พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช

สุเนตรา นุ่นลอย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

.....

นางสาวสุเนตรา นุ่นลอย

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ปร.ด

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เติมศิริกุลชัย, ปร.ด

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์จีรันดา สันติประภพ, พ.บ. ,dip. American Sub-board of Pediatric Endocrinology

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิคส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษา ที่ โรงพยาบาลศิริราช

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2554

.....
นางสาวสุเนตรา นุ่นลอย
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทรโมลี,
ส.ด.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ลีระพันธ์,
ปร.ด
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เติมศิริกุลชัย,
ปร.ด
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์จีรันดา สันติประภพ,
พ.บ. ,dip. American Sub-board of Pediatric Endocrinology
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิคส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ลีหะพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจีรันดา สันติประภพ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น การปรับแก้ไขข้อบกพร่องของผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยสามารถแก้ไขและเกิดการเรียนรู้อันมีค่าที่นำไปใช้ในพัฒนาการเขียน ตลอดจนการได้รับกำลังใจรวมทั้งความช่วยเหลือที่เกิดขึ้นในทุกช่วงเวลาของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทรโมลี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เติมศิริกุลชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับแก้ไข เนื้อหาและรูปแบบที่เหมาะสมของวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านทั้งที่ได้อบรมวิชาความรู้ อันเป็นพื้นฐานความรู้ให้ผู้วิจัยมีความพร้อมในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกๆท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือมาเป็นผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ชีวิตอย่างละเอียด ในทุกแง่มุมที่ผู้วิจัยสอบถาม ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีความสุขในชีวิตตลอดไป

ในท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบนายสาธิต นุ่นลอย นางราตรี นุ่นลอย และทุกคนในครอบครัว ที่ได้ให้การอบรมเลี้ยงดู และกำลังใจที่ดีตลอดมา รวมทั้งนางสำรวย ระเวกโสม และครอบครัวที่การดูแลผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา และขอบคุณเพื่อนๆกัลยานิมิตร ทุกคนที่เป็นกำลังใจและให้การการช่วยเหลือผู้วิจัยในทุกเรื่องตลอดเวลาที่ศึกษา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุเนตรา นุ่นลอย

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลศิริราช
WEIGHT-CONTROL BEHAVIORS AMONG OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS AT SIRIRAJ HOSPITAL

สุเนตรา นุ่นลอย 4836103 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ปร.ด., ลักขณา เติมศิริกุลชัย, ปร.ด., จีรันดา สันติประภพ, พ.บ., dip. American Sub-board of Pediatric Endocrinology

บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ตลอดจนโรคแทรกซ้อนที่มากมายและร้ายแรง ภาวะอ้วนในเด็กไทยทั้งก่อนวัยเรียนและเด็กวัยเรียนมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น โดยเด็กและวัยรุ่นเหล่านี้จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนในอนาคต การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อความอ้วนและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะเข้ารับการรักษาในโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโครงการวิจัยของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักในโครงการวิจัยฯ จำนวน 24 ราย รวมทั้งผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน และ แพทย์ผู้ให้การรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ วิเคราะห์เนื้อหา จัดเป็นหมวดหมู่ และตีความหมาย ดึงสาระสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อพรรณนาและอธิบายถึง พฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนก่อนตัดสินใจการเข้ารับการรักษาในโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโครงการวิจัยฯ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตามระบบการรักษาของโรงพยาบาลศิริราช และ ปัจจัยในการควบคุมน้ำหนัก

ผลการวิจัย พบว่า เด็กและวัยรุ่นรับรู้ความอ้วนของตนเองว่าเป็นปัญหาหลังจากมีภาวะอ้วนมาแล้วช่วงเวลาหนึ่ง โดยมีปัจจัยร่วมที่สำคัญที่ทำให้ตระหนักต่อปัญหาคือ ความสวยงาม การล้อเลียนจากคนรอบข้าง และปัญหาสุขภาพ หลังจากนั้นก็มีการแสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่เป็นการจัดการปัญหาด้วยตนเอง เช่น ผู้ปกครองคอยตักเตือน หรือห้ามเรื่องกิน การควบคุมการกินและการออกกำลังกาย มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ารับการรักษาจากแพทย์ทันที เนื่องจากการมีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย เด็กและวัยรุ่นอ้วนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถจัดการกับภาวะอ้วนได้ด้วยตนเอง และบางคนก็มีโรคอื่นๆร่วมด้วย กระบวนการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชไม่เน้นเรื่องการให้ยา แต่เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผลการรักษา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดี เป็นกลุ่มที่ปฏิบัติได้ตามที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เนื่องจากเด็กตระหนักได้ด้วยตนเองและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนเป็นอย่างดี 2. กลุ่มที่ควบคุมน้ำหนักไม่สม่ำเสมอ พบว่า เด็กมีความตั้งใจในการควบคุมตนเองได้ดีมากในระยะแรก แต่ในระหว่างการควบคุมน้ำหนักมีเหตุปัจจัยเข้ามามีผลทำให้ไม่อาจควบคุมได้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เช่น การเรียน การสอบ ผู้ปกครองไม่สามารถพามาตามนัด และเด็กเกิดความรู้สึกท้อขึ้นมาเป็นครั้งคราว จากปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้การควบคุมน้ำหนักทำได้เป็นช่วงๆ และ 3. กลุ่มที่น้ำหนักเพิ่มขึ้น พบว่า ในระยะเริ่มต้น เด็กสามารถควบคุมตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่จากการที่เด็กมีลักษณะการพึ่งพิงผู้อื่นสูง ประกอบกับผู้ปกครองให้การสนับสนุนไม่ต่อเนื่องและจริงจัง ทำให้เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถปฏิบัติตามที่แพทย์ผู้ให้การรักษาแนะนำได้ จึงมีผลให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การควบคุมน้ำหนักได้ดีมากน้อยเพียงไรของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ขึ้นอยู่กับตนเองปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครองและทำหน้าที่อย่างจริงจังและต่อเนื่องด้วย ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวนี้สามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนโปรแกรมการให้การรักษาแก่เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน โดยเฉพาะแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้สุขศึกษาเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน รวมทั้งการปรับแผนการสร้างความร่วมมือจากผู้ปกครองเพื่อการส่งเสริมและป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก / เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

213 หน้า

Copyright by Mahidol University

WEIGHT CONTROL BEHAVIORS AMONG OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS AT SIRIRAJ HOSPITAL

SUNATTRA NUNLOI 4836103 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PRASIT LEERAPUN, Ph.D., LUKKHANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D., JEERUNDA SUNTIPRAPOP, M.D.

ABSTRACT

Obesity in children and adolescents has numerous physical and mental impacts and can result in many severe complications. Obesity in both Thai preschool and elementary school children has increased and this group of children are at risk of becoming obese adults in the future. The goal of this study was to assess overall perceptions about obesity, decisions to seek medical treatment, and weight control behaviors in obese children receiving medical treatment from the Weight Control Program at the Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. Descriptive qualitative research was employed and data collection was done by using in-depth interviews with 24 obese children and adolescents. The research includes interviews with the guardians of those obese children and adolescents, and the physicians who provided treatment for the sample patients. Data were analyzed by content analysis of tape records. Data were categorized and interpreted, and important issues were determined in accordance with the research objectives, in order to describe and explain the health service seeking behaviors of obese children and adolescents before making the decision to get medical treatment at the Weight Control Program. These weight control behaviors in accordance with the treatment system at Siriraj Hospital and the factors affecting weight control behaviors were the focus of this study.

The findings showed that the sampled children and adolescents perceived that their obesity was a problem after having been obese for a period of time. The important factors that created their awareness of this problem were their physical image, teasing by surrounding people, and various health problems. Solution-seeking then followed, where most of the samples managed the problems by themselves; their guardians reminding them to limit their food consumption, assisting with diet control and exercise, etc. Only a few obese children received medical treatment immediately due to health problems. The group of obese children and adolescents who received treatment at Siriraj Hospital were those who could not manage their problems by themselves. Some of them also had health problems. The treatment process at Siriraj Hospital did not focus on medication, but rather on the modification of food consumption behaviors, exercise, and close and regular counseling. There were three groups of treatment outcomes: 1) The group who had a 'good' level of weight control. This group complied strictly and continuously with the medical recommendations because the samples had self-awareness and received good support from their families and friends; 2) The group who controlled weight irregularly. This group had a high level of intention to control themselves during the first period, but during the weight control period there were factors that made them unable to control their weight seriously and continuously. For example, guardians could not take their children to medical appointments, and once in awhile the children felt discouraged, which resulted in only periodic weight control; and 3) The group who gained weight. This group could control their weight to some extent during the first period, but due to the high level of dependent characteristics of this group, coupled with the inconsistent support of guardians, this group of children did not comply with the recommendations made by the physicians, and therefore gained weight.

The research results revealed that successful weight control of obese children and adolescents depended largely on their practices. In addition, support from the childrens' guardians must be continuous and regular. Their body of knowledge can be utilized by improving the basic data of the treatment program for obese children and adolescents, specifically the behavioral modification program and health education activities, including improvement of plans for establishing cooperation from children's guardians in order to prevent obesity in children and adolescents.

KEYWORDS: WEIGHT CONTROL BEHAVIOR/OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS

213 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย	**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	**จ**
สารบัญตาราง	**ซ**
สารบัญแผนภาพ	**ฌ**
สารบัญแผนภูมิ	**ญ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
สรุป	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	**7**
2.1 ความรู้เรื่องโรคอ้วน	7
2.2 ระบาดวิทยาโรคอ้วน	25
2.3 พฤติกรรมในการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นและปัจจัยที่มีอิทธิพล	31
2.4 แนวคิดและทฤษฎี	37
2.5 งานวิจัยที่ใช้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนัก	39
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	**43**
3.1 พื้นที่ศึกษา	43
3.2 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล	47

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
3.4 การเก็บข้อมูล	49
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4 วิถีชีวิตของเด็กและวัยรุ่นอ้วนและการจัดการกับความอ้วน	**54**
บทที่ 5 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน ขณะเข้ารับการรักษา	**84**
บทที่ 6 การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	**113**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	**126**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	**150**
บรรณานุกรม	**179**
ภาคผนวก	**187**
ประวัติผู้วิจัย	**213**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	พื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน	56
4.2	สรุปพื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน	58
4.3	แสดงจำนวนสมาชิกและรายละเอียดของครอบครัวเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน	61
4.4	แสดงปัจจัยและเงื่อนไขของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่ทำให้รับรู้ว่าความอ้วนเป็นปัญหา	75
4.5	แสดงพฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน	83
5.1	แสดงข้อมูลเฉพาะของเด็กและวัยรุ่นขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช	92
5.2	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนในแต่ละกลุ่ม จำแนกตามอายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์น้ำหนักที่ควรจะเป็น	95
5.3	แสดงน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก	98
5.4	แสดงน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ	104
5.5	แสดงน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่น้ำหนักขึ้น	108
6.1	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอายุในแต่ละกลุ่มของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน	123

Copyright by Mahidol University

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
2.1	อัตราของการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนภายในเวลา 25 ปี ในประเทศต่างๆ	26
2.2	อัตราความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทย จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2529) และครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2538)	27
2.3	อัตราความชุกของโรคอ้วนในประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุในปี พ.ศ. 2534	28
2.4	ความชุก ภาวะผอม อ้วน เตี้ย ของเด็ก จากการสำรวจใน พ.ศ. 2544 แยกตามกลุ่มอายุ	29
2.5	การเปลี่ยนแปลงของเด็กไทย ในรอบ 5 ปี	29

Copyright by Mahidol University

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
2.1	กระบวนการแสวงหาบริการทางสุขภาพตามแนวคิดของไอกัน	20
2.2	กระบวนการแสวงหาบริการทางสุขภาพตามแนวคิดของแฟรบริกา	21
2.3	กระบวนการแสวงหาบริการทางสุขภาพ ตามความเข้าใจของผู้วิจัย	22
2.4	กรอบแนวคิดในการวิจัย	42
4.1	พัฒนาการเป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนของผู้ให้ข้อมูล	70

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

ในบทนำนี้ เป็นการนำเสนอรายละเอียดของเนื้อหาที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็นหัวข้อต่างๆ ตั้งแต่ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาว่าการศึกษาในครั้งนี้มีความน่าสนใจอย่างไรจึงทำให้ผู้วิจัยนำมาศึกษา เพื่อนำไปสู่การตั้งคำถามและวัตถุประสงค์ในการวิจัย และกำหนดขอบเขตการวิจัย พร้อมทั้งในนิยามคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการของการวิจัย พร้อมประโยชน์ที่คาดว่าจะรับจากการวิจัยในครั้งนี้ เนื้อหาโดยละเอียด ดังนี้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ. 2548 ประมาณการว่า ประชากรอย่างน้อย 300 ล้านคนทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหาภาวะอ้วน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 17.6 ล้านคน (WHO, 2004) และยังพบว่า เด็กที่อ้วนมีแนวโน้มเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้ ร้อยละ 30 และผู้ใหญ่ที่อ้วนจะมีช่วงอายุขัยที่สั้นลง (Marilyn,1992 : 285-286) จากการศึกษาของ แมร์รี่ และคณะ พบว่า เด็กและวัยรุ่นประเทศในเอเชียมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากกว่าเด็กและวัยรุ่นในประเทศในยุโรป (Mary C. et al.,2001 : 4-6) และพบความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้น เช่น ในประเทศสิงคโปร์ พบเป็นร้อยละ 10.5 ของวัยรุ่นผู้ชาย และร้อยละ 7 ของวัยรุ่นผู้หญิง (Chittchang U ,1999)

จากการสำรวจเด็กในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2544 พบว่า เด็กอายุระหว่าง 2-18 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 8.2 แต่กลุ่มที่พบเด็กมีภาวะอ้วนจำนวนมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 13-18 ปี ร้อยละ 8.6 รองลงมา เป็นเด็กในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 8.2 (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2548) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนในเด็กมากขึ้นนั้น เกิดจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการต่างๆซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีแหล่งการเข้าถึงที่ง่ายและมีความสะดวกสบายในการเลือกซื้อมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารฟาสต์ฟูด (ประณีต ผ่องแผ้ว, บรรณาธิการ, 2539 : 23) ประกอบ กับการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลง เนื่องจากต้องใช้

Copyright by Mahidol University

เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเรียน การทำงาน หรือการเดินทางในสภาพการจราจรที่ติดขัด การไม่ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย จึงทำให้เด็กวัยรุ่นส่วนมากไม่นิยมการออกกำลังกาย และปัจจุบันนี้ มีเครื่องใช้ผ่อนแรงมากมาย เช่น ลิฟ บันไดเลื่อน รีโมต และการใช้เครื่องจักรในการทำงาน ทำให้ประชาชนมีโอกาสในการใช้พลังงานในการทำงานน้อยลง ผลลัพธ์คือ การที่ร่างกายได้รับพลังงานเกินความต้องการ (ดุษณี สุทธปรียาศรี, 2527 : 519)

นอกจากนี้ภาวะอ้วนในเด็กทำให้เกิดผลกระทบ ตลอดจนโรคแทรกซ้อนที่มากมายร้ายแรงเหมือนในผู้ใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะทางเดินหายใจอุดตัน (วิชัย ตันไพจิตร , 2539) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกปีละ 17 ล้านคน และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น คาดว่าอีกประมาณ 15 ปี หรือในค.ศ.2020 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดราว 25 ล้านคน โดยอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา 19 ล้านคน หรือ ร้อยละ 76 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด (www.Thaihealth.com) และข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด ติดอันดับ 1 ใน 3 สาเหตุหลักของการป่วยและตายของคนไทย ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 3-17 เท่าตัว ข้อมูลใน พ.ศ.2546 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้สูงถึง 40,092 ราย หรือชั่วโมงละ 5 คน

จากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วนที่เข้ารับการรักษาที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม จำนวน 125 คน ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2545 – 31 สิงหาคม 2549 เป็นเพศชาย 66 ราย เพศหญิง 59 ราย อายุเฉลี่ย 11.6 + 2.5 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 80 + 24.7 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 33.5 + 7.1 กิโลกรัม/(เมตร)2 พบว่า มีจำนวน 4 รายเป็นเบาหวาน 33 รายมีระดับไขมันในเลือดสูง 45 รายเป็น Metabolic syndrome และ 25 ราย เป็นภาวะทางดินหายใจอุดกลั้น (Obstructive Sleep Apnea หรือ OSA) หลังจากการติดตามผลการรักษาตามกระบวนการของแพทย์ พบว่า มีจำนวน 64 ราย (ร้อยละ50) ที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงไปทางที่ดีขึ้น (นพ.ไพฑูรย์ กาพิน, 2549) แสดงให้เห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้นมีโอกาสลดน้ำหนักได้สำเร็จ การรักษาโรคอ้วน ประกอบด้วยการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง การควบคุมอาหารซึ่งเป็นหลักสำคัญในการรักษา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบการได้กำลังใจและความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องติดต่อกันไปค่อนข้างนาน ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก และรัฐบาลก็ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณเป็นจำนวนมากเช่นกัน

Copyright by Mahidol University

จากข้อมูลข้างต้น ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ประสบความสำเร็จและมีการเปลี่ยน แปลงไปทางที่ดีขึ้นมีเพียง ร้อยละ50 ของจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษา และผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆบางโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ตามมาอีกเป็นจำนวนมาก จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วนที่มารับการรักษาที่คลินิกแห่งนี้ เนื่องจากหากมีความเข้าใจในความคิดและกระบวนการตัดสินใจ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวแล้ว จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการปรับแผนสุขศึกษาเพื่อนำมาปรับใช้ในระบบการดูแลรักษาให้มีการลดน้ำหนักดีขึ้น และกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสามารถเรียนรู้ เข้าใจและปรับพฤติกรรมในการลดความอ้วนให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เป็นอย่างไร และสามารถปฏิบัติการควบคุมน้ำหนักได้เพียงไรเป็นไปตามการรักษาของแพทย์ได้หรือไม่ เพราะอะไร

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนก่อนตัดสินใจการเข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลศิริราช

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ตามระบบการรักษาของโรงพยาบาลศิริราช

3. เพื่อศึกษาปัจจัยในการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่มลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มน้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มน้ำหนักขึ้น

Copyright by Mahidol University

ขอบเขตของการวิจัย

1. ศึกษาเฉพาะกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโรงพยาบาลศิริราช ที่มีอายุระหว่าง 8-18 ปี เท่านั้น

2. ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งครอบคลุมในเรื่องกระบวนการคิดวิธีปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักตามที่ได้รับตามระบบการรักษาของโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโรงพยาบาลศิริราช และการกระทำด้วยวิธีอื่นๆที่แตกต่างออกไป และรวมถึงปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ

1. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน หมายถึง เด็กและวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 8-18 ปี ที่ได้รับการ ประเมินว่ามีน้ำหนักต่อความสูง (Weight for height) ≥ ร้อยละ120 ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น (ideal body weight)

2. รับรู้ หมายถึง ความคิด ความเชื่อที่เกิดขึ้นของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อให้หายจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการมีภาวะอ้วน

