม, สุวรรณา จันทรประเสริฐ (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปราจีนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วินัส ลิพหกุล. (2545). *โภชนศาสตร์ทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บุญศิริการพิมพ์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2549ก). *ลดน้ำหนักอย่างยั่งยืน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อัลเลอร์ ฮาร์โมนี จำกัด.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2549ข). *อ้วน*. เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2553. จาก <http://www.elib-on line.com>.
- อบเชย วงศ์ทอง. (2541). *โภชนศาสตร์ครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อิสราภรณ์ รัตนโกศลกันท์. (2550). *แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดสูง*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุมาภรณ์ สุทัศนวีรุฒิ. (2550). โรคอ้วนในเด็ก. *Jornal of Nutrition Association of Thailand*., 1 (4): 36 - 39.
- เอกอาภา มังกรพิสมัย. (2542). การบริโภคอาหารของนักเรียนวัยรุ่นพื้นฐานคหกรรมศาสตร์ในเขต กรุงเทพมหานครแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ โดยใช้แบบสอบถามความถี่อาหารบริโภคทั้งปริมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adolescence Health and Development. Nutrition in adolescence. (WHO 2007). child-adolescence-health.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New york: W.H. Freeman.
- Cirozz S, Summerell C, Cammeron, P G lasziou. (2002). Advice on low-fat diets for obesity.
- Hammond, K.A. (2000) .*Dietary and Clinical assessment*. In L.K. Mahan,S&Escott-Stump(eds),*Krause'Food,Nutrition,& Diet Therapy* (10th ed.). Philadelphia:Sanders.
- Lloyd, J. K. & Wolff, O. H. (1999). *Overnutrition and obesity in childhood prevention of adult health problem*. USA : Unicef.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., Lamb, M. M., Flegal, K. M. (2010). Prevalence of high body mass index in US children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 303 (3), 242-249.
- Piaseu, N., Belza, B., & Mitchell, P. (2001). Testing the effectiveness of an osteoporosis educational program for nursing students in Thailand. *Arthritis Care and Research*, 45 (3), 246-251.
- Matukul, R., (2004). *Appication of self-efficacy theory and group process in weight management among overnutrition adolescents*. Thesis. faculty of nutrition. Mahidol Univercity
- Shaw K, Rourke P, Del MarC, Kenardy, J.(2005). Phycological intervention for overweight or obesity. study design of Meta-analysis. Retrieved March 25, 2008, from <http://www.guideline.gov/index.asp>
- Shaw K, Gennat H, Rourke P, Del Mar C. (2006). Exercise for overweight or obesity: study design of RCT. Retrieved January 31, 2008, from <http://www.guideline.gov/index.asp>.
- The Asian Food Information Center (AFIC, 2002). *ลดความอ้วนด้วยการกิน*. เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2553. จาก <http://www.elib-on line.com>

Zahner, L., Puder, J.J., Roth, R., Schmid, M., Gludimann, R., Pühse, U., et al. (2006). A school-based physical activity program to improve health and fitness in children aged 6 – 13 years (“Kinder-Sportstudie KISS”): study design of a randomized controlled trial, *BMC Public Health*, 6:147. Retrieved April 5, 2008, from <http://www.biomedcentral.com/1472-2458/6/147>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันนักเรียนอายุ ปี วัน/เดือน/ปี เกิด เพศ.....
2. น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร
3. ปัจจุบันนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร.....
4. บิดาของนักเรียนประกอบอาชีพ การศึกษาของบิดา.....
5. มารดาของนักเรียนประกอบอาชีพ การศึกษาของมารดา.....
6. นักเรียนมีพี่น้องทั้งหมด คน นักเรียนเป็นบุตรคนที่..... ของครอบครัว
7. นักเรียนมีโรคประจำตัวหรือไม่.....
8. นักเรียนได้รับค่าอาหาร/ค่าขนมจากผู้ปกครองวันละเท่าไร บาท
9. นักเรียนเคยมีน้ำหนักลดจำนวน..... กิโลกรัม ในช่วง.....เดือนที่ผ่านมา
- 10.นักเรียนเคยมีน้ำหนักเพิ่ม กิโลกรัม ในช่วง.....เดือนที่ผ่านมา
11. นักเรียนเคยควบคุมน้ำหนักโดยวิธี.....
- 12.นักเรียนรับประทานอาหารวันละกี่มื้อ.....
13. ในครอบครัวของนักเรียนใครเป็นคนทำอาหารให้รับประทาน.....
14. ส่วนใหญ่ผู้รับประทานอาหารที่ประกอบเอง หรือซื้ออาหารสำเร็จรูป.....
15. นักเรียนงดรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือไม่