3. ตระหนัก หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่เกิดขึ้นของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เพราะได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อให้หายจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการมีภาวะอ้วน

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและการควบคุมน้ำหนักที่โรงพยาบาลศิริราชในการเลือกรับประทานและปริมาณของอาหารในแต่ละวัน ตามคำแนะนำของแพทย์และนักโภชนาการที่กำหนดให้ของแต่ละคนเพื่อการลดและควบคุมน้ำหนัก คือ ลดปริมาณอาหารให้น้อยลงกว่าความต้องการของร่างกาย 250-500 กิโลแคลอรี่ต่อวัน

Copyright by Mahidol University

5. พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักที่โรงพยาบาลศิริราชในแต่ละวันเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายของร่างกาย โดยต้องทำกิจกรรมต่อเนื่องเป็นเวลา 40 นาทีขึ้นไป เป็นประจำและสม่ำเสมอ

6. พฤติกรรมการมาพบแพทย์ หมายถึง การมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาตามวันที่ได้นัดหมายของเด็กและวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักที่โรงพยาบาลศิริราช พร้อมผู้ปกครอง

7. พฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างเป็นขั้นตอนของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน และผู้ปกครอง เพื่อให้ความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดจากความอ้วน หายไป ประกอบด้วย การหาข้อมูลของโรค การหาข้อมูลแหล่งการรักษา การประเมินวิธีการรักษา และการตัดสินใจรับการรักษา

8. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก หมายถึง เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักที่โรงพยาบาลศิริราชและได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้รักษาว่าสามารถลดน้ำหนักลงได้มากกว่า 2 กิโลกรัมขึ้นไปในระหว่างการโปรแกรม

9. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ หมายถึง เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักที่โรงพยาบาลศิริราชและได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้รักษา ว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นและลดลงประมาณ 1-2 กิโลกรัมในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

10. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่น้ำหนักขึ้น หมายถึง เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักที่โรงพยาบาลศิริราชและได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้รักษา ว่ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 2 กิโลกรัมขึ้นไปในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นกลวิธีทางสุขศึกษาที่เหมาะสมที่ช่วยในการลดน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนในอนาคตให้ได้ผลดีมากขึ้น

Copyright by Mahidol University

บทสรุป

จากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่า โรคอ้วนเป็นปัญหาใหญ่ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมาได้อีกมากมาย เพราะเป็นโรคที่รักษาได้ค่อนข้างยาก ต้องอาศัยการปรับพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ ทั้งเรื่องการกิน เรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่า ทั้งพฤติกรรมการกินและพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็กและวัยรุ่นในปัจจุบันนี้แตกต่างจากในอดีตมาก อาหารส่วนใหญ่ก็มีแต่มันๆทอดๆ มีส่วนประกอบของผักน้อยลง ประกอบกับการไม่ค่อยออกกำลังกาย เพราะไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ ไม่มีเพื่อน ทำให้เด็กและวัยรุ่นห่างการออกกำลังกายออกไปทุกที ส่งผลให้ไม่สามารถลดและควบคุมน้ำหนักได้

ดังนั้น การเข้าใจถึงบริบทของปัญหาที่มีผลต่อการลดและควบคุมน้ำหนักที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดนั้นจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาปรับเพื่อคิดหากลวิธีทางสุขศึกษาที่เหมาะสมในการลดและควบคุมน้ำหนักให้ได้ผลแก่เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนต่อไป

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาถึงกระบวนการคิดและพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคอ้วน ที่เข้ารับการรักษาตามระบบการรักษาของแพทย์ โรงพยาบาลศิริราช นั้นผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างกรอบความคิดการวิจัยที่ชี้นำประเด็นสำคัญในการศึกษา ซึ่งได้ข้อสรุปตามประเด็นต่อไปนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคอ้วน

2.1.1 โรคอ้วน

2.1.2 พฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพและกระบวนการตัดสินใจ

2.1 ระบาดวิทยาโรคอ้วน

2.3 พฤติกรรมในการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นและปัจจัยที่มีอิทธิพล

2.4 แนวคิดและทฤษฎี

2.5 งานวิจัยที่ใช้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนัก

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เรื่องโรคอ้วน

2.1.1 โรคอ้วน (Obesity)

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ประกาศว่า น้ำหนักเกินมาตรฐาน หรือ โรคอ้วน เป็นโรคที่มีการสะสมของไขมันในร่างกายที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเพราะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โรคอ้วนยังส่งผลให้เป็นแหล่งของโรคมากมาย

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2530 : 12-13) ได้สรุปว่า ภาวะอ้วน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ โดยการสะสมของไขมันใต้

Copyright by Mahidol University

ผิวหนัง ซึ่งอาจวัดได้โดยเครื่องมือวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง หรือเมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักกับน้ำหนักมาตรฐานของคนที่มีอายุและความสูงเดียวกัน และน้ำหนักเกินมาตรฐานปกติไปร้อยละ 20 หรือเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักและส่วนสูงตามมาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชากรไทย อายุ 1 วัน- 19 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530 แล้วอยู่ในเปอร์เซนไทล์ตั้งแต่ 97 ขึ้นไป

ดุษณี สุทธปรียาศรี (2527: 516) กล่าวว่า โรคอ้วน หรือ Obesity คือ ภาวะที่ร่างกายมีเนื้อเยื่อไขมันสะสมไว้เกินปกติ จนทำให้มีพยาธิสภาพ หรือโรคมากกว่าคนปกติ และมีอายุสั้นกว่าคนปกติ โดยมีดัชนีที่บอกภาวะอ้วนที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุด คือ ร้อยละ 120 หรือ 1.2 เท่าของน้ำหนักที่ควรจะเป็น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า โรคอ้วน หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีน้ำหนักเมื่อเปรียบเทียบกับความสูง พบว่าเกินกว่าที่มาตรฐานกำหนดไว้ จนทำให้เกิดความลำบากและโรคมากมายแก่บุคคลนั้น ซึ่งการประเมินภาวะอ้วนนั้นจากการศึกษาพบว่ามีการประเมินภาวะอ้วนไว้ ดังนี้

การประเมินภาวะอ้วน

ปัจจุบันนี้ การประเมินภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนนั้น มี 3 วิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไป ได้แก่

1. การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เป็นวิธีที่ง่าย มีค่าใช้จ่ายน้อยมาก โดยน้ำหนักนอกจากจะแปรตามมวลไขมันแล้วยังขึ้นอยู่กับความสูง จากนั้นนำน้ำหนักและส่วนสูงมาเปรียบเทียบกันเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากการรวบรวมน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กที่ได้รับอาหารและการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม อาศัยอยู่ในแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยบ่อยและสามารถเติบโตได้เต็มศักยภาพตามกรรมพันธุ์ (full growth potential) ใช้เครื่องมือวัดและวิธีวัดมาตรฐาน และมีจำนวนเด็กแต่ละกลุ่มอายุและเพศที่มากพอ เกณฑ์อ้างอิงแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 เกณฑ์อ้างอิงที่เป็นมาตรฐานในการประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กระหว่างประเทศต่างๆ ซึ่งองค์การอนามัยโลก แนะนำให้ใช้เกณฑ์อ้างอิงของศูนย์สถิติสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Center for Health Statistic หรือ NCHS) กับเกณฑ์อ้างอิงระหว่างประเทศ

1.2 เกณฑ์อ้างอิงท้องถิ่น (local reference) เป็นเกณฑ์อ้างอิงที่แต่ละประเทศจัดทำขึ้นเอง เพื่อใช้ในการประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของประชากร

Copyright by Mahidol University

ในประเทศ ซึ่งมีข้อดีตรงที่สามารถขจัดปัญหาทางพันธุกรรมหรือเชื้อชาติได้ แต่ข้อด้อย คือ ไม่สามารถเปรียบเทียบกับนานาชาติได้ ภายใต้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต องค์การอนามัยโลก เสนอให้ใช้ค่าที่เบี่ยงเบนต่ำกว่ามัธยฐาน (median) มากกว่า 2SD (<- 2SD) เป็นค่าที่แสดงการมีปัญหาภาวะโภชนาการขาด ในทางตรงกันข้ามค่าที่เบี่ยงเบนสูงกว่าค่ามัธยฐาน (median) มากกว่า 2 SD (>+ 2 SD) เป็นค่าที่แสดงการมีปัญหาภาวะโภชนาการเกิน การประเมินภาวะขาดอาหารและประเมินภาวะโภชนาการเกินและอ้วน มีอยู่ 3 ดัชนี (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ได้แก่

1.2.1 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักเป็นผลรวมของน้ำหนักกล้ามเนื้อ ไขมัน น้ำ และกระดูก เมื่อมีการขาดสารอาหารในระยะแรก น้ำหนักตัวจะลดลงก่อนที่จะมีการชะงักของการเพิ่มส่วนสูง ดัชนีประเภทนี้มีข้อจำกัดตรงที่ไม่สามารถแยกแยะได้ระหว่างการขาดสารอาหารแบบฉับพลันและแบบเรื้อรัง

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ

น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์	>+ 2 SD
น้ำหนักค่อนข้างมาก	>+ 1.5 SD ถึง + 2 SD
น้ำหนักตามเกณฑ์	- 1.5 SD ถึง +1.5 SD
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	<- 1.5 SD ถึง – 2 SD
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	<- 2 SD

1.2.2 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสะท้อนให้เห็นถึงภาวะโภชนาการในระยะยาว เด็กที่ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอเป็นเวลานานและ/หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ ส่งผลให้การเจริญเติบโตของกระดูกสันหลังชะงัก เด็กจะตัวเตี้ยกว่าเด็กรุนราวคราวเดียวกัน ดัชนีประเภทนี้เหมาะสำหรับการขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สูงกว่าเกณฑ์	>+ 2 SD
ค่อนข้างสูง	>+ 1.5 SD ถึง + 2 SD
ส่วนสูงตามเกณฑ์	- 1.5 SD ถึง +1.5 SD
ค่อนข้างเตี้ย	<- 1.5 SD ถึง – 2 SD
เตี้ย	<- 2 SD

Copyright by Mahidol University

1.2.3 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เป็นดัชนีที่สะท้อนให้เห็นภาวะโภชนาการในปัจจุบัน เหมาะสำหรับการประเมินภาวะขาดสารอาหารอย่างฉับพลัน ที่ทำให้มีน้ำหนักลดลงและมีภาวะผอม โดยจะใช้ดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุร่วมกับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงในการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก เพื่อที่จะแยกแยะได้ว่า เด็กนั้นมีส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เตี้ย หรือเป็นไปตามเกณฑ์หรือสูงกว่าเกณฑ์ และมีน้ำหนักสมส่วนกับส่วนสูงหรือไม่

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	
อ้วน	>+ 3SD
เริ่มอ้วน	>+ 2 SD ถึง + 3SD
ท้วม	>+ 1.5 SD ถึง + 2 SD
สมส่วน	- 1.5 SD ถึง +1.5 SD
ค่อนข้างผอม	<- 1.5 SD ถึง – 2 SD
ผอม	<- 2 SD

2. ดัชนีมวลกาย หรือ Body mass index (BMI, Quetelet index) (www.who.int) นิยมใช้สำหรับเด็กอายุ 2-18 ปี และมีแนวโน้มจะใช้ในเด็กมากขึ้น ค่าดัชนีมวลกายคำนวณได้ดังนี้

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}}$$

ขณะนี้ยังไม่มีเกณฑ์อ้างอิง BMI สำหรับเด็กไทย จึงเปรียบเทียบโดยใช้ค่าอ้างอิง BMI ตามอายุและเพศของ

2.1 องค์การอนามัยโลก ค่า BMI $\geq$ +1 SD และไม่เกิน +2 SD เป็นภาวะน้ำหนักเกิน และค่า BMI $\geq$ +2 SD เป็นโรคอ้วน

2.2 การศึกษาอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC), การศึกษาของ Himes, Dietz, Must และคณะ (Lender CM, Hoppin AG.,2003: 917-934) กำหนดค่า BMI $\geq$ P 85th แต่ < P 95th เป็นภาวะน้ำหนักเกิน และค่า BMI $\geq$ P 95th เป็นโรคอ้วน สำหรับผู้ใหญ่ชาวเอเชีย ดัชนีมวลกายปกติเท่ากับ 18.5-22.9 กก./เมตร^2 ถ้ามีค่าตั้งแต่ 23 กก./เมตร^2 ขึ้นไปถือว่า น้ำหนักตัวเกิน (overweight) และตั้งแต่ 30 กก./เมตร^2 ขึ้นไปถือว่าอ้วน (Mei Z, et al 2002: 978-985 และ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH, 2000 : 1240-1243)

Copyright by Mahidol University

3. การประเมินภาวะอ้วนด้วยวิธีการอื่นๆ (Forbes GB, 1990:7-12) ประกอบด้วย 4 วิธี คือ

3.1 การใช้ Dual-energy X-ray Absorptionmetry (DXA) เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กันในปัจจุบัน เป็นการตรวจร่างกายโดยใช้รังสีแกมมา 2 ชุดที่มีพลังงานต่างกันในเวลาเดียวกัน เนื้อเยื่อชนิดต่างๆ ในร่างกายจะสามารถดูดซับรังสีได้แตกต่างกัน การประมวลผลจะได้เป็นปริมาณแร่ธาตุชนิดต่างๆ เช่น มวลไขมัน และเนื้อเยื่อของร่างกาย แต่เนื่องจากการส่งตรวจยังมีราคาแพงจึงไม่เหมาะที่จะใช้เป็นการตรวจประจำ (Routine) ทางคลินิกได้

3.2 การวัดความหนาแน่นของร่างกาย (body density) เป็นวิธีที่ใช้การชั่งน้ำหนักตัวในอากาศ และขณะอยู่ใต้น้ำ (under water weighting) และคำนวณค่าได้เป็นมวลไขมัน (fat mass) และมวลของร่างกายที่ไม่ใช่ไขมัน (fat-free mass) วิธีนี้เป็นวิธีที่ยุ่งยาก ไม่สามารถใช้ทำการตรวจวัดในเด็กได้

3.3 Bioelectrical impedance analysis (BIA) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันในปัจจุบันอีกวิธีหนึ่ง โดยอาศัยหลักความแตกต่างในการนำไฟฟ้าของ lean tissue ซึ่งเป็นตัวนำไฟฟ้าที่ดี กับไขมันที่เป็นตัวนำไฟฟ้าที่เลว การตรวจด้วยวิธี BIA เชื่อถือได้ในคนที่มี สุขภาพปกติ อ้วนเล็กน้อยจนถึงอ้วนปานกลาง และคนที่ไม่มีปัญหา body water distribution แต่จะไม่เหมาะกับคนที่อ้วนมาก คนอ้วนที่กำลังลดน้ำหนัก หรือน้ำหนักเพิ่ม

3.4 การวัดความหนาแน่นของไขมันใต้ผิวหนัง (skinfold thickness) เป็นวิธีที่นิยมวัดกันทางคลินิก โดยตำแหน่งที่วัดคือ กล้ามเนื้อ triceps (กล้ามเนื้อบริเวณใต้ท้องแขน), biceps (กล้ามเนื้อบริเวณเหนือข้อศอก), sub scapular (กล้ามเนื้อบริเวณสะบัก) และ suprailiac (กล้ามเนื้อบริเวณเชิงกราน) และนำผลรวมของความหนาของไขมันใต้ผิวหนังทั้ง 4 แห่งมาแทนในสมการ จะได้ร้อยละของน้ำหนักตัวที่เป็นไขมัน (percent body fat) โดยตำแหน่งที่นิยมวัดมากที่สุด คือ triceps เพราะมีความสัมพันธ์สอดคล้องกันกับร้อยละของน้ำหนักตัวที่เป็นไขมันได้ดีพอสมควร แต่วิธีนี้ต้องการผู้วัดที่มีความชำนาญสูงที่จะวัดได้อย่างเที่ยงตรง อีกทั้งยังมีความแตกต่างระหว่างผู้วัดแต่ละคน ในคนที่อ้วนมาก ความคลาดเคลื่อนก็เกิดขึ้นมาก

สาเหตุของโรคอ้วน

สาเหตุของโรคอ้วน จำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ดังนี้ คือ

1. โรคอ้วนที่ไม่พบโรคอื่นเป็นสาเหตุ ส่วนใหญ่โรคอ้วนไม่พบโรคอื่นเป็นสาเหตุ แต่เกิดจากปัญหาพฤติกรรม ซึ่งพบว่า ปัจจุบันการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้จำนวนของคนที่เป็นโรคอ้วนมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจาก การบริโภคอาหารขยะ (junk food) หรืออาหาร

Copyright by Mahidol University

fast food มากขึ้น การใช้เวลาในการดูโทรทัศน์และการเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากขึ้น ประกอบกับการมีพื้นที่เดินเล่นน้อยลง (Dietz, 2005) แบ่งได้ดังนี้

1.1 การใช้พลังงานในชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม ผลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2 พบว่า เด็กและวัยรุ่นใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ในวันหยุดมากกว่าวันธรรมดา จากการสำรวจเด็กอายุ 1-5 ปี วันธรรมดาดูโทรทัศน์เฉลี่ย 1.5 ชั่วโมงต่อวัน แต่หากเป็นวันหยุดค่าเฉลี่ยของการดูโทรทัศน์จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.3 ชั่วโมงต่อวัน เด็กอายุ 6-9 ปี วันธรรมดาดูโทรทัศน์เฉลี่ย 1.9 ชั่วโมงต่อวัน ในวันหยุดค่าเฉลี่ยของการดูโทรทัศน์จะเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 ชั่วโมงต่อวัน และในกลุ่มอายุ 10-14 ปีก็เช่นกัน ที่มีค่าเฉลี่ยของการดูโทรทัศน์ในวันหยุดเพิ่มขึ้นเป็น 4 ชั่วโมงต่อวัน จาก 2.9 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา และปัจจุบันนี้ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมีความสำคัญต่อการใช้พลังงานของมนุษย์ เนื่องจากมีการผลิตเครื่องทุนแรงที่ทันสมัยหลายอย่าง มาช่วยในการดำเนินชีวิตให้สะดวกรวดเร็วมากขึ้น ประกอบกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็อาศัยเครื่องทุนแรงต่างๆ เช่น รถยนต์ เครื่องซักผ้า ลิฟ เป็นต้น ทำให้มนุษย์มีโอกาสใช้พลังงานได้น้อยลง ส่งผลให้มีการสะสมของไขมันในร่างกายมากขึ้น (ดุษณี สุทธปรียาศรี, 2532 :128) นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายน้อยก็ทำให้เกิดภาวะอ้วนได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่ได้รับประทานอาหารเข้าไปมาก

1.2 การบริโภค สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนในวัยรุ่นได้ง่ายมาจากการมีนิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานมากกว่าความต้องการของร่างกาย และอาหารนั้นมีแป้ง และไขมันมากเกินไป (Caterson, 1997 : 17) ประกอบการรับประทานอาหารของวัยรุ่น มักไม่ค่อยคำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่บริโภค โดยจะรับประทานอาหารที่ตนเองชอบเป็นหลัก นิยมอาหารแปลกๆ รสชาติใหม่ๆ บรรยากาศดีๆ ร้านอาหารนอกบ้าน (น้ำฝน ทองตันไตรย์, 2541) จากการสำรวจคนที่ใช้บริการอาหารจานด่วน พบว่า กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา อายุ 15-20 ปี และ 21-25 ปี เข้าร้านอาหารประเภทนี้ถึงร้อยละ 52 และ ร้อยละ 58 ตามลำดับ โดยนิยมเข้าร้านอาหารประเภทขนมโดนัทมากที่สุด รองลงมาคือร้านอาหารที่มีไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ สเต็ค พิซซา ซึ่งเป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้ง ไขมัน และน้ำตาล (พฤติกรรมการใช้บริการ, 2531) จากการสำรวจของกลุ่มผู้นำเยาวชนเพื่อผู้บริโภค พบว่าผู้ใช้บริการร้านอาหารจานด่วน ส่วนใหญ่คือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี โดยมีเหตุผลในการรับประทาน คือ พบปะสังสรรค์กับเพื่อน รสชาติอาหารอร่อย บริการที่ทันสมัย สะดวกรวดเร็ว (สารี อ๋องสมหวัง, 2539) การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับไขมันในเลือดกับอาหารที่บริโภคของวัยรุ่นอ้วน ในกลุ่มนักเรียนเพศชาย อายุระหว่าง 14-16 ปี ที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาที่ 4 และ 5 จำนวน 119 ราย ประกอบด้วยวัยรุ่นอ้วน 60 ราย วัยรุ่นปกติ 59 ราย ผลจากการศึกษาพบว่า วัยรุ่น

Copyright by Mahidol University

อ้วนบริโภคอาหารไขมันมากกว่า แต่บริโภคคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าวัยรุ่นปกติ และระดับไขมันในเลือดของวัยรุ่นอ้วนก็มีระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าวัยรุ่นปกติอีกด้วย (ปาริชาต กาญจนะ, 2538) ประกอบกับความกดดันทางอารมณ์ เช่น ปัญหาทางสังคม การบ้าน การเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเงิน ความสนใจที่ได้รับจากเพศตรงข้าม ล้วนมีผลต่อการเลือกอาหารและความอยากอาหารทั้งสิ้น เด็กวัยนี้จึงรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารแบบรีบร้อนเกินไป ดังนั้น บิดา มารดา ครูและผู้ใกล้ชิด ควรให้ความเห็นใจและเข้าใจ พร้อมทั้งการให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้หมดไป (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539)

1.3 บุคลิกภาพ ปัจจุบันนี้ยังไม่เป็นที่สรุปว่า บุคลิกภาพแบบใดโดยเฉพาะที่เป็นต้นเหตุให้เป็นคนอ้วน และในทางกลับกันก็ไม่พบว่า ความอ้วนเป็นต้นเหตุแห่งบุคลิกภาพแบบไหน แต่หากย้อนไปในอดีต ความเชื่อเดิมมีอยู่ว่า คนอ้วนจะมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น (dependent) (Frost R, et al. 1992 :113-121) เป็นคนขี้กลัว และพบว่าคนที่มีคะแนนสูงเวลาประเมินอาการซึมเศร้า จะเป็นคนที่อ้วนกว่าคนอื่นๆ (Pieto L. 1992 :745-753)

1.4 จิตวิทยาพัฒนาการ พบว่า เด็กที่ถูกทอดทิ้งให้ขาดในด้านต่างๆ โดยเฉพาะในเรื่องอารมณ์และการสัมผัสอย่างมาก (severe deprivation) เมื่อโตขึ้นจะกลายเป็นคนอ้วน และเด็กที่ถูกตามใจ เด็กที่ได้รับการประคบประหงมมาก (spoiled) หรือเด็กที่มีบุคลิกภาพแบบออรัล (oral personality) จะกลายเป็นคนอ้วนเช่นกัน หากมองในโครงสร้างของครอบครัว (family constellation) นักวิจัยพบว่า คนอ้วนมักมาจากครอบครัวที่มีแต่มารดาเพียงคนเดียว (single mother family) จากงานวิจัยหนึ่งพบว่า คนที่อ้วนนั้นมักมีการสูญเสียบิดา (Harman และ Polivy ,1987) พบว่า เด็กอ้วนมักจะกลายเป็นแพะรับบาปของครอบครัว หากเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ปกติทั่วไป เด็กอ้วนเหล่านี้มักจะเป็นคนที่ไม่เปิดกว้าง ไม่อบอุ่น หรือไม่มีความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนั้นความน่ารักน่าเอ็นดูของเด็กอ้วนมักจะทำให้คนอยากเข้าใกล้ หรือเข้ามาหยิกมาจับ Hammer พบว่า เด็กอ้วนมักได้รับขนมของกินประเภทลูกอมเสมอๆ (Lissau I, et al 1993 : 125-129)

1.5 จิตวิทยาสังคม พบได้บ่อยๆ ว่า คนอ้วนรู้สึกไม่มั่นคง (insecure) โดยเฉพาะในยุคหลัง ที่เริ่มมีการรณรงค์ให้ลดความอ้วนกันอย่างแพร่หลาย นอกจากสุขภาพจิตที่ไม่มั่นคงแล้ว คนอ้วนยังมีความรู้สึกไวเกิน (oversensitivity) ต่ออารมณ์และความรู้สึกต่างๆ แยกตัวเอง (isolation) แต่บางคนกลับปกปิดจุดอ่อนเหล่านี้ ด้วยการทำตัวตรงข้ามกับความรู้สึกลึกๆ ที่อยู่ภายในด้วยการทำสุดขั้ว เช่น เป็นที่สุดในหลายด้าน ทำตัวฉลาด ควบคุมอารมณ์ได้สุดยอด หรือไม่ก็แสดงความก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร (hostility) ในทางอ้อมไม่รู้ตัว

Copyright by Mahidol University

2. โรคอ้วนที่พบโรคอื่นเป็นสาเหตุ (สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และ พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, 2459 :16) โรคอ้วนอาจเป็นอาการแสดงของโรคบางอย่างแม้ว่าเป็นสาเหตุที่พบน้อยแต่ก็มีความสำคัญ ดังนี้ คือ

2.1 โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคที่ทำให้เกิดรอยโรคที่บริเวณ hypothalamus, craniopharyngioma, glioma ของ optic chiasm, pituitary tumor, pinealoma

2.2 โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น Cushing syndrome, polycystic ovary syndrome, hypopituitarism, hypothyroidism นอกจากนี้การใช้ยาคอร์ติโค-สเตียรอยด์ก็ทำให้อ้วนได้

2.3 กลุ่มอาการบางอย่าง เช่น กลุ่มอาการ Prader-Willi, Laurence-Moon-Biedl, Alstrom เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน (Dietz WH, 1998 :518-525 และ Styne DM, 2001 : 823-854)

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 2โรคอ้วนทำให้เมตาบอลิสมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ เกิดภาวะ hyperinsulinemia, insulin resistance และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 ในช่วงปี พ.ศ.2529-2538 เป็นร้อยละ 17.9 ในช่วงปี พ.ศ.2539-2542 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความชุกของโรคอ้วนในช่วงเวลาดังกล่าว (Likitmaskul S, 2003 :71-77)

2. ความผิดปกติของไขมันในเลือด (dyslipidemia) ที่พบในคนอ้วน ได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอล และ low –density-lipoprotien cholesterol มีระดับสูงกว่าปกติ high–density-lipoprotien cholesterol มักต่ำกว่าปกติ สาเหตุที่ไตรกลีเซอไรด์สูงเกิดจากภาวะอินสุลินสูง ร่วมกับการบริโภคอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง เนื่องจากโรคไขมันในเลือดสูงทำให้หลอดเลือดตีบตัน ดังนั้นโรคอ้วนจึงเป็นปัจจัย เสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

3. โรคความดันโลหิตสูง การศึกษาแบบ cross-sectional พบว่าโรคอ้วนเป็นสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงในเด็ก การศึกษาแบบติดตามระยะยาว เช่น Muscatine Study ซึ่งติดตามเด็ก 2,445 รายที่มีอายุ 7-18 ปี ไปจนอายุ 20-30 ปี พบว่าความดันโลหิตในวัยผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวและความดันโลหิตในวัยเด็ก (Lauer RM, et al., 1993 :23-40)

4. ความผิดปกติของกระดูกและข้อ น้ำหนักที่มากเกินไปทำให้กระดูกและข้อผิดปกติ เช่น bowed femur, bowed tibia, slipped capital femoral epiphysis อาการปวดเข่า ปวดข้อเท้า และปวดหลังพบได้เสมอในเด็กที่อ้วนมากๆ เมื่อเด็กเคลื่อนไหวได้ลำบากก็ทำให้ออกกำลังกายได้น้อยก็จะยิ่งส่งเสริมให้อ้วนมากขึ้น

Copyright by Mahidol University

5. ความผิดปกติของผิวหนัง บริเวณซอกคอ ด้านหลังของคอ รักแร้ ใต้ราวนม และข้อพับของเด็กที่อ้วนมากจะมีสีคล้ำหรือขรุขระ เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน เรียกว่า acanthosis nigricans นอกจากนั้นอาจมีการอักเสบและแผลเปื่อย บริเวณซอกคอ ใต้ราวนมขาหนีบ เนื่องจากอับชื้น ซึ่งอาการดังกล่าวจะดีขึ้นเมื่อลดน้ำหนัก

6. ความผิดปกติของระบบการหายใจ เด็กที่อ้วนมากมักหายใจเร็วและตื้น เพราะผนังทรวงอกมีไขมันมาก จึงทำให้ช่องอกขยายได้น้อย ร่วมกับไขมันบริเวณช่องท้องมากจึงทำให้กระบังลมเคลื่อนไหวได้น้อยกว่าปกติ การหายใจแบบเบาตื้นทำให้ปอดขยายได้น้อย เกิดการระบายอากาศออกได้น้อย และเนื้อปอดบางส่วนอาจแฟบได้ ทางเดินหายใจอาจเกิดการอุดกั้นได้ง่ายเวลานอนหลับ ทำให้เกิด obstructive sleep apnea ได้อีกด้วย

7. ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ นอกจากความผิดปกติของ ระดับอินสุลิน และภาวะต้านฤทธิ์ของอินสุลินเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังพบรายงานว่า เด็กอ้วนอาจมีความผิดปกติของระดับฮอร์โมนอื่นๆ เช่น prolactin, TSH และ androgen เป็นต้น

8. ความผิดปกติของตับ พบว่า คนอ้วนมีไขมันในตับมากผิดปกติและเกิดตับอักเสบได้ (non-alcoholic steatohepatiis, NASH) การศึกษาที่ทำอัลตราซาวด์ตับ พบภาวะนี้มากถึงร้อยละ 40 ของเด็กอ้วน ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้หากปล่อยไว้อาจกลายเป็น hepatic fibrosis และ cirrhosis ได้

9. สมรรถภาพในการทำงาน (physical working capacity) ลดลง จากการศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 11-12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการทำงานระหว่างกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการขาด โภชนาการเกิน และเด็กปกติ พบว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินมีความด้อยในสมรรถภาพของกิจกรรมทางกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือขา (เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว) การกระโดดไกล การสิทอัพ (sit up) สเต็บแดนซ์ (step dance) (Worawan Ng, 1993 :บทคัดย่อ)

10. ปัญหาทางจิตใจ โรคอ้วนทำให้เสียบุคลิกภาพและเป็นที่ล้อเลียน ดังนั้นจึงทำให้เด็กอ้วนเกิดปมด้อยและมีความกดดันทางจิตใจ เด็กอ้วนบางคนแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน มีปัญหาในการเข้าสังคม มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียน จากการศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในผู้ป่วยเด็กโรคอ้วน 26 ราย อายุ 10-15 ปี ที่มาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 27 มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มบำบัดที่เน้นให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักได้ดี โดยไม่สัมพันธ์กับเพศ ภาวะซึมเศร้า หรือความภาคภูมิใจในตนเอง (Hongsanguansri S et al. , 2003 :23-35)

11. โรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ เด็กวัยรุ่นที่อ้วนมีความเสี่ยงมากที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน การศึกษาในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กที่อ้วนเมื่ออายุน้อยว่า 3 ปี ซึ่งไม่มีบิดา

Copyright by Mahidol University

หรือมารดาที่อ้วนมีความเสี่ยงน้อยที่จะอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ แต่ในเด็กที่อ้วนเมื่ออายุมากกว่า 3 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนทั้งนี้ไม่ขึ้นอยู่กับการเป็นโรคอ้วนของบิดาและมารดา ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงคือ การที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคอ้วนและความรุนแรงของโรคอ้วนของเด็ก เด็กที่อ้วนเมื่ออายุ 1-2 ปี ซึ่งไม่มีบิดาหรือมารดาที่อ้วนจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนเพียงร้อยละ 8 แต่เพิ่มเป็นร้อยละ 40 เมื่อมีบิดาหรือมารดาที่อ้วน ส่วนเด็กที่อ้วนเมื่ออายุ 10-14 ปี และ 15-17 ปี ซึ่งไม่มีบิดาหรือมารดาที่อ้วน จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนร้อยละ 64 และ 54 ตามลำดับ แต่ถ้ามีบิดาหรือมารดาที่อ้วนจะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน ร้อยละ 79 และ 73 ตามลำดับ (Whitaker RC, 1997 : 869-873)

การรักษา (Dietz WH, Robinson TN, 2005; (352) : 2100-2109 ; Mullis RM, et al., 2004 : 484-488 ; อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ และคนอื่นๆ, 2547 : 884-889 และ Gidding SS, et al., 2005:2061-2075 อ้างใน สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และ พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, 2459 ; 19-29)

เป้าหมายของการรักษาเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคอ้วน คือ น้ำหนักต่อส่วนสูงกลับคืนสู่ปกติและมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นเหมาะสมตามวัย รวมทั้งมีพัฒนาการปกติ วิธีการรักษาโรคอ้วนนั้นที่สำคัญและปลอดภัยมี 3 ประการ คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร ก่อนให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร ควรมีการซักประวัติอาหารจากผู้ป่วยและผู้ปกครองโดยละเอียด เพื่อทราบปริมาณและชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวัน รวมทั้งทำให้ทราบสาเหตุที่ทำให้มีการรับประทานมากเกินไป เช่น การซื้อขนมและน้ำอัดลมไว้ในบ้านจำนวนมากเป็นประจำ การชักชวนจากเพื่อน การปรุงอาหารที่ใช้น้ำมันมากเกินไป เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย อาหารสำหรับวัยรุ่นที่อ้วน ควรแนะนำให้ลดพลังงานที่รับประทานให้เหลือประมาณร้อยละ 70-80 ของพลังงานที่ควรได้รับ (คำนวณความต้องการพลังงานจาก ideal weight for height ซึ่งหมายถึง น้ำหนักตามส่วนสูงเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50) โดยให้โปรตีนมากเพียงพอประมาณ1.5-2 กรัม/กก. (ideal weight for height) เพื่อรักษา lean body mass และระวังอย่าให้ขาดวิตามินและแร่ธาตุ ถ้าวัยรุ่นที่อ้วนได้รับพลังงานจากอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายใช้วันละ 200-500 กิโลแคลอรี่อย่างต่อเนื่อง โดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จะสามารถทำให้น้ำหนักลดลงเดือนละประ มาณ 0.5-2 กก. ข้อแนะนำสำหรับการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานต่ำ แบ่งเป็น 3 ประการ ดังนี้

1.1 รับประทานอาหารครบทุกหมู่แต่ลดอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตไขมันมาก คือ ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมัน เนย กะทิ ถั่วที่ให้ไขมันมาก เช่น ถั่วลิสง หลีกเลี่ยงอาหารทอด

Copyright by Mahidol University

หรือผัดหรือกะทิ อาหารหวานและเครื่องดื่มรสหวาน เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันและหนัง ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวานหรือน้ำอัดลม

1.2 ควรรับประทานข้าวกล้องแทนข้าวขาวเพื่อให้ได้เส้นใย รับประทานผักทุกมื้อ รับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัดเป็นของว่างวันละ 2 ครั้งแทนขนม แต่ไม่ควรรับประทานผลไม้มากเกินควร เพราะมีแป้งและน้ำตาลซึ่งให้พลังงาน

1.3 ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือมาก เช่น น้ำปลา อาหารหมักดอง เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ร่างกายใช้พลังงานที่สะสมไว้ การเคลื่อนไหวร่างกายหรือการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การเดิน รวมกับการออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬาที่ทำให้สนุกสนานแต่ปลอดภัยและไม่เหนื่อยมาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง และควรลดกิจกรรมที่นั่งๆ นอนๆ เช่น การดูโทรทัศน์ หรือการเล่นคอมพิวเตอร์ให้เหลือวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง

3. การปรับพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้สามารถควบคุมอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ใกล้ชิดกับเด็ก หลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีดังนี้

3.1 แก้ไขหรือลดปัจจัยที่กระตุ้นให้เด็กอยากกินหรือกินมากขึ้น ปัจจัยนี้อาจเป็นวัตถุ คน สถานที่ หรือสถานการณ์บางอย่างเช่น อาหารที่ล่อใจ ครอบครัวที่ชอบรับประทานอาหารมากๆ การนั่งดูโทรทัศน์พร้อมกับการรับประทานขนม การรับประทานอาหารนอกบ้าน

3.2 ให้ความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้อง รวมทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับสาเหตุและผลเสียของโรคอ้วน

3.3 การกระตุ้นให้มีความอยากลดความอ้วนและสร้างเสริมความนับถือตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

3.4 กำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่นการรับประทานผัก การดื่มนมจืด การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่ม การลดน้ำหนักเดือนละ 0.5-2 กิโลกรัม

3.5 แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตและติดตามพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายของตนเอง รวมทั้งการชั่งน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ

Copyright by Mahidol University

3.6 ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว ควรปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีของวัยรุ่นในการรับประทานอาหาร

3.7 เมื่อควบคุมน้ำหนักได้ ผู้รักษาและผู้ปกครองต้องให้กำลังใจ การให้ positive reinforcement อย่างเหมาะสม เช่น ผู้ปกครองพาไปเล่นกีฬา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักต่อไปได้ในระยะยาว

2.1.2 พฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพและกระบวนการตัดสินใจ

พฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพ

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการพึ่งพาตนเองเพื่อการดูแล และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2536: 19) โดยสามารถทำได้หลายวิธี เช่น อยู่เฉยๆ เพื่อรอดูอาการและให้อาการทุเลาลง หรือสอบถามความคิดเห็นและข้อแนะนำจากบุคคลรอบข้าง เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำการรักษา แสวงหาและเลือกแหล่งบริการที่เหมาะสมเพื่อเข้ารับการรักษา เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐบาล คลินิก และอาจมีการเปลี่ยนแปลงแหล่งการรักษาแหล่งใหม่ เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยหรือกลับสู่สภาพปกติ (วไลพรรณ ชลสุข, 2540: 10) โดยกระบวนการและขั้นตอนในการแสวงหาบริการของแต่ละคนนั้นอาจจะแตกต่างหรือเหมือนกัน โดยมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ ไว้ดังนี้