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

1. นักเรียนชอบรับประทานอาหารประเภทใด.....
2. นักเรียนรับประทานอาหารวันละกี่มื้อ.....
3. อาหารที่นักเรียนชอบรับประทานซ้ำๆคืออะไร.....
4. นักเรียนรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ.....
5. นักเรียนมักรับประทานที่มีรสหวาน เช่น ขนมหวานหรือดื่มน้ำอัดลม.....
6. เครื่องดื่มที่นักเรียนดื่มเป็นประจำคือ นม นมเปรี้ยว.....
7. นักเรียนรับประทานอาหารประเภทปลาหรือเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน.....
8. นักเรียนดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์.....
9. นักเรียนชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติใด.....
10. นักเรียนรับประทานอาหารประเภททอด ผัดหรืออาหารที่มีกะทิ.....
11. นักเรียนสังเกตวันหมดอายุที่ฉลากข้างกล่อง กระป๋องหรือซองอาหารก่อนรับประทาน.....
12. นักเรียนมักรับประทานที่มีรสเค็มจัด
13. นักเรียนรับประทานอาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารแปรรูป.....
14. นักเรียนรับประทานอาหารจานด่วนเช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า.....
15. นักเรียนมักรับประทานอาหารนอกบ้าน.....

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมภายใน 1 วัน

แบบบันทึกการรับประทานอาหาร									
ชื่อ.....วันที่.....									
เวลา	มือ	กับใคร	ที่ไหน	อารมณ์	กิจกรรม	หิว (มาก น้อย)	อาหาร		
							ชนิด	ปริมาณ	พลังงาน
	เช้า								
	กลางวัน								
	เย็น								

Copyright by Mahidol University

(ดัดแปลงจาก จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2550ข)

ภาคผนวก ง

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. นักเรียนพักอาศัยอยู่บริเวณใด กับใครบ้าง ใครเป็นผู้ดูแลจัดหาอาหารให้
ลักษณะครอบครัวของนักเรียนเป็นอย่างไร ความสัมพันธ์ในครอบครัว รายได้ ความเป็นอยู่
โดยทั่วไปเป็นอย่างไร
2. กิจกรรมประจำวันของนักเรียนทำอะไรบ้าง ออกกำลังกายเป็นประจำหรือไม่
3. อาหารที่นักเรียนชอบรับประทานเป็นประจำคืออะไร
4. สุขภาพของนักเรียนเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไรกับสุขภาพของตนเอง
5. นักเรียนเลือกอาหารที่รับประทานสำหรับควบคุมน้ำหนักอย่างไร
6. นักเรียนมีแรงจูงใจหรือสิ่งที่ทำให้รู้สึกว่าอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ
ควบคุมน้ำหนักอย่างไร
7. นักเรียนปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรบ้างในเรื่องกิจกรรมด้านการ
บริโภคการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อการควบคุมน้ำหนัก รวมทั้งระยะเวลา
และความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรม
8. นักเรียนมีความรู้สึกอย่างไรกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก มี
ความมั่นใจมากน้อยแค่ไหนอย่างไรว่าจะเปลี่ยนแปลงได้
9. นักเรียนมีอุปสรรคอย่างไรบ้างในการควบคุมน้ำหนัก

10. นักเรียนมีเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักอย่างไร คิดว่าจะประสบผลสำเร็จ

หรือไม่

11. นักเรียนคิดว่ามี ใคร หรือ ปัจจัยด้านใดบ้างที่ช่วยให้การควบคุมน้ำหนักได้ผล

เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู แพทย์ พยาบาล

12. นักเรียนมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างในการควบคุมน้ำหนักให้

ประสบผลสำเร็จ

ภาคผนวก จ
ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	18 ปี	18 ปี
น้ำหนัก	65 kg	77 kg
ส่วนสูง	163 cm	177 cm
นักเรียนพักอาศัยอยู่กับ	มารดา	มารดา
อาชีพบิดา	รับราชการ	รับราชการ
ระดับการศึกษาบิดา	ปริญญาตรี	มัธยม 3
อาชีพมารดา	ค้าขาย	รับราชการ
ระดับการศึกษามารดา	มัธยม 3	มัธยม 6
จำนวนพี่น้อง	2	-
บุตรลำดับที่	คนที่ 1	คนเดียว
รายได้ในครอบครัว/เดือน	35,000 บาท	12,000 บาท
ค่าอาหารกลางวันที่ได้รับจากผู้ปกครอง/วัน	60 บาท	40 บาท
ปริมาณน้ำหนักที่ลดลงได้ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	2 kg ในเวลา 5 เดือนที่แล้ว	2 kg ในเวลา 2 เดือน 1 ปีก่อน
ลักษณะรูปร่างของนักเรียน	ท้วม	ท้วม
นักเรียนเคยควบคุมน้ำหนักโดยวิธีใด	ลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและอาหารที่มีรสหวาน การอ่านฉลากโภชนาการ การรับประทานอาหารเสริม การออกกำลังกาย	ลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมัน งดอาหารมื่อเย็น การออกกำลังกาย
ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว	มารดา	มารดา
จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน	3 มื้อ	3 มื้อ

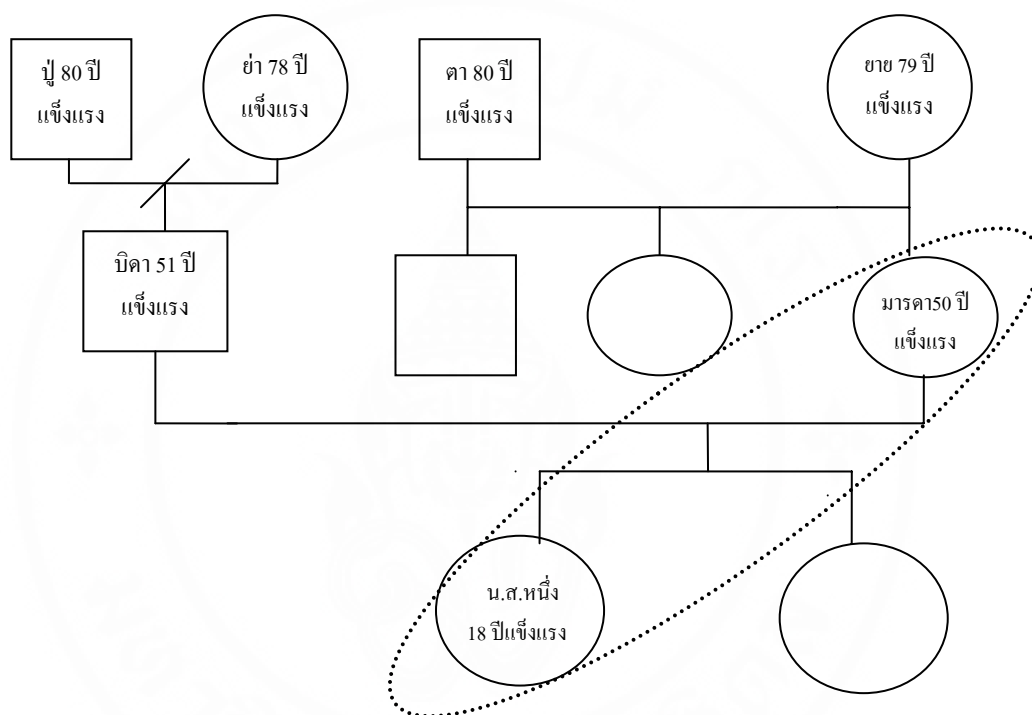
ภาคผนวก จ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