แนวคิดที่อธิบายถึงขั้นตอนพฤติกรรมความเจ็บป่วยของซัชแมน(Suchman 1965: 145-161 อ้างในนริสา ศรีลาชัย 2540 : 9) ได้อธิบายถึงขั้นตอนต่างๆในการแสวงหาบริการทางสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เริ่มจากขั้นประสบอาการ (the symptom experience stage) บุคคลจะตัดสินใจอาการป่วยโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา (assumption of the sick role stage) และแสวงหาคำปรึกษาเพื่อตัดสินใจหาผู้บำบัดรักษา (the medical care contract) ขั้นตอนต่อมาบุคคลจะเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วย และให้ความร่วมมือเพื่อรักษาให้หาย (the dependent patient role stage) จนผู้บำบัดรักษายอมรับว่า ผู้ป่วยได้กลับคืนสภาพปกติ หรือในบางคนอาจต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาพยาบาล ขั้นตอนดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดกับทุกคน และไม่จำเป็นว่าทุกคนต้องเกิดครบทุกขั้นตอน บางคนอาจเริ่มจากขั้นตอนแรกไปสู่ขั้นการยอมรับการเป็นผู้ป่วยเลยก็ได้ ความสะดวกสบายและการเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่างๆทางสังคมที่มีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการ

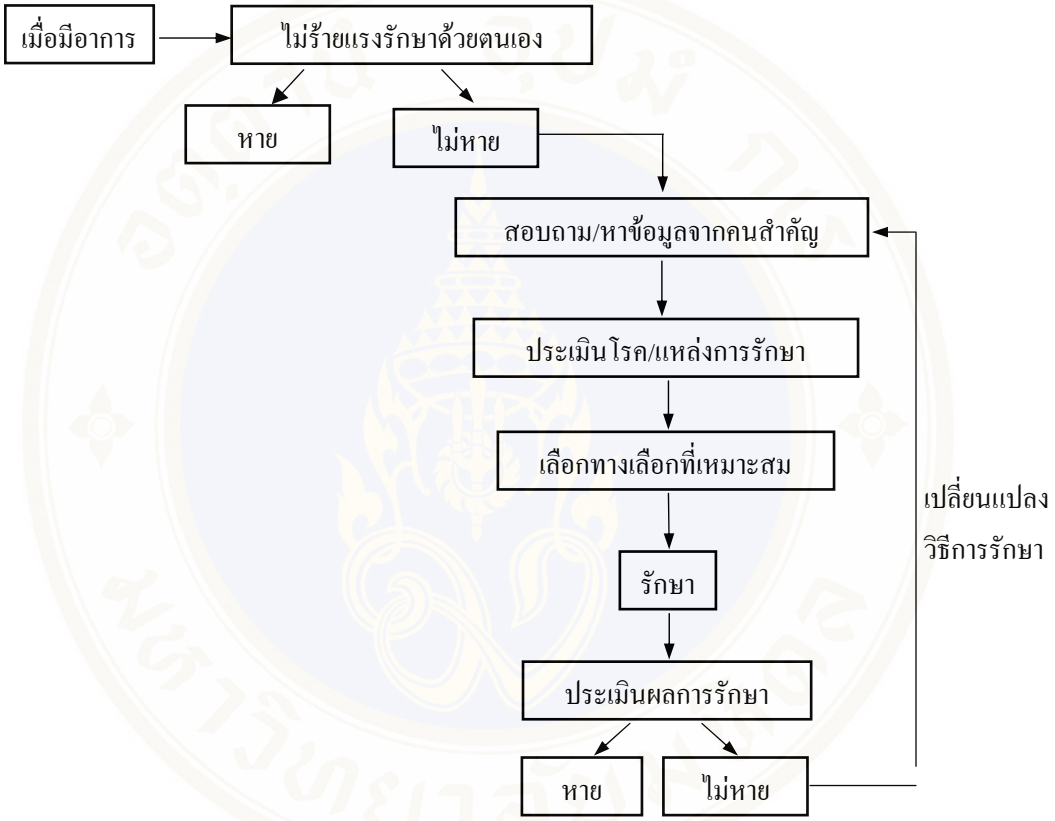
Copyright by Mahidol University

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษา (health seeking process) ของคริสแมน (Chrisman 1977: 351-377 อ้างในนริสา ศรีลาชัย 2540 : 9) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมแสวงหาบริการการรักษาจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (symptom definition) ที่เป็นไปตามความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอด ตามความหมายทางวัฒนธรรม หรือ อาจไปปรึกษาจากคนใกล้ชิด (lay consultation) เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริง และควรจะรักษาด้วยวิธีไหน ซึ่งถ้ามีการให้คำรับรองอาการที่เกิดขึ้น ผู้นั้นจะมีการเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย (role-behavior shift) ในขั้นนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้อย่างปกติ ขึ้นอยู่กับลักษณะการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน แล้วเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา (treatment action) ซึ่งเป็นการเลือกแหล่งรักษาและวิธีการรักษาตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งนี้ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการรักษา เมื่อรักษาแล้วเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้าย คือ การประเมินผล (adherence and evaluation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมร่วมกันประเมินผลการักษาตลอดเวลา ว่าความเจ็บป่วยที่เป็นนั้น ดีขึ้นหรือหายไปตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมและความเอาใจใส่ของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วยในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วย อาจมีการย้อนกลับ (recycling) ได้อีก ถ้าผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดได้ข้อมูลเพิ่มเติม

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของไอกัน (Igun, 1979: 445-456) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ รวมทั้งมีส่วนในการประเมินอาการและผลการรักษาจากแหล่งบริการนั้นด้วย ซึ่งได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลเริ่มประสบกับอาการ (symptoms-experience) ที่ผิดปกติ หากทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นคืออาการอะไร และรับรู้ว่าไม่ร้ายแรง ก็จะทำการรักษาด้วยตนเอง หรือรักษาด้วยตนเองแล้วไม่ดีขึ้น ก็อาจจะสอบถามอาการกับบุคคลสำคัญ เช่น พ่อแม่ ญาติ เพื่อนสนิท (communication to significant others) เพื่อประเมินว่าเป็นอาการของโรคอะไร (assessment of symptoms) และอาจจะไปสู่ขั้นตอนการประเมินว่าจะทำการรักษาที่แหล่งใดถึงจะได้คุณภาพที่ดีที่สุด (assessment of the probable efficacy or appropriateness of source of treatment) หรือเข้าสู่บทบาทของการเป็นคนป่วยที่สังคมยอมรับว่าเขาป่วย (assumption of the sick role) โดยระหว่างนั้น ญาติพี่น้อง เพื่อนมาเยี่ยมเยียนหรือมีบทบาทในการวินิจฉัยโรค หรือให้คำแนะนำ รวมทั้งช่วยในการตัดสินใจว่าแหล่งบริการสุขภาพใดเหมาะสม (expression of concern by kin and close friends (expressive and or instrumental)) ก็จะเลือกแหล่งรักษา (selection of treatment plan) ไปทำการรักษา (treatment) และมีการประเมิน

Copyright by Mahidol University

ผลการรักษา (assessment of effects of treatment of symptoms) ถ้าหายจากอาการป่วยก็จะกลับคืนสู่สภาพปกติ (recovery cure and rehabilitation) แต่หากไม่หายหรือเกิดความขัดแย้ง (conflict) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงการรักษา และกลับสู่ขั้นตอนการประเมินการอาการใหม่ได้อีกครั้ง ดังแผนภูมิที่ 2.1

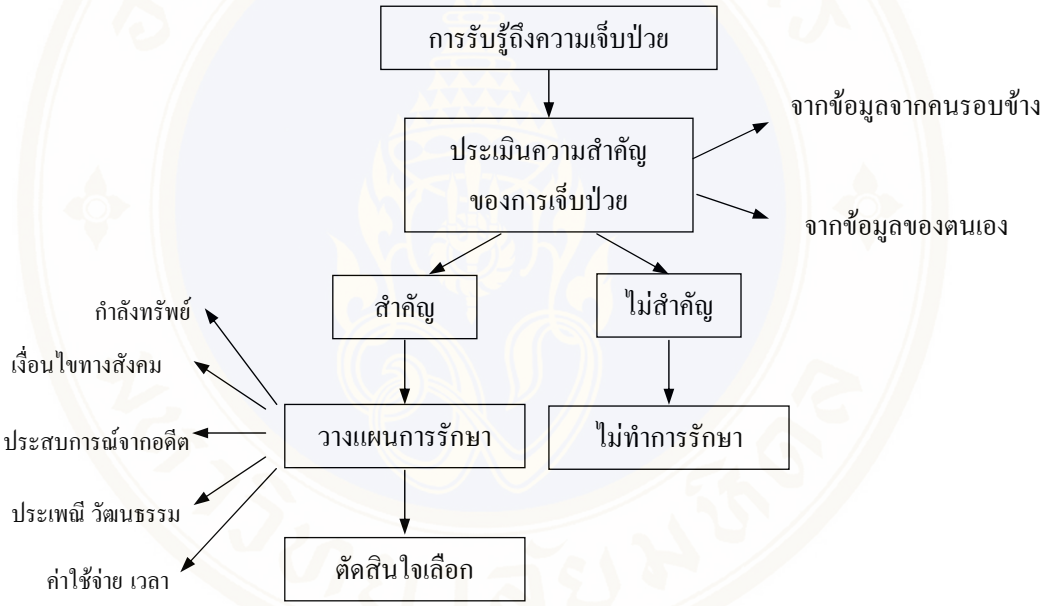


แผนภูมิที่ 2.1 กระบวนการแสวงหาบริการทางสุขภาพตามแนวคิดของ ไอกัน (Igun,1979)

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของแฟรบริกา ให้ความสำคัญกับหลักการทางเศรษศาสตร์และผลประโยชน์สุทธิที่ได้จากวิธีการรักษาและแหล่งบริการนั้นๆ โดยเริ่มต้นจาก การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย (illness recognition and labeling) ด้วยการตีความอาการที่ผิดปกติจากข้อมูล ประสบการณ์หรือการรับข้อมูลจากคนรอบข้าง แล้วนำมาตีความประเมินถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (illness disvalue) หากมีความสำคัญก็จะนำมาวางแผนการรักษา (treatment plan) เชื่อว่าบุคคลจะมีทางเลือกให้หายจากการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์จากการเจ็บป่วยในอดีต ตลอดจนประเพณีวัฒนธรรมและมีการประมาณความเป็นไปได้ในประสิทธิภาพของการรักษาตามประสบการณ์ในอดีต (assessment of

Copyright by Mahidol University

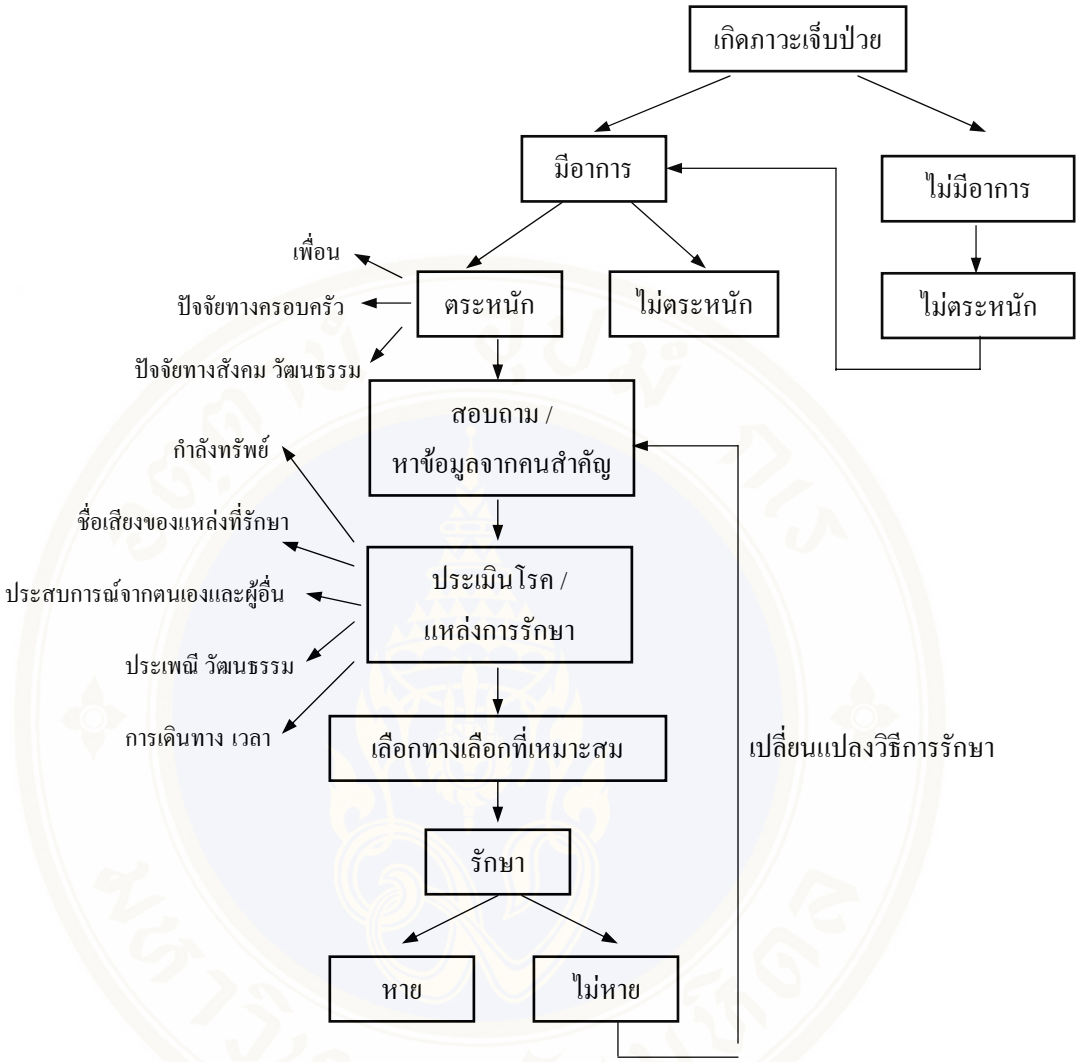
treatment) ว่าจะรักษาความเจ็บป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่นหรือไม่ (treatment benefits) แล้วคำนวณถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมทั้งค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายที่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย กำลังทรัพย์ที่มีอยู่ สถานการณ์และเงื่อนไขทางสังคม พิจารณาผลสุทธิของประโยชน์ที่ได้รับ (net benefit of utility) คือ มีผลที่ดีต่อการรักษา สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยและให้ผลประโยชน์มากที่สุด จึงตัดสินใจเลือกวิธีการนั้น (selection of treatment plan) ซึ่งการที่บุคคลตัดสินใจเลือกการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งนั้น จะใช้ประสบการณ์ของการเจ็บป่วยและการรักษาในอดีตมาเลือกหาวิธีการต่างๆ แล้วพิจารณาถึงผลประโยชน์สุทธิที่เขาจะได้รับจากการเลือกการรักษาวิธีนั้น (Fabrega, 1973: 470-484) ดังแผนภูมิที่ 2.2



แผนภูมิที่ 2.2 กระบวนการแสวงหาบริการทางสุขภาพ ตามแนวคิดของ แฟรบริกา (Fabrega,1973)

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถสรุปตามแนวความคิดของตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมการแสงหาบริการทางสุขภาพและขบวนการการตัดสินใจได้ ดังแผนภูมิที่ 2.3

Copyright by Mahidol University



แผนภูมิที่ 2.3 กระบวนการแสวงหาบริการทางสุขภาพ ตามความเข้าใจของผู้วิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ (อ้างในนริสา ศรีลาชัย 2540: 11-24)

1. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ไคลนแมน(Kleiman 1980 ในเบญจวรรณ กำธรวัชระ2538:45) ได้กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบสุขภาพส่วนประชาชน เป็นการตีความและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยและสังคม เพื่อตัดสินใจว่าจะไปพบแพทย์หรือไม่ ระบบสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ได้แก่ การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช้รูปแบบของวิชาชีพ ประกอบด้วย การใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การใช้สมุนไพร หมอนวด

Copyright by Mahidol University

เป็นต้น และระบบบริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ในรูปแบบวิชาชีพ ในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูง มีการจัดองค์กรเป็นทางการ

ระบบบริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพ เป็นระบบที่มีความสำคัญเพราะสามารถให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมกับโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละคน ระบบบริการสุขภาพที่เป็นวิชาชีพในสังคมไทย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาครัฐ (public sector) และระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินงานและให้บริการโดยภาคเอกชน (private sector)

ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ มีการให้รายละเอียดไว้ในแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของ เพนชานสกีร์ และโทมัส (Penchansky & Thomas 1981: 127-140) ซึ่งกล่าวว่า การเข้าถึงเป็นการแสดงระดับของความเหมาะสม ระหว่างผู้รับบริการกับระบบบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ 5 ประการ คือ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) ความสามารถที่จะใช้บริการได้อย่างสะดวก (accessibility) ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ(accommodation) ความสามารถในการใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีประกันสุขภาพ (affordability) และการยอมรับคุณภาพของบริการ และ ยัง(Young 1981:499-507 ในเบญจวรรณ กำธรวัชระ2538: 29-30) ได้ระบุว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญในการเลือกแหล่งบริการ คือ การเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้แหล่งบริการที่อยู่ใกล้เดินทางไปถึงสะดวกกว่าและมีค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการเพียงพอ นอกจากนี้ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ยังรวมถึงเวลาที่ใช้ในการเดินทาง เวลาการรอคอยการตรวจรักษา และช่วงเวลาที่มารับบริการสุขภาพด้วย (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย 2339:14)

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการในส่วนวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าพนักงานอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพ มีหลายประเภท และมีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้เข้ารับบริการมารับบริการในแหล่งนั้น หรือเปลี่ยนแปลงใหม่ โดยเฉพาะอัธยาศัย ความเป็นกันเอง ท่าที และความเพียงพอของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพมีหลายประเภท และมีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้เข้ารับบริการ มารับบริการในแหล่งนั้น หรือเปลี่ยนแหล่งใหม่ โดยเฉพาะอัธยาศัย ความเป็นกันเอง ท่าทีและความเพียงพอของผู้ให้บริการ เช่น ระบบของบริการสุขภาพของรัฐ พบว่า หากผู้

Copyright by Mahidol University

ให้บริการมีความสามารถในการทำงาน มีความรู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ และมีอัธยาศัยที่ดีต่อผู้รับบริการแล้ว จะเป็นผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและใช้บริการนั้นมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2424) ในแสงทอง แหงมงาม (2533: 96) และ วไลพรรณ ชลสุข (2540: 17) พบว่า ประชาชนมีการเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัย เมื่อมีความพึงพอใจต่อความรู้ ความสามารถ และอัธยาศัยของเจ้าหน้าที่ และพบว่ามีงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพ ดังนี้ ผลจากการศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศ ซึ่งทำโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (มหาวิทยาลัยมหิดล 2526 ใน แสงทอง แหงมงาม, 2533: 29 และ วไลพรรณ ชลสุข, 2540: 20) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้เรื่องความเจ็บป่วย ความรู้ว่ามีการให้บริการด้านสุขภาพ เวลา การมีประสบการณ์ในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเดินทาง จำนวนเงิน และลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ล้วนมีผลต่อการที่บุคคลจะเข้ารับหรือไม่รับบริการจากสถานบริการสุขภาพ สามารถสรุปได้ดังนี้

- ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ไดแก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และขนาดครอบครัว
- ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยและความรุนแรงความเจ็บป่วย ในความคิดของผู้รับบริการและสังคม
- ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ เกี่ยวกับการรักษาและผลการรักษาของวิธีการ และ หรือแหล่งรักษา ทั้งของตนเองและสังคมวัฒนธรรม
- ปัจจัยด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ และผู้ให้บริการ รวมทั้งความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการด้วย
- ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ ทั้งวิธีการ ขั้นตอนที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารของการบริการสุขภาพ
- ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ของผู้รับบริการ รายได้ของครอบครัว การประกันสุขภาพ ต้นทุนด้านเวลา เช่น เวลารอคอยในการรับบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง และเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

กระบวนการตัดสินใจ

Rakich และคณะ (Rakich et al.,1985: 246-250) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจว่า จะประกอบไปด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้คือ การวิเคราะห์ปัญหา การตั้งสมมติฐาน การระบุทางเลือกในการแก้ปัญหา การพัฒนาและใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ การเลือกวิธีที่ดีที่สุดและนำไปปฏิบัติ

Copyright by Mahidol University

วิเชียร ทวีลาภ (2521: 265-266) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจว่าจะต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเข้าใจเรื่องราวทั้งหมดให้ชัดเจน การวินิจฉัยปัญหา หาข้อยุติ ตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุด ทบทวนดูวิธีการแก้ปัญหาดำเนินการและกำหนดวิธีการปฏิบัติและติดตามผลการปฏิบัติ

สมยศ นาวีการ (2522:150-154) ได้ระบุว่า กระบวนการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล จะเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์และการระบุปัญหา การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การพัฒนาและการประเมินทางเลือกของปัญหา การเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดและการดำเนินการของทางเลือก

ธงชัย สันติวงษ์ (2525:196-197) ได้แบ่งขั้นตอนในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาใดๆ ดังนี้ การพิจารณาถึงตัวปัญหา การพิจารณาค้นหาทางเลือก การประเมินทางเลือก และการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่นำไปใช้แก้ปัญหา

การตัดสินใจเป็นกระบวนการของการเลือกปฏิบัติตามทางเลือก หรือวิธีการปฏิบัติที่มีอยู่หลายๆวิธีด้วยการพิจารณา ตรวจสอบ ประเมินผลที่จะได้รับจากทางเลือกเหล่านั้นให้เหลือเพียงทางเลือกเดียว หรือ วิธีปฏิบัติเพียงวิธีเดียวที่ดีที่สุด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติดำเนินการ การเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งถือได้ว่า การตัดสินใจได้เกิดขึ้นแล้ว และการตัดสินใจที่ดีนั้นจะต้องเป็นการตัดสินใจที่สามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ (วุฒิชัย จำนง, 2523: 3 และประชุม รอดประเสริฐ, 2535: 253)

จากความหมายของกระบวนการตัดสินใจที่กล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการตัดสินใจ เป็นกระบวนการซึ่งประกอบไปด้วยลำดับและขั้นตอนต่างๆ เริ่มตั้งแต่เก็บรวบรวมข้อมูลสิ่งที่เป็นปัญหา วินิจฉัยปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ประเมินผลหลังดำเนินการ และเลือกวิธีที่ดีที่สุดนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหานั้น

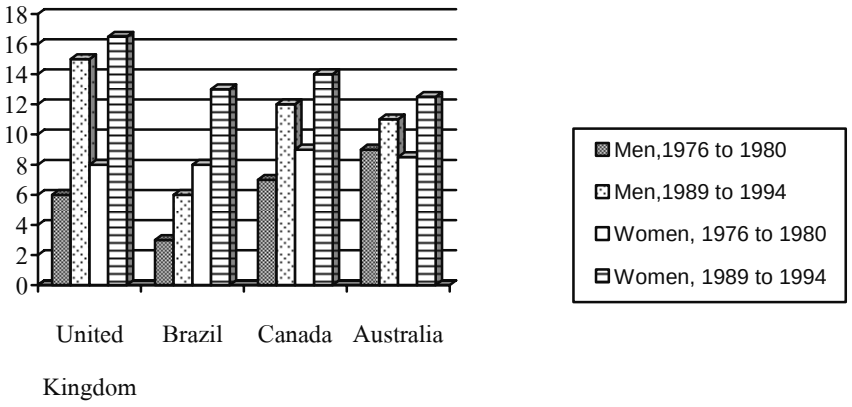
2.2 ระบาดวิทยาโรคอ้วน

ช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา การศึกษาทางระบาดวิทยา พบความชุกของโรคอ้วนมากขึ้นในแถบยุโรป สหรัฐอเมริกา เอเชีย และตะวันออกกลาง (Seidell & Rissanen, 2002) ซึ่งความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นแตกต่างกันในแต่ละประเทศและเชื้อชาติ (Surgeon

Copyright by Mahidol University

General's Report, 2001) ค่าเฉลี่ยความชุกของโรคอ้วนในชาวยุโรปซึ่งศึกษาโดยองค์การอนามัยโลกภายใต้โครงการโมนิคา (MONICA : Monitoring of trends and determinants in cardiovascular diseases) ระหว่างปี ค.ศ.1983 และ ปี ค.ศ.1986 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 15ในผู้ชาย และร้อยละ 22 ในผู้หญิง โดยข้อมูลการสำรวจภายในของประเทศต่างๆในยุโรป แสดงให้เห็นความชุกของโรคอ้วน ในแต่ละประเทศ อยู่ระหว่างร้อยละ10-20 ในผู้ชาย และ ร้อยละ 10-25 ในผู้หญิง และผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชาย (WHO,2000 : 252)

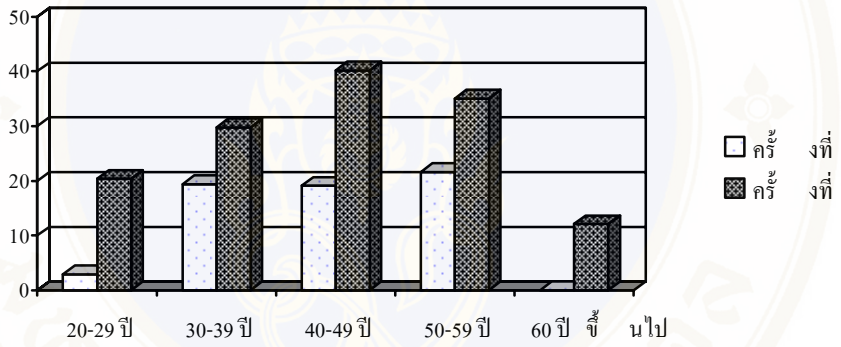
แนวโน้มของการเกิดโรคอ้วนนี้สามารถเห็นได้จากประเทศบราซิล แคนาดา และสหรัฐอเมริกา ซึ่งจากการศึกษาของ มอนไทโร (Monteiro,1995 : 105-113) ในประเทศบราซิล พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอ้วนมีมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสตีเฟน (Stephen T,1990) ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศแคนาดา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของของ เฟลกเจลและคณะ(Flegal KM et al.,1998) ซึ่งได้ทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานประมาณร้อยละ 64.5 และเป็นโรคอ้วนร้อยละ 30.9 (Flegal et al., 2002) และระหว่างปี ค.ศ. 1994 ถึง ปี ค.ศ. 2000 พบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนมีการเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.6 จะเห็นได้ว่าข้อมูลเหล่านี้สามารถเป็นตัวชี้วัดได้ว่าอัตราการเกิดโรคอ้วนทั้งผู้หญิงและผู้ชายกำลังเพิ่มขึ้นไม่เฉพาะแต่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น บราซิล ที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วก็มีปัญหาโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเช่นกัน และจากการศึกษาของทัวป์ (Taubes G.,1998) ที่ทำการศึกษาอัตราของการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วน ในประเทศต่างๆ (ภาพที่ 2.1) พบว่าอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว



ภาพที่ 2.1 อัตราของการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนภายในเวลา 25 ปี ในประเทศต่างๆ (Taubes, 1998)

Copyright by Mahidol University

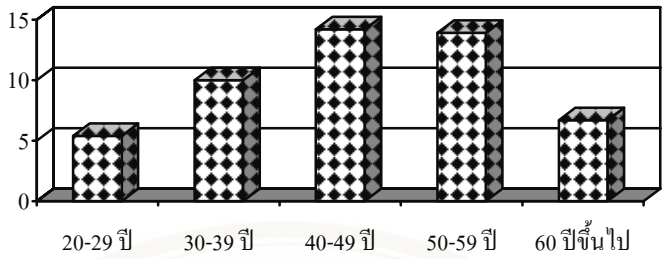
อัตราความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทย มีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ในช่วงเวลา 9 ปี ของการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2529 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 (ภาพที่ 2.2) กลุ่มที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 40 - 49 ปี จากร้อยละ 19.1 เป็น ร้อยละ 40.2 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 20-29 ปี จากร้อยละ 2.9 เป็น ร้อยละ 20.4 สำหรับ 3 อันดับแรกของกลุ่มอายุที่มีอัตราความชุกสูงในการสำรวจครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 ได้แก่ กลุ่มอายุ40 - 49 ปี ร้อยละ 40.2 กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 35.0 และกลุ่มอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 29.8 (กองโภชนาการ กรมอนามัย รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของ ประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2529 และ กองโภชนาการ กรมอนามัย (ร่าง) รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2538)



ภาพที่ 2.2 อัตราความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทย จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2529) และครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2538)

ในปี พ.ศ. 2534 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รายงานสถานะสุขภาพอนามัยของประเทศไทย ในประชากรกลุ่มวัยทำงาน พบอัตราความชุกของโรคอ้วนในกลุ่มอายุ 3 อันดับแรกที่มีอัตราความชุกสูงสุดได้แก่ กลุ่มอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 14.2 กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 13.9 และกลุ่มอายุ 30 -39 ปี ร้อยละ 10.0 (ภาพที่ 2.3)

Copyright by Mahidol University



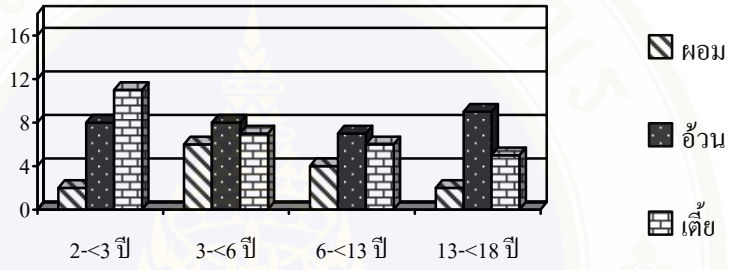
ภาพที่ 2.3 อัตราความชุกของโรคอ้วนในประชารอายุ 20 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ ในปี พ.ศ.2534

1. ระบาดวิทยาโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น จากการศึกษาความชุกการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นในเอเชียและยุโรป โดยใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มเด็กหญิงและเด็กชายอายุ 10 ปี และกลุ่มอายุ 15 ปี ใน 4 ประเทศเอเชียได้แก่ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ ไต้หวัน และฮ่องกง และ 5 ประเทศยุโรป ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ อังกฤษ เยอรมัน ฮังการี และ อิตาลี พบว่าทั้งในเอเชียและยุโรปมี ความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้น คือในประเทศแถบเอเชีย กลุ่มเด็กอายุ 10 ปี มีความชุกในเด็กชายอยู่ในช่วง ร้อยละ 20.3 ถึงร้อยละ 27.8 เด็กหญิงอยู่ในช่วง ร้อยละ 10.1 ถึงร้อยละ 18.5 กลุ่มเด็กอายุ 15 ปี เด็กชายอยู่ในช่วงร้อยละ 10.3 ถึงร้อยละ30.5 เด็กหญิงอยู่ในช่วงร้อยละ 6.3 ถึงร้อยละ 21.1 ในประเทศแถบยุโรป ในกลุ่มอายุ 10ปี มีความชุกในเด็กชายอยู่ในช่วงร้อยละ 4.5 ถึงร้อยละ 29.6 เด็กหญิงอยู่ในช่วงร้อยละ 6.7 ถึงร้อยละ 31.4 กลุ่มเด็กอายุ 15 ปี เด็กชายอยู่ในช่วงร้อยละ 5.8 ถึง ร้อยละ 22.8 และเด็กหญิงอยู่ในช่วงร้อยละ 8.6 ถึงร้อยละ 16.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศในแถบเอเชียมีความชุกของโรคอ้วนมากกว่าในยุโรป (Mary C J Rudolf et al, 2001: 4-6)

รายงานล่าสุดในการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กและวัยรุ่นโดย National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)ระหว่างปี ค.ศ.1999–2002 พบว่าเด็กในสหรัฐอเมริกาอายุระหว่าง 6-19 ปีมีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 45 คือจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 16 โดยการสำรวจครั้งนี้ได้ใช้เกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูง (Hedley, 2004 : 291) นอกจากนี้ยังพบว่าในเด็กทุก 4-5 คน จะเป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน 1 คน(Billingsley J.,2002) ซึ่งจากตัวเลขเหล่านี้เราพอจะประมาณการณ์ได้ว่าปัญหาที่ตามมาของโรคอ้วนคือโรคเรื้อรังทั้งหลาย ซึ่งไม่เพียงแต่จะบั่นทอนสุขภาพของชาวโลกแต่ยังมีผลต่างๆตามมาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อีกด้วย เพราะโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายและไม่ตาย ใช้งบประมาณในการรักษามากและยาวนาน ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากเท่าใดก็ต้องมีการใช้งบประมาณในด้านการรักษามากเท่านั้น อีกทั้งยังต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าในการพัฒนาประเทศชาติอีกด้วย

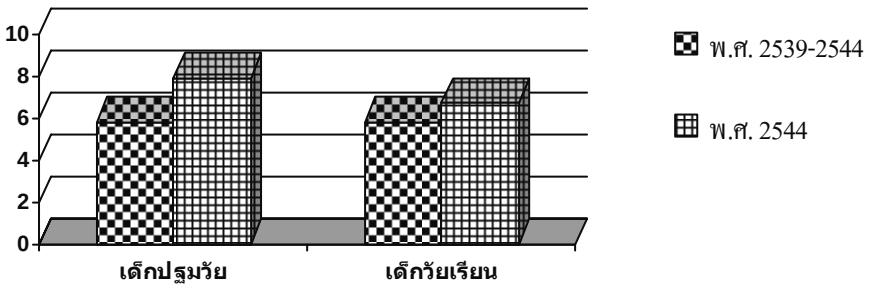
Copyright by Mahidol University

ในแถบเอเชีย พบความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้น เช่น ในประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 10.5 ของวัยรุ่นผู้ชาย และร้อยละ 7 ของวัยรุ่นผู้หญิงเป็นโรคอ้วน (Chittchang U ,1999) ประเทศเกาหลีใต้ ปี ค.ศ. 2005 ในเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ประมาณร้อยละ 15 เป็นโรคอ้วน ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 60 จากเมื่อปี ค.ศ. 1998 ในประเทศไทย จากการสำรวจเด็กไทยทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2544 (โดยใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเกณฑ์อ้างอิงปี 2542) ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ รายงานว่าเด็กอายุระหว่าง 2-18 ปี ร้อยละ 8.2 มีภาวะอ้วน กลุ่มอายุที่พบเด็ก มีภาวะอ้วนมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 13-18 ปี พบว่ามีร้อยละ 8.6 รองลงมา เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 8.2 (ภาพที่ 2.4)



ภาพที่ 2.4 ความชุก ภาวะผอม อ้วน เตี้ย ของเด็ก จากการสำรวจใน พ.ศ. 2544 แยกตามกลุ่มอายุ

เปรียบเทียบการสำรวจในปี พ.ศ. 2539-2544 กับ พ.ศ. 2544 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักและส่วนสูงของประชากรไทยล่าสุด (พ.ศ. 2542) พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนอ้วนจากร้อยละ 5.8 ในการสำรวจในปี พ.ศ. 2539-2544 เป็นร้อยละ 7.9 ในการสำรวจปี พ.ศ. 2544 หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 36 ในระยะเวลาเพียง 5 ปี ในขณะที่เด็กวัยเรียน อายุ 6-13 ปี สัดส่วนเป็นเด็กอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 ในการสำรวจในปี พ.ศ. 2539-2544 เป็นร้อยละ 6.7 ในการสำรวจปี พ.ศ. 2544 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.5 ในระยะเวลา 5 ปี (ภาพที่ 2.5)



ภาพที่ 2.5 การเปลี่ยนแปลงของเด็กไทย ในรอบ 5 ปี

Copyright by Mahidol University

2. ผลเสียของโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น

แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

2.1 ปัญหาระดับบุคคล เด็กที่เป็นโรคอ้วนจะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาหลายอย่าง โดยเฉพาะด้านสุขภาพของตัวเด็กเอง พบว่าเด็กอ้วนมักมีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ โดยเฉพาะเกิดความผิดปกติของข้อเข่า ทำให้ขาโก่งหรือขากางผิดปกติ ปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากมีความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน นอกจากนี้ ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ โดยเด็กที่อ้วนมากมีความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น บางคนเป็นมากจนถึงกับหยุดหายใจ และส่วนใหญ่เด็กที่อ้วนมากมีระดับของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 90 ตลอดเวลาครึ่งหนึ่งของการนอนหลับ ทำให้มีอาการง่วงซึมในเวลากลางวัน ปวดหัวในตอนเช้า ผลการเรียนและความจำต่ำกว่าเด็กในกลุ่มที่ไม่มีปัญหา ไม่เพียงเท่านั้น ในเด็กอ้วนยังพบว่ามีปัญหาโรคนิ่วในถุงน้ำดี และภาวะการดื้อต่ออินซูลิน ทำให้มีระดับอินซูลินสูงกว่าเด็กปกติ นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานประเภทที่ 2 และพบว่าการที่เด็กเติบโตเร็วกว่าอายุ เด็กผู้หญิงที่อ้วนมักเป็นสาวเร็วกว่าอายุ และยังพบปัญหาด้านจิตใจอันเนื่องมาจากความกลัวอ้วน การถูกเพื่อนและผู้ใหญ่ล้อเลียน หนุ่มสาวอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่าง เกิดความอายซึ่งมีผลต่อชีวิตสมรสและการงาน อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจกลายเป็นโรคจิตได้