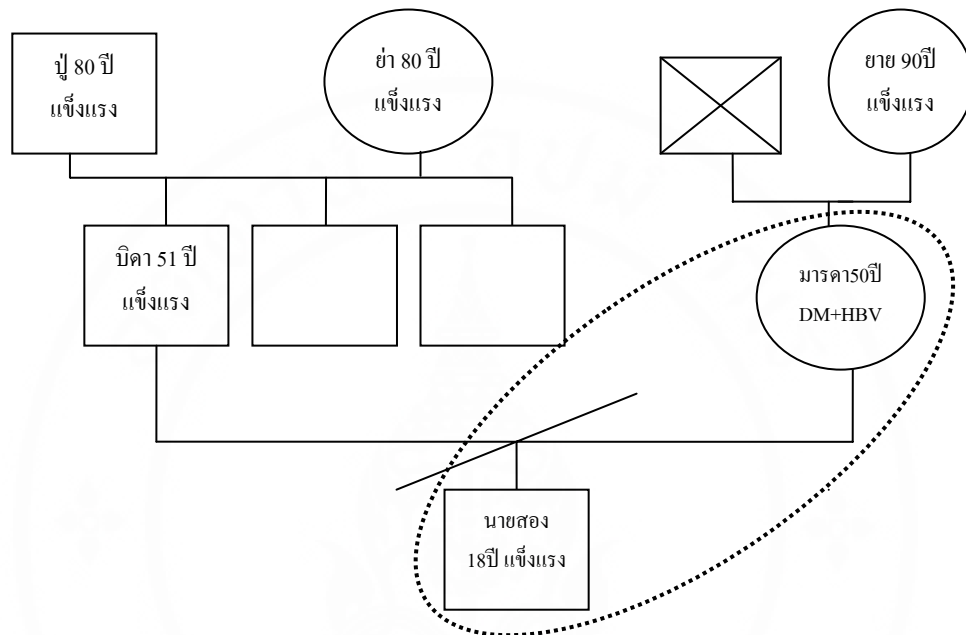
ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
โรคประจำตัว	ไม่มี	ไม่มี
นักเรียนรับประทานอาหารเช้าที่ประกอบเองหรือซื้ออาหารสำเร็จรูป	ปรุงอาหารรับประทานเองและซื้ออาหารสำเร็จรูป	ปรุงอาหารรับประทานเองและซื้ออาหารสำเร็จรูป
นักเรียนงดรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือไม่	ไม่มี	ปลาร้าและเนื้อวัว

ผังครอบครัว

ผังครอบครัว กรณีศึกษาที่ 1 น.ส.หนึ่ง



ผังครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 นาย.สอง



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล

นางสาวสุนีย์ เตโชเรืองวิวัฒน์

วัน เดือน ปีเกิด

11 เมษายน พ.ศ. 2520

สถานที่เกิด

อุดรธานี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล)

(พ.ศ. 2539-2542)

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2549 - 2552)

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สถานที่ปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

เลขที่ 2 ซ.ลาดกระบัง 15 ถ.อ่อนนุช-ลาดกระบัง

ลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ

ที่อยู่ปัจจุบัน

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

เลขที่ 2 ซ.ลาดกระบัง 15 ถ.อ่อนนุช-ลาดกระบัง

ลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

E-mail:

suneel1672@sanook.com