2.2 ปัญหาระดับส่วนรวม นอกจากปัญหาในระดับบุคคลแล้วพบว่า โรคอ้วนในเด็กยังก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ส่วนรวมในหลายหลายด้าน ตั้งแต่เป็นภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของครอบครัว ไปจนถึงการที่ทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไม่ได้พัฒนาอย่างเต็มที่ ซึ่งเมื่อเด็กเหล่านี้เติบโตขึ้นก็จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพจำนวนมหาศาล ดังนั้น การปล่อยให้เป็นโรคอ้วนแล้วรักษาให้หายนั้นเป็นเรื่องยาก การจัดการกับโรคนี้จึงจำเป็นต้องดำเนินการตั้งแต่ในระดับของการป้องกัน จึงน่าจะประสบความสำเร็จได้ง่ายและคุ้มค่ากว่า โดยการป้องกันนั้นควรเริ่มตั้งแต่ในระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศ ซึ่งทั้งหมดนี้จำเป็นต้องอาศัยนโยบายและการดำเนินการในด้านต่างๆ ของรัฐบาลเป็นสำคัญ เช่น การใส่คำเตือนไว้ในโฆษณาขนมถุง เครื่องดื่มต่างๆ การออกสื่อรณรงค์แก้ปัญหาโรคอ้วน เป็นต้น

Copyright by Mahidol University

2.3 พฤติกรรมในการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นและปัจจัยที่มีอิทธิพล

พฤติกรรมในการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่น

ในปัจจุบันวิถีชีวิตของคนไทยกับการบริโภคอาหารเริ่มเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มว่าจะรับเอาค่านิยมทางตะวันมาตกค่อนข้างสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ๆ เห็นได้จากร้านอาหารที่มีอาหารที่เรียกว่า “JUNK FOODS” หรืออาหารขยะขายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาหารเหล่านี้มีส่วนประกอบของแป้งและไขมัน เมื่อรับประทานเข้าไปมากๆจนเกินความจำเป็นแล้ว หากไม่มีระบบการเผาผลาญที่ดีแล้วจะทำให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการเกิน กลายเป็นไขมันส่วนเกินไปเกาะอยู่ตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อตามมาด้วย ไม่ว่าจะเป็นโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโรหิตสูง เก๊าท์ โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคอ้วนมีการพบมากขึ้นในเยาวชนตั้งแต่ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา จนกระทั่งถึงวัยทำงาน

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง (อ้างใน ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, 2007 : 51-54) ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการลดน้ำหนักของเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสัมภาษณ์เยาวชนทั้งในและนอกระบบ ช่วงอายุระหว่าง 15-25 ปี จำนวนทั้งสิ้น 1,703 คน ระหว่างวันที่ 24-27 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2547 ในเขตพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา และกรุงเทพมหานคร ในประเด็น การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการลดน้ำหนัก วิธีการลดน้ำหนัก ผลจากการใช้วิธีการลดน้ำหนัก ค่าใช้จ่าย แหล่งซื้อ ผู้แนะนำ และเหตุผลในการใช้ ผลการสำรวจปรากฏว่า เยาวชนที่เคยมีประสบการณ์การลดน้ำหนักโดย การปรับวิธีการกิน มีร้อยละ 62.8 ใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก ร้อยละ 25.2 ใช้การออกกำลังกายร้อยละ 65.4 และใช้วิธีอื่นๆ ได้แก่ การอบสมุนไพร การอบซาวน่า นวดกดจุด ร้อยละ 4.1 ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้มากกว่าหนึ่งวิธี ร้อยละ 49.7 มีผู้ที่ทำการลดน้ำหนักโดยการใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก จากรายงานพบว่า ร้อยละ 14.4 จะใช้ยาระบายเข้าช่วย ร้อยละ 9.3 ใช้ยาชุด ร้อยละ 5.3 ใช้ชาลดไขมัน ร้อยละ 4.2 ใช้ครีมนวด ร้อยละ 3.3 ใช้อุปกรณ์ลดน้ำหนัก อาทิ แถบสายรัด ลาสเตอร์ ร้อยละ 0.1 ใช้เกลือละลายไขมัน และอื่นๆใช้การรับประทานอาหารเสริม ก็มีร้อยละ 0.9 ทั้งนี้มีผู้ที่เคยใช้มากกว่าหนึ่งวิธีดังที่กล่าวมาแล้วอยู่ที่ร้อยละ 8.80และมีร้อยละ 37.3 ที่ในปัจจุบันยังคงใช้อยู่ ส่วนผลที่ได้รับหลังจากการใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักนั้น กลุ่มเยาวชนตัวอย่างบอกว่าจะใช้ได้ผลเพียงชั่วครั้งชั่วคราวเท่านั้น ร้อย

Copyright by Mahidol University

ละ 40.8 ที่ยังไม่แน่ใจในผลการใช้มีร้อยละ 25.6 มีที่บอกว่าเห็นผลดีนั้นมีร้อยละ 20.0 และที่เหลือตอบว่าไม่เห็นผลเลยอยู่ที่ร้อยละ 13.5

สถานที่ที่ผู้มีน้ำหนักเกินพิกัดทั้งหลายนิยมไปซื้อผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก ได้แก่ ร้านขายยามาเป็นอันดับหนึ่งมีผู้ไปใช้บริการร้อยละ 31.5 ตามคลินิกหรือโรงพยาบาล ร้อยละ 25.7 ห้างสรรพ สินค้า ร้อยละ 13.8 ซื้อกับผู้ที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์นี้ในระบบขายตรง ร้อยละ 12.0 หาซื้อตามร้านค้าทั่วไป ร้อยละ 6.6 และตามร้านเสริมสวยร้อยละ 6.0 ยังมีที่เหลืออีกร้อยละ 4.3 ที่สั่งซื้อจากสถาน ที่อื่นๆ เช่น สั่งซื้อจากบริษัท อินเตอร์เน็ต และนิตยสาร

ค่าใช้จ่ายที่กลุ่มนี้ ใช้เพื่อซื้อผลิตภัณฑ์ลดน้ำ หนักต่อเดือน พบว่าจ่ายไปมากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 0.2 ใช้ไป 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 4.6 ตั้งแต่ 501-1,000 บาท ร้อยละ 5.3 อยู่ที่ 101-500 บาท ร้อยละ 6.7 และน้อยกว่า 100 บาท ร้อยละ 83.2 บุคคลที่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก ได้แก่ เพื่อนมีมากถึงร้อยละ 43.8 รับจากสื่อหรือโฆษณา ร้อยละ 15.6 คนในครอบครัวเป็นผู้แนะนำ ร้อยละ 11.9 แพทย์หรือพยาบาลแนะนำ ร้อยละ 5.0 ได้รับการแนะนำจากบุคคลอื่นๆ เช่น พ่อ-แม่ อาจารย์ ร้อยละ 4.4 และส่วนที่เหลือไม่มีใครแนะนำ ร้อยละ 19.3

นอกจากนี้ กลุ่มเยาวชนตัวอย่างยังบอกถึงเหตุผลในการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวว่าเพราะต้องการความรวดเร็วหรือเห็นผลทันตา ร้อยละ 34.1 รู้สึกขี้เกียจไม่อยากออกกำลังกาย ร้อยละ 18.6 ร้อยละ 17.8 บอกว่าไม่ต้องการอดอาหาร ร้อยละ 17.0 ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสร้างความมั่นใจและอีกร้อยละ 9.6 ใช้เพราะเพื่อนใช้ก็เลยลองใช้ตาม รวมทั้งเยาวชนยังเล่าต่อด้วยว่าจากการใช้ผลิตภัณฑ์ก็ได้รับผลกระทบ ส่วนมากจะเป็นอาการอ่อนเพลีย และรู้สึกหงุดหงิดง่ายกว่าปกติ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีบุคคลใกล้ชิดที่เคยใช้และยังใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก ซึ่งประกอบด้วยเพื่อน ร้อยละ 51.6 พี่น้อง ร้อยละ12.9 พ่อ-แม่ ร้อยละ 4.5 ลุง-ป้า-น้า-อาร้อยละ 2.9 และญาติๆร้อยละ 2.4 อีกวิธีหนึ่งที่เยาวชนนิยมใช้ในการลดน้ำหนัก คือ การปรับวิธีการรับประทานอาหาร ซึ่งก็จะมีวิธีการที่หลากหลายและแตกต่างกันออกไป จากการบอกเล่าของเยาวชนกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ใช้การรับประทานให้น้อยลง ร้อยละ 50.6 รองลงมาคือ ใช้วิธีการบริโภคผัก/ผลไม้ เป็นหลัก ร้อยละ 33.3 ใช้วิธีอดอาหารเป็นบางมื้อ จะนิยม อดอาหารเย็นมากที่สุด ร้อยละ 26.3 ร้อยละ 2.2 ใช้วิธีการรับประทานเข้าไปแล้วทำให้อาเจียนออกมา ยังมีวิธีการอื่นๆอีก ได้แก่ การดื่มน้ำบ่อยๆ ร้อยละ 11.3 ทั้งนี้ มีร้อยละ 37.4 ที่เคยใช้วิธีการที่กล่าวมาแล้วมากกว่าหนึ่งวิธีและร้อยละ 66.7 ของเยาวชนกลุ่มตัวอย่างปัจจุบันก็ยังคงทำอยู่ จะเห็นได้ว่าการลดน้ำหนักโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการบริโภคนี้ กลุ่มเยาวชนส่วนมากใช้วิธีบริโภคให้น้อยลงกว่าที่เป็นอยู่ อดอาหารบางมื้อโดยนิยมการ

Copyright by Mahidol University

อดอาหารมื้อเย็นมากที่สุด และยังมีบางส่วนที่ใช้วิธีการรับประทานแล้วทำให้อาเจียนออกมาซึ่งอาจอันตรายและส่งผลเสียระยะยาวหากทำบ่อยครั้ง

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการลดน้ำหนักของเยาวชน พบว่า สิ่งที่น่าห่วงใยมากที่สุดในขณะนี้ก็คือ เยาวชนหญิงที่มีประสบการณ์ในการลดน้ำหนักจะมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ถึงร้อยละ 82.50 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะการเจริญเติบโตของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ สมอง กล้ามเนื้อ และระบบประสาท ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบั่นทอนโอกาสในการพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าโดยเฉพาะการพัฒนาทางด้านความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence Quotient หรือ IQ) และการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient หรือ EQ) นอกจากนี้ ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักสามารถหาซื้อได้ง่ายมาก โดยเฉพาะยาชุดที่ออกฤทธิ์แรงเห็นผลเร็วตามความต้องการของเยาวชน สามารถหาซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไป โดยอาศัยการบอกต่อจากกลุ่มเพื่อน คำโฆษนา และบางส่วนมีการใช้โดยไม่มีผู้แนะนำ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนัก

ปัจจัยหรือตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านของสุขภาพ ถ้าพิจารณาตามแนวความคิดของ Green and Kreuter (1999 : 159-173) พบว่า มีปัจจัยอยู่ 3 กลุ่ม ที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ได้แก่

1. กลุ่มปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วยความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติในเรื่องนั้น รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น

2. กลุ่มปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นกลุ่มปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ความพร้อมของการบริการสุขภาพ ความสะดวกในการไปรับบริการสุขภาพ เป็นต้น

3. กลุ่มปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากการปฏิบัติ ซึ่งอาจสนับสนุนจูงใจให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติไปอย่างต่อเนื่อง เช่น คำชมเชยจากเพื่อน หรือ แพทย์ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้พบว่ามีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อการลดและควบคุมน้ำหนัก จัดกลุ่มของปัจจัยตามแนวคิดของกรีน และ กรัวเตอร์ Green and Kreuter (1999 : 159-173) ได้ดังนี้

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยนำ (Predisposing factors)

1. เพศ จากการศึกษาของ Moore (Moore, 1990 cited in Mahan & Stump, 1996 อ้างใน น้ำฝน ทองตันไตรย์, 2541:19) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 11467 ราย โดยไม่จำกัดน้ำหนักของนักเรียน พบว่าวัยรุ่นหญิงรู้สึกว่าตนเองอ้วนร้อยละ 34 ซึ่งในจำนวนนี้พยายามหาวิธีการจัดการกับน้ำหนักของตนเองโดยวิธีใดวิธีหนึ่งร้อยละ 77 และจากนักเรียนหญิงทั้งหมดมีร้อยละ 44 ที่กำลังลดน้ำหนักอยู่ในขณะที่นักเรียนชายที่รู้สึกว่าตนอ้วนร้อยละ 15 จากนักเรียนชายทั้งหมดนี้มีผู้ที่พยายามลดน้ำหนักอยู่ร้อยละ 15 ซึ่งในปัจจุบันผู้ชายก็เริ่มที่มีความตื่นตัวเรื่องการลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นข้อมูลที่อยู่ในเว็บไซต์หนึ่งที่จัดทำขึ้นเพื่อบุคคลที่สนใจในการลดน้ำหนักโดยเนื้อหาภายในเว็บไซต์มีความรู้ในเรื่องความอ้วนและการลดน้ำหนักมากมาย และยังมีคอลัมน์พิเศษเป็นการเล่าประสบการณ์ตรงของผู้ที่ลดน้ำหนักจนประสบผลสำเร็จ และบุคคลเหล่านี้อาสาเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องการลดน้ำหนักโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น มาชิกในเว็บไซต์จะมีการพบปะสังสรรค์เป็นครั้งคราว มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การแข่งขันลดน้ำหนัก ซึ่งพบว่าบทสัมภาษณ์ประสบการณ์ตรงนี้มีผู้เล่าประสบการณ์ตรงเป็นผู้ชายถึง10 คน จากผู้เล่าประสบการณ์ทั้งหมด 25 คน และหากไปตามร้านหนังสือจะพบว่านักเขียนที่มาเขียนพอคเก็ตบุ๊คเล่าเรื่องการลดน้ำหนัก ก็เป็นผู้ชายเพิ่มมากขึ้น

2. ค่านิยม ค่านิยมเรื่องรูปร่างที่ "ผอมบาง" นั้น กำลังจะเป็นค่านิยมที่ล้าสมัยในต่างประเทศ เพราะมีการรณรงค์เรื่องรับประทานอาหาร ให้ถูกหลักโภชนาการ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสม การมีรูปร่างที่ดีต้องมีลักษณะบ่งชี้ว่ามีสุขภาพแข็งแรง ไม่ใช่ผอมเหลือหนังหุ้มกระดูก ซึ่งมองดูแล้วแทนที่สวยงามกลับน่าเป็นห่วง เพราะผู้หญิงเหล่านั้นไม่ต่างอะไรกับคนป่วย ขณะที่วัยรุ่นไทยยังมีค่านิยมผิดๆ โดยเฉพาะสื่อ ดารา นักร้อง พยามยามปลูกฝังค่านิยมเหล่านี้ให้ซึมลึกเข้าไปในวัยรุ่นหญิง จนเกิดผลกระทบเรื่องสุขภาพตามมา (อ้างในศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, 2007 : 33)

3. ความรู้ จากการศึกษาของ C Ginioux, J Grousset. S Mestari and F Ruiz. (2006) เรื่องอัตราของผู้ที่เป็นโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นในประเทศฝรั่งเศส โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราของผู้ที่เป็นโรคอ้วนในเด็กและหาแนวทางให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,455 คน ผลการศึกษา พบว่า เด็กในเมืองเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 14.3 ทางโรงเรียนจึงได้ให้ความร่วมมือกับโครงการส่งเสริมสุขภาพแนะนำให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่ผู้ปกครองและเด็กพบว่าผู้ปกครองและเด็กได้นำความรู้ไปปฏิบัติในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

Copyright by Mahidol University

4. อายุ กองโภชนาการ (2550) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มบุคคลวัยทำงานสังกัดกรมอนามัย (ส่วนกลาง) 14 หน่วย ประกอบด้วยข้าราชการและลูกจ้าง ชาย 287 คน หญิง 672 คน อายุระหว่าง 20–60 ปี ผลการศึกษาพบว่า ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานร้อยละ 15 ภาวะโภชนาการมาตรฐานร้อยละ 40 และภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 34 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนนัก และพบว่ายิ่งอายุมากขึ้นแนวโน้มเป็นโรคอ้วนมากขึ้น เพศชายเป็นโรคอ้วนมากกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ ลูกจ้างเป็นโรคอ้วนมากกว่าข้าราชการ

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

1. ความเจ็บป่วย จากการศึกษาของภิญญุภา เปลี่ยนบางช้างและคณะ (2548) ศึกษาผลของโครงการ “หุ่น สวย สุขภาพดี” ต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก พบว่า เหตุผลสำคัญในการลดน้ำหนัก คือ ร้อยละ 89.3 เพื่อความคล่องตัว ร้อยละ 86.3 ความสวยงาม ร้อยละ84.7 เพื่อสุขภาพที่ดี หลังเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครจำนวน 26 คนมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อง คือ มีการควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$)ดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลง ปริมาณไขมันสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.01$) ความดันเลือดและชีพจรมีแนวโน้มลดลง

2. การโฆษณา โดยธรรมชาติของสื่อโฆษณานั้นจะมีความเด่นชัดกว่าสื่อประเภทอื่น คือ นอกจากต้องการให้ข้อมูลข่าวสารแล้ว ยังต้องทำหน้าที่โน้มน้าวจูงใจอีกด้วย ตัวแบบส่วนใหญ่แล้วจะมีอาชีพเป็นนางแบบ ดารา นักร้อง นักแสดง ที่มีชื่อเสียงและเป็นที่นิยมชมชอบ ตัวแบบที่นำเสนอสินค้าต่างๆโดยผ่านการโฆษณานั้นมิได้ถ่ายทอดรูปแบบของการเสนอขายสินค้าแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่ถ่ายทอดวัฒนธรรมที่มากับกระบวนการของการสื่อสารประเภทโฆษณาอีกด้วย เป็นผลให้วัยรุ่นสร้างภาพลักษณ์ใหม่ในเรื่องความงามของรูปร่าง เพื่อให้เป็นไปตามบรรทัดฐานของกระแสวัฒนธรรมบริโภคนิยม ที่นำเสนอตัวแบบที่มีรูปร่างผอมบางโดยผ่านการกลั่นกรองแล้วว่ามีความสวยงามอย่างแท้จริง ส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นที่มีรูปร่างเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานนี้เกิดพฤติกรรมการแสวงหาการจัดการกับร่างกายให้เป็นที่พึงพอใจ (ศิริบงกช ดาวดวง, 2545:32)

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

1. ครอบครัว จากการศึกษาของ เบญจภา สนามทอง (2548) เรื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของเด็กโรคอ้วนที่อยู่ในโปรแกรมการควบ คุมน้ำหนัก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของเด็กโรคอ้วน และศึกษาบทบาทของบิดามารดาในการดูแลพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของเด็ก กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 9–18 ปี จำนวน 29 คน และบิดาหรือมารดาจำนวน 29 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ72.4 ได้รับพลังงานจากการรับประทานอาหารมากกว่าพลังงานที่ร่างกายควรได้รับ และครอบครัวของเด็กรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงเป็นประจำ ร้อยละ 27.6 ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 สัปดาห์/ครั้ง ร้อยละ 37.9 ส่วนใหญ่เด็กออกกำลังกายคนเดียวเนื่องจากบิดามารดาไม่มีเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โมแฮมและรีเกีย (Mohamed and Rekia , 2006) ที่ศึกษาความพึงพอใจต่อรูปร่างและอิทธิพลทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อทัศนคติต่อความอ้วนในผู้หญิงชาวโมร็อกโก จำนวน 249 คน พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้หญิงชาวโมร็อกโกเป็นโรคอ้วนมาจากการเลียนแบบมารดา ผู้ชายและลักษณะของเสื้อผ้าที่สวมใส่

2. สิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่อยู่รอบๆตัวผู้ลดน้ำหนักอาจจะเป็นที่บ้าน ที่ทำงาน สถาบันการศึกษา เช่น ในสถาบันการศึกษามีอาหารเพื่อสุขภาพ ให้พลังงานต่ำขาย หรือมีสถานที่ออกกำลังกายให้ก็จะทำให้สามารถลดน้ำหนักได้ง่ายขึ้น จากการศึกษาของวัชรี หิรัญพฤกษ์ (บทคัดย่อ, 2548) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นหญิง อายุ 15-18 ปี ที่มีน้ำหนักปกติ และกำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาและสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จังหวัดชลบุรี จำนวน 390 คน และปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในจังหวัดชลบุรี โดยปัจจัยด้านครอบครัวที่ศึกษาได้แก่ รายได้ครอบครัว การศึกษาของบิดาและมารดา การเป็นแบบอย่างของครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนจากโรงเรียนและครู อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงสนามกีฬา/สถานที่ออกกำลังกาย และความพึงพอใจในภาพลักษณ์ตนเอง ผลการวิจัยพบว่า 1. นักเรียนวัยรุ่นหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง 2. ปัจจัยด้านครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในจังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 23.6 ($p<.05$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในจังหวัดชลบุรีได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 ($p<.05$) โดยทั้ง 2 ปัจจัยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 29 ($p<.05$)

Copyright by Mahidol University

3. เพื่อน จากการศึกษาของ Dusek (Dusek, 1987:189) พบว่า กลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสังคมให้มีปฏิสัมพันธ์ได้อย่างกว้างขวาง โดยกลุ่มเพื่อนจะก่อให้เกิดอิทธิพลต่อวัยรุ่นได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ลักษณะแรกเป็นการเปรียบเทียบทางสังคม (social comparison) และลักษณะที่สองคือการคล้อยตามกัน (conformity) ซึ่งปัจจุบันการคล้อยตามเพื่อนก่อให้เกิดวัฒนธรรม ค่านิยม รวมทั้งแบบแผนพฤติกรรมและเจตคติของวัยรุ่นโดยทั่วไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า พฤติกรรมการลดและการควบคุมน้ำหนักนั้น ควรต้องทำควบคู่กันหลายวิธี เนื่องจากโรคอ้วนเป็นโรคที่เกิดจากหลายๆปัจจัย เช่น อิทธิพลการจากโฆษณาประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่างๆ เพื่อน ครอบครัว การได้รับให้กำลังใจ เป็นต้น ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการลดและการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นได้ การลดน้ำหนักที่ถูกต้องควรฝึกนิสัยการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง หมั่นออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ฝึกความเข็มแข็งของจิต และทำอารมณ์ให้ร่าเริงแจ่มใส จะเห็นได้ว่า การลดและการควบคุมน้ำหนักให้ได้ผลนั้น ต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง มิฉะนั้นจะกลับมาอ้วนใหม่อีก คนที่รักษาน้ำหนักตัวให้พอดีได้ตลอดไป มักเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจ คือต้องชนะใจตนเองสามารถปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอ เช่น รับประทานอาหารแต่พอควร และหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน รวมทั้งการเข้ารับการรักษาในกรณีที่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความถูกต้องในการลดและควบคุมน้ำหนัก

2.4 แนวคิดและทฤษฎี

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา เกี่ยวกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักนั้น ทำให้สามารถทราบว่ามีการนำแนวคิดและทฤษฎีมากมายมาใช้ (ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, 2007 : 39-42) สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิทยา มานุษยนิยม (humanistic theory) ในลำดับความต้องการของมนุษย์ในขั้นที่ 4 ของ Maslow ซึ่งคือ ความต้องการได้รับการนับถือยกย่อง ในขั้นนี้แบ่งออกเป็น 1.ความต้องการนับถือตนเอง และ 2.ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่นสามารถอธิบายพฤติกรรมการลดน้ำหนักได้ว่า บุคคลที่คิดว่าตนเองอ้วนจะรู้สึกว่าตนมีปมด้อย ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่นซึ่งทำให้กลายเป็นคนขาดความยอมรับนับถือในตนเองด้วย ดังนั้นเมื่อตนเองลดน้ำหนักจนผอมแล้วจะทำให้ตนเองมีอำนาจ มีความสามารถ มี

Copyright by Mahidol University

ความแข็งแรง เชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกว่ามีคุณค่าและสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ และได้รับการยอมรับ การยกย่องนับถือจากคนอื่น

2. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned action) ของ Ajzen and Fishbein ที่อธิบายว่าการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมการลดน้ำหนักได้นั้น มีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีระบบ และพิจารณาผลที่คิดว่าจะเกิดจากการกระทำของตนก่อนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม

3. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ Cobb เป็นส่วนหนึ่งของการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการลดน้ำหนัก อาจมาจากการได้รับการชี้แนะ สนับสนุนทางด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร การยอมรับ ในการลดน้ำหนัก เช่น บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคของเด็กคือ ครอบครัว ครู เพื่อน และเศรษฐานะ แรงสนับสนุนทางสังคม ดังการศึกษาของ Rakich และคณะ (Rakich, et al., 1974 :747-752)

4. ทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน (locus of control) ของ Potter ซึ่งในการลดน้ำหนักนั้นสามารถใช้อำนาจภายใน-ภายนอกตน มาอธิบายได้ กล่าวคือ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนมีความสัมพันธ์กับการคล้อยตามผู้อื่น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีการตัดสินใจในการลดน้ำหนักที่มั่นคงและเด็ดเดี่ยว ถึงแม้จะอยู่ภายใต้ความกดดันทางสังคม แต่บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมักจะยอมแพ้แรงกดดันทำให้การลดน้ำหนักไม่ประสบผลสำเร็จ

5. แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (observation learning) ของ Bandura เป็นกระบวนการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนซึ่งเป็นผลมาจากการสังเกต การอ่าน การฟังเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนอื่น หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสังเกตการกระทำและการเสริมแรงที่บุคคลอื่นได้รับ การสังเกตการกระทำของคนอื่นจะมีผู้เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฝ่าย คือผู้สังเกตและตัวแบบ สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการลดน้ำหนักได้ว่า เมื่อวัยรุ่นสังเกต พูดคุย ฟัง อ่านหนังสือ กับเพื่อน ดารา หรือบุคคลในสังคมที่มีรูปร่างดีเป็นที่ชื่นชอบของคนทั่วไป จะเกิดความคิดที่อยากเป็นแบบนั้นบ้าง ดังนั้นจึงเกิดพฤติกรรม และหากได้แรงเสริม ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนก็จะมีพฤติกรรมการลดน้ำหนัก

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy) ของ Bandura กล่าวว่า การรับรู้ความสมารถของตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อการกระทำของบุคคล ซึ่งเมื่อบุคคลประเมินว่าตนเองมีความสามารถสูง มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสถานการณ์ ที่ต้องเผชิญและพฤติกรรมไม่ยากเกินความสามารถของตน ก็จะนำไปสู่การกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆไว้ เช่น เมื่อบุคคลสามารถลด

Copyright by Mahidol University

น้ำหนักได้ในช่วงแรก แล้ว ก็จะทำให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จะทำให้สามารถกระทำพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักต่อไปได้

2.5 งานวิจัยที่ใช้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนัก

การศึกษาถึงกลวิธีในการแก้ปัญหาเรื่องนี้ก็มีการใช้วิธีหลากหลาย ในต่างประเทศมีการพัฒนากลวิธีต่างๆ เริ่มจากใช้แนวคิดทางจิตวิทยา ที่มีความเชื่อเรื่องปัจจัยในตัวคน โดยแคมบลิส และเมอร์เลย์ (Chambiss & Murray, 1979 : 349-353) ได้ดำเนินการรักษาโรคอ้วนได้รับผลสำเร็จโดยการผสมผสานแนวความคิดความสามารถตนเอง เข้าไปในโปรแกรมการลดน้ำหนักของผู้ป่วยที่คลินิก โดยการรับประทานยาปลอมลดความอ้วน แต่เน้นการออกกำลังกาย ใช้อำนาจภายในตนควบคุมตนเอง ผลการวิจัย พบปฏิกิริยาร่วมระหว่างการเชื่ออำนาจภายในตนกับความสามารถตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ความสามารถตนเอง กับการใช้อำนาจการควบคุมภายในตนสามารถลดน้ำหนักได้ดีมาก ในขณะที่กลุ่มที่ใช้ความสามารถตนเองกับการใช้อำนาจการควบคุมภายนอกตนมีน้ำหนักลดลงเล็กน้อย แคมบลิส กล่าวว่า การนำความสามารถตนเองมาผสมผสานกับความเชื่ออำนาจในตน จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของบุคคลได้ดี เขาคาดว่าความสามารถตนเองจะมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเปลี่ยนอำนาจภายในตน

แซนเดอร์และคณะ (Saunder et al.,1990)ทำการศึกษาภาคตัดขวางโดยใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของAjzen and Fishbein ในการตรวจสอบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะลดการบริโภคไขมันและน้ำตาล โดยศึกษาในชายและหญิงจำนวน 86 คน ที่รัฐเวอร์จิเนียร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยให้ทำแบบสอบถามปลายเปิด และให้คะแนนแบบลิเคิร์ต 7 ช่วงคะแนน คำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับสังคมประชากร ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามจะวัดถึงความเชื่อ อิทธิพลของค่านิยมและสังคม ความตั้งใจในการกระทำและรายงานการควบคุมการบริโภคไขมันและน้ำตาลด้วยตนเอง จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า แบบฉบับของพฤติกรรมและทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น เป็นตัวชี้วัดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมการลดการบริโภคไขมันและน้ำตาลได้อย่างดี พบว่า คนที่จำกัดการบริโภคไขมันและน้ำตาลได้ จะมีความเชื่อทางบวกในผลของพฤติกรรมมากกว่าคนที่ไม่สามารถจำกัดการบริโภคไขมันและน้ำตาลได้และได้เสนอแนะว่าโครงการโภชนศึกษานั้นมีความจำเป็นที่จะต้องจำแนกแรงจูงใจพื้นฐานของบุคคลให้ได้ อันได้แก่ทัศนคติ และอิทธิพลทางสังคม รวมทั้งต้องสำรวจการรับรู้ในด้านความเชื่อและค่านิยมของกลุ่มเป้าหมายให้ได้ด้วย

Copyright by Mahidol University

ชัวร์เวลและรอสเนอร์ (Bjorvell and Rossner (1992) ได้รายงานถึงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคนไข้ที่อ้วนมากในสวีเดน โดยมีการเข้าร่วมโครงการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ที่โรงพยาบาล มีการใช้รูปแบบร่วมกันระหว่างการฝึกด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภค ความชอบและอาหารที่กระตุ้นความอยากอาหาร การออกกำลังกาย การแนะนำทางโภชนาการ และการฝึกฝนการประกอบอาหาร ในช่วงแรกของโครงการจะใช้การประชุมพบปะกันเพื่อเน้นทางด้านการฝึกความรู้ความเข้าใจ และเพื่อจะได้รับแรงสนับสนุนจากการพบปะ ประชุมกัน จากการติดตามผลในระยะยาวพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาน้ำหนักตัวนี้ให้ผลในการรักษาน้ำหนักตัวให้คงที่ได้ดี และสามารถรักษาระดับผลการปฏิบัติได้นานถึง 12 ปี โดยอาศัยการกระตุ้นเตือน การปรึกษา และตรวจสอบผลเป็นระยะทางโทรศัพท์และจดหมาย

ไดแอนน์ นิวมาร์คและคณะ (Dianne Neumark et al.,1995 : 24-31) ได้ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนหญิงวัยรุ่นจำนวน 269 คน โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในการเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโภชนาการและการควบคุมน้ำหนัก โดยการส่งเสริมให้มีความสามารถของตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องอาหาร รูปแบบอาหารในแต่ละมื้อและการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บูลเท็ลและคณะ (Boutelle et al,1999) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้ผู้ที่ลดน้ำหนักควบคุมตนเองให้ได้ในช่วงวันหยุดที่เสี่ยงต่อการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงมากๆ คือ ช่วงเทศกาลคริสต์มาส จนถึงปีใหม่ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นเตือนสามารถจัดการกับน้ำหนักและมีจิตใจมั่นคงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้การกระตุ้นเตือน การศึกษานี้ยังพบว่าเป็นวิธีการที่ใช้ค่าใช้จ่ายต่ำ

ศรีรัตน์ พินธุ (2539:78-85) ที่ทำการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดมูลจินดาราม จังหวัดปทุมธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จัดกิจกรรมการเรียนการสอน 4 ครั้ง โดยใช้วิธีอภิปรายกลุ่ม ชมวิดีโอเทป วิเคราะห์ส่วนประกอบของอาหารว่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบบบันทึกการบริโภคอาหารว่าง แบบบันทึกสีปัสสาวะ และแบบสำรวจอาหารในร้านค้าที่โรงเรียน พบว่าโปรแกรมนี้ทำให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีและพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงเพิ่มขึ้นและการบริโภคขนมขบเคี้ยวลดน้อยลง และพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภค

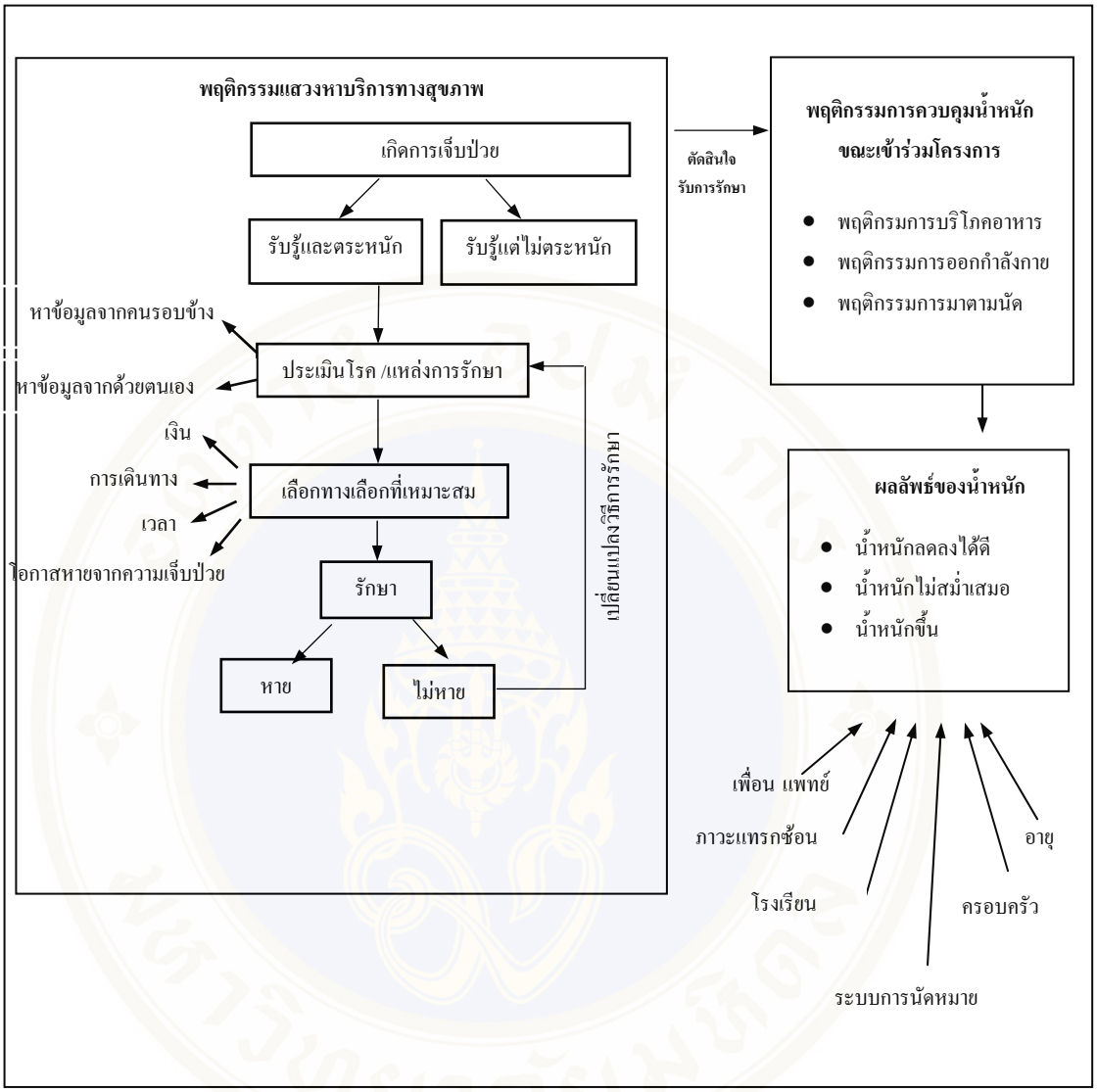
Copyright by Mahidol University

อาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงทดแทนขนมขบเคี้ยว ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงทดแทนขนมขบเคี้ยว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงเพิ่มขึ้น และการบริโภคขนมขบเคี้ยวลดน้อยลง อันจะส่งผลโดยตรงต่อการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กกลุ่มนี้ต่อไป ซึ่งแนวคิดนี้ก็สามารถใช้ได้กับเด็กวัยประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

เนื่องจากวัตถุประสงค์แรกของการวิจัยนั้น เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ก่อนตัดสินใจการร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จัดทำขึ้น เมื่อได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้เห็นว่า พฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพนั้น เริ่มจากการมีอาการเจ็บป่วย แล้วเกิดความรู้สึกตระหนักต่อการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจเกิดจากตัวเด็กเองหรือคนรอบข้าง ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง นำไปสู่การหาข้อมูลและวิธีการเพื่อการรักษา โดยใช้ข้อมูลที่ได้มาประเมินวิธีการรักษาโดยมีข้อจำจัดบางประการ เช่น ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้ารับการรักษา เวลา ความสะดวกในการเดินทาง และโอกาสหายจากการเข้ารับการรักษา เมื่อตัดสินใจเลือกแล้ว จึงทำการรักษา หากไม่หายจากการเจ็บป่วย ก็จะแสวงหาบริการที่อื่นเพื่อรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น จนกระทั่งตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และวัตถุประสงค์ที่สองของการวิจัยนั้น เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมาพบแพทย์ ตามระบบการรักษาของโรงพยาบาล ซึ่งระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมนั้น เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนจะได้รับความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การตรวจเลือดเพื่อหาภาวะแทรกซ้อน อาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมที่มีผลต่อการลดและควบคุมน้ำหนักเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน และวัตถุประสงค์ข้อสุดท้ายของการวิจัยนั้นเพื่อต้องการทราบว่าปัจจัยเรื่องเพศ อายุ BMIของบิดาและมารดา ปัญหาภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนของคนในครอบครัว แพทย์ และเพื่อน มีผลต่อพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนอย่างไร ที่ทำให้เกิดความแตกต่างของผลลัพธ์ของน้ำหนักที่เกิดขึ้น ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย (แผนภูมิที่ 2.4)

Copyright by Mahidol University



แผนภูมิที่ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล ทั้งที่เป็นการเก็บข้อมูลจากการสังเกต และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามทัศนะของผู้ถูกศึกษา สรุปเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

3.1 พื้นที่ศึกษา
3.2 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3.4 การเก็บข้อมูล
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 พื้นที่ศึกษา

โครงการวิจัย "ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน"

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ ที่เก่าแก่และใหญ่ที่สุดในประเทศไทย (รายงานประจำปี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 98) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยมายาวนาน ประกอบกับการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีความชำนาญในการรักษาทำให้ผู้ป่วยเข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก

เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษาที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม จำนวน 125 คน ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2545 – 31 สิงหาคม 2549 เป็นเพศชาย 66 ราย เพศหญิง 59 ราย อายุเฉลี่ย 11.6 + 2.5 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 80 + 24.7 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 33.5 + 7.1 กิโลกรัม/(เมตร)^2 พบว่า มีจำนวน 4 รายเป็นเบาหวาน 33 รายมีระดับไขมันในเลือดสูง 45 รายเป็น Metabolic syndrome และ 25 ราย เป็นภาวะทางดินหายใจอุดกั้น (obstructive sleep apnea หรือ OSA) หลังจาก

Copyright by Mahidol University

การติดตามผลการรักษาตามกระบวนการของแพทย์ พบว่า มีจำนวน 64 ราย (ร้อยละ50) ที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงไปทางที่ดีขึ้น (นพ.ไพฑูรย์ กาพิน, 2549) แต่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ประสบความสำเร็จและมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมีเพียง ร้อยละ50 ของจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษา และผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆบางโรค

“โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน” มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อนในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนและดูผลการรักษา โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนและได้รับคำแนะนำในการลดน้ำหนักที่ถูกต้อง ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี โครงการวิจัยดังกล่าวได้เปิดรับสมัครผู้สนใจตั้งแต่วันที่ ตุลาคม พ.ศ.2549 และได้ปิดรับสมัครไปเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการ 129 คน แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 69 คน เพศชาย 60 คน มีการให้ความรู้ ทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม มีทั้งสิ้น 25 กลุ่ม ซึ่งการจัดกลุ่มนั้นจะจัดตามวันที่เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเข้ารับการรักษา ถ้าวันที่ใกล้เคียงกันจะจัดอยู่กลุ่มเดียวกัน โดยใน 1 กลุ่มจะมีผู้เข้าร่วม 3-11 คน ขั้นตอนของการรักษา ประกอบด้วยการนัดหมายทั้งหมด 7 ครั้ง ดังนี้

1. การนัดหมายครั้งที่ 1 เป็นการนัดหมายให้เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเข้ารับการตรวจเพื่อหาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน ผู้เข้าร่วมโครงการต้องมาพร้อมผู้ปกครอง และต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาประมาณ 3 วัน ระหว่างนั้นเด็กและผู้ปกครองจะได้รับ

- ความรู้เรื่องโรคอ้วน ภาวะแทรกซ้อน อาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากแพทย์ผู้ให้การรักษาและนักโภชนาการ
- ก่อนกลับแพทย์ผู้ให้การรักษาจะให้สมุดประจำตัวเพื่อบันทึกรายละเอียดของอาหารและการออกกำลังกาย และให้นำมาในวันนัดครั้งต่อไป
- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนจะได้รับการรักษาต่อโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนั้นๆ

2. การนัดหมายครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนได้รับการ ประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)

Copyright by Mahidol University

- มีการให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนพร้อมทำกิจกรรมตอบคำถามเกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อน
- มีการประเมินการบันทึกรายละเอียดของอาหาร และการออกกำลังกาย

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

3. การนัดหมายครั้งที่ 3 (ห่างจากครั้งที่สองประมาณ 1 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)
- มีการให้ความรู้และทำกิจกรรมเรื่องการออกกำลังกาย
- มีการประเมินการบันทึกรายละเอียดของอาหาร และการออกกำลังกาย

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

4. การนัดหมายครั้งที่ 4 (ห่างจากครั้งที่สามประมาณ 1 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)
- มีการให้ความรู้และทำกิจกรรมเรื่องอาหาร
- มีการประเมินการบันทึกรายละเอียดของอาหาร และการออกกำลังกาย

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

5. การนัดหมายครั้งที่ 5 (ห่างจากครั้งที่สี่ประมาณ 3 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)

Copyright by Mahidol University

- ทำกิจกรรมทดสอบความรู้เรื่องการลดน้ำหนัก อาหารและการออกกำลังกาย
- มีการประเมินการบันทึกรายละเอียดของอาหาร และการออกกำลังกาย

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

6. การนัดหมายครั้งที่ 6 (ห่างจากครั้งที่ห้าประมาณ 3 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)
- มีการให้ความรู้ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน การประเมินภาวะอ้วนและยกตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการที่ลดน้ำหนักได้ เพื่อให้กำลังใจแก่เด็กและวัยรุ่นอ้วน รวมทั้งผู้ปกครอง

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

7. การนัดหมายครั้งที่ 7 (ห่างจากครั้งที่หกประมาณ 3 เดือน) เป็นการนัดหมายสุดท้ายครั้งสุดท้าย

ภาคเช้า (7.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)
- ตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาล การตรวจหาระดับไขมัน ค่าตับ เป็นต้น

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- แพทย์ผู้ให้การรักษาจะแจ้งผลภาวะทางโภชนาการและภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน

หมายเหตุ การให้ความรู้ และกิจกรรม ในการนัดหมายครั้งที่

2, 3, และ4 สลับกันได้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

5 และ 6 สลับกันได้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์ในการรับสมัคร

1. เป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 8-18 ปี

2. ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีน้ำหนักต่อความสูง (weight for height) ≥ ร้อยละ 120 ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น (ideal body weight) ตามเกณฑ์ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ที่กำหนดไว้ ดังนี้

ร้อยละของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ภาวะของน้ำหนักตัว
90-109	น้ำหนักปกติ
110-119	น้ำหนักเกิน
120-139	อ้วนเล็กน้อย (mild obesity)
140-159	อ้วนปานกลาง (moderate obesity)
160-199	อ้วนมาก (severe obesity)
≥ 200	อ้วนรุนแรง (morbid obesity)

3.2 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร

เป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนใน “โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน”

ผู้ให้ข้อมูล

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1.1 เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่มีระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (ผ่านการนัดหมายครั้งที่ 5 เป็นต้นไป) แต่ไม่เกิน 3 เดือนหลังจากผ่านการนัดหมายครั้งสุดท้าย (การนัดหมายครั้งที่ 7)

1.2 ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (จากข้อที่ 2.1)

1.3 แพทย์ผู้รักษาเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

Copyright by Mahidol University

1.4 สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมตนให้ทำการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

2.1 ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถมาตามนัดหมาย หรือผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ให้ข้อมูล

2.2 ต้องการออกจากการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือหลัก คือ ผู้วิจัย โดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนการวิจัย ดังนี้

1. ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาทำความเข้าใจเอกสารเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจ โดยอ่านเรื่องศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ ของชาย โพธิสิตา (2549) และมีการทดลองฝึกปฏิบัติเทคนิคการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

2. ด้านเนื้อหาเกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น โดยมีการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาธิสภาพ ระบาดวิทยาของโรคอ้วน

เครื่องมือเสริมในการวิจัย

1. เครื่องบันทึกเสียงและเทปบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการบันทึกเสียงต้องได้รับการอนุญาตให้ทำการบันทึกเสียง และรับรองในการปกปิดข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกซึ่งจะประกอบด้วยแนวคำถามในประเด็นหลักที่สร้างไว้ล่วงหน้าก่อนเก็บข้อมูลเมื่อผ่านการตรวจสอบแก้ไขแล้วจึงนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนวคำถามจะมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น ในการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล เพราะสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการพูด และความคิดของตนเองได้อย่างมีอิสระ

3. ข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Case Record Forms หรือ CRF) ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมการลดและควบคุมน้ำหนัก ในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Copyright by Mahidol University

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล

วิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น ใช้หลักการ Triangulation หรือหลักการสามเส้า ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงกันของข้อมูลโดยการถามคำถามเดิมซ้ำๆในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้มีการเปรียบเทียบของข้อมูลในแต่ละครั้งว่ามีความตรงกัน หรือ แตกต่างกันหรือไม่อย่างไรบ้าง เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงความจริงมากที่สุด และให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความหมายที่ผู้วิจัยวิเคราะห์เบื้องต้นว่าถูกต้องหรือไม่ นอกจากนั้นได้ทำการตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกัน โดยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมสุขภาพที่ดูแลอยู่ หรือจากคนใกล้ชิดผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2552 มีการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 129 ราย ที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช แต่มีผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพียง 24 รายเท่านั้น เพราะมีจำนวนของผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านการนัดหมายครั้งที่ 7 นานเกิน 3 เดือน จำนวน 73 ราย มีผู้ให้ข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการการนัดหมายครั้งที่ 5 (น้อยกว่า 6 เดือนนับตั้งแต่เข้าร่วมโปรแกรม) จำนวน 6 ราย ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จำนวน 5 ราย ไม่สะดวกในการเดินทาง(อยู่ต่างจังหวัด)และไม่สะดวกให้สัมภาษณ์ในวันหยุด(เรียนพิเศษ) จำนวน 14 ราย ขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 5 ราย และมีปัญหาในการให้สัมภาษณ์(สมาธิสั้น) จำนวน 2 ราย

3.4 การเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยมีการปกปิดชื่อและลักษณะส่วนบุคคลที่นำไปสู่การรู้จักผู้ให้สัมภาษณ์ และแจ้งผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนทุกครั้งว่ามีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์แต่ข้อมูลในเทปจะใช้เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลในการทำวิจัยและเผยแพร่งานวิจัยเท่านั้น เมื่อผู้ให้สัมภาษณ์อนุญาตและยินยอมร่วมมือในการทำวิจัยจึงบันทึก และหากอยู่ในระหว่างขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เต็มใจที่จะให้บันทึกข้อมูลก็สามารถบอกได้ และจะไม่มีการบันทึกสิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ต้องการให้บันทึก และหากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ต้องการให้ข้อมูลสามารถยกเลิกได้ทันที โดยไม่เกิดผลเสียหายแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะไม่บิดเบือนข้อมูลจากที่ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ไว้ และเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลได้คือผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา

Copyright by Mahidol University

ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยจะทำลายไฟล์บันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย หรือในกรณีที่ผู้ให้สัมภาษณ์ต้องการไฟล์บันทึกเสียงนั้นนอกจากนั้นก่อนที่จะดำเนินการวิจัยจะต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากที่ผู้วิจัยได้รายชื่อของผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกแล้ว ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ให้ข้อมูล เพื่อสอบถามความสมัครใจและเล่ารายละเอียดของงานวิจัยให้ฟังเบื้องต้น เพื่อเตรียมขอนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ในวันที่มาพบแพทย์ สำหรับการพบครั้งต่อๆ ไปนั้นจะเป็นสถานที่อื่นๆ โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้กำหนดเองตามความสะดวกและความสบายใจของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนด ได้แก่ ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล จำนวน7 ราย ที่ทำงานของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 ราย ที่ทำงานของผู้วิจัย 4 ราย ใต้อาคารเรียนของผู้วิจัย 1 ราย และทางโทรศัพท์ 11 ราย (เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่ได้มาพบแพทย์ตามวันที่นัดหมาย (ในโปรแกรม) ประกอบบ้านของผู้ให้ข้อมูลอยู่ต่างจังหวัดทำให้ทั้งผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการเดินทาง)

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการเก็บข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอนด้วยกัน คือขั้นตอนการเตรียมการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

1.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เนื่องจากผู้วิจัยเป็นหนึ่งในเจ้าหน้าที่ที่ได้ทำกิจกรรมในโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนัก ของโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ทำให้ผู้วิจัยรู้จักและทราบข้อมูลพื้นฐานบางส่วนของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงแพทย์ผู้รักษาซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยดังกล่าว เพื่อขอใช้ข้อมูลในส่วนอื่นที่ต้องการใน CRF ของผู้ให้ข้อมูล

1.2 การสร้างสัมพันธ์และความคุ้นเคย เนื่องจากผู้วิจัยรู้จักผู้ให้ข้อมูลอยู่แล้ว ทำให้สามารถสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ป่วยได้ง่ายมากขึ้น โดยก่อนวันที่ผู้ให้ข้อมูลจะมาพบแพทย์ (ตามวันนัดหมายของโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนัก) ผู้วิจัยได้มีโอกาสอธิบายและถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลแล้ว เมื่อถึงเวลาที่นัดหมายผู้วิจัยเริ่มต้นโดยการแนะนำตัวเองกับผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งอธิบายรายละเอียดของการศึกษา วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยอีกครั้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดแรงจูงใจที่จะแบ่งปันความคิด ความรู้สึกของตนเอง และให้เวลาผู้ให้ข้อมูลในการคิดไตร่ตรองว่าพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการอีกครั้งหรือไม่ หากผู้ให้ข้อมูลยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

Copyright by Mahidol University

1.3 กำหนดสถานที่เก็บข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจให้ความร่วมมือแล้ว ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของการทำวิจัยเรื่องนี้ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มของใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยดังแสดงในภาคผนวก เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิ์และให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ซักถามข้อมูล ข้อสงสัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา พร้อมทำการนัดหมายวัน เวลา เพื่อทำการสัมภาษณ์ ซึ่งสถานที่ในการสัมภาษณ์นั้นผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดว่า ต้องการให้สัมภาษณ์ที่ใด

1.4 ทดลองเก็บข้อมูลก่อนเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยเริ่มต้นเก็บข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่จะทำการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นแนวทางและเข้าใจกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสอบถามผู้ให้ข้อมูล เพื่อต้องการทราบประเด็นจุดเริ่มต้นของปัญหาการแก้ไข อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นในการลดและควบคุมน้ำหนัก เพื่อเป็นแนวทางในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ไขอีกครั้ง เพื่อให้เหมาะสมในการสัมภาษณ์จริง และจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ บันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามเป้าหมายอย่างราบรื่น

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 การนัดหมายวัน เวลาและสถานที่สัมภาษณ์ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งสถานที่ในการสัมภาษณ์นั้นผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดว่า ต้องการให้สัมภาษณ์ที่ใด เช่น สถานที่ที่ใช้ออกกำลังกายในวันที่ผู้ให้ข้อมูลมาพบแพทย์ ที่บ้าน เป็นต้น นอกจากการเก็บข้อมูลโดยเผชิญหน้ากันแล้ว ยังมีการใช้วิธีโทรศัพท์พูดคุยเพิ่มเติมกับผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถออกมาพบผู้วิจัยและผู้วิจัยไม่สะดวกที่จะไปพบ ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามผู้ให้ข้อมูลว่าจะสะดวกในการให้ข้อมูลเมื่อใด ซึ่งส่วนใหญ่จะสามารถพูดคุยได้นานในวันหยุด และช่วงเวลากลางคืนที่ผู้ให้ข้อมูลเลิกงาน เลิกเรียนแล้ว

2.2 วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในการเข้าถึงข้อมูล การสนทนาทำเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยพยายามพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นธรรมชาติ พูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลในลักษณะที่เป็นกันเอง และใช้คำแทนตนเองด้วยชื่อเล่นของผู้วิจัย และชื่อเล่นของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้เกิดความคุ้นเคยกันต่อกันมากขึ้น โดยยึดหลักความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวบุคคล ผู้วิจัยรับฟังและพยายามรับรู้ความเป็นตัวตนของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้สามารถสัมผัสรับรู้กับทุกสิ่งทุกอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลคิดและรู้สึก การพบกับผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายเฉลี่ยแล้วจะพบกันประมาณ 2-3 ครั้ง และใช้วิธีโทรศัพท์สัมภาษณ์ตามขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.3 ก่อนการสัมภาษณ์ในการพบกันในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้ให้ข้อมูลว่า ข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะ

Copyright by Mahidol University

ให้ข้อมูลหรือไม่ ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการให้ข้อมูล ส่วนการนำเสนอข้อมูลในภายหลังจะไม่ใช้ชื่อจริงไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามในประเด็นที่ข้องใจ เพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงค่อยๆเริ่มเข้าสู่ประเด็น ถ้าข้อมูลที่ได้มานั้นครบถ้วนสมบูรณ์ไม่มีข้อคำถามใดๆ เพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยจะแจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าจะไม่มีการนัดพบครั้งต่อไป และให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งว่าจะรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลไว้เป็นส่วนตัว ดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น และถ้าผู้ให้ข้อมูลต้องการสอบถามหรือมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ ระยะเวลาที่ใช้ในการพูดคุย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ถ้าผู้ให้ข้อมูลสะดวกพูดคุย ผู้วิจัยก็พูดคุยไปเรื่อยๆ ตามแนวการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง ในการพูดคุยแต่ละครั้ง ถ้าผู้ให้ข้อมูลเริ่มไม่สบายใจที่จะเล่าต่อหรือไม่มีเวลามากพอในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาแล้วทำการนัดหมายครั้งต่อไป

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

ในแต่ละวันหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะเขียนบันทึกข้อมูลที่ได้ในแต่ละครั้งอย่างละเอียด ข้อมูลจากการอัดเทปบันทึกเสียงจะทำการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำภายในวันที่สัมภาษณ์เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล

2. การจัดแฟ้มข้อมูล

เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงบรรยาย สำหรับใช้ประโยชน์ในการค้นหา วิเคราะห์และเขียนรายงาน โดยแบ่งแฟ้มเป็น 3 ประเภท ได้แก่

2.1 แฟ้มข้อมูลทั่วไป เช่น บุคคล สถานที่

2.2 แฟ้มวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่ได้และแยกประเภทของข้อมูล เพื่อค้นหาความหมายและการหาความสัมพันธ์ของข้อมูล รวมทั้งการหาข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป หากมีข้อมูลที่ต้องเก็บเพิ่มจะบันทึกไว้เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2.3 แฟ้มงานสนาม เป็นแฟ้มที่บันทึกเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการปฏิบัติงาน ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

Copyright by Mahidol University

การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน แสดงในรูปของความถี่

1.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลอายุโดยใช้โปรแกรม SPSS for Window (version 11.5) สถิตที่ใช้ คือ one-way ANOVA และใช้ Tukey ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงซ้อน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อความสะดวกในการค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นต่างๆ ที่เป็นเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยทำเป็นตารางสรุปวิเคราะห์ ยึดหลักตามแหล่งข้อมูล ตามด้วยประเด็นคำถาม การถอดเทป การวิเคราะห์ข้อมูล และท้ายตารางเป็นประเด็นคำถามที่ต้องเก็บเพิ่ม ผู้วิจัยได้กำหนดการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ระยะ คือ

2.1 ระยะแรก คือ การวิเคราะห์ระหว่างเก็บข้อมูล เมื่อผู้วิจัยศึกษารวบรวมข้อมูลได้เพียงพอต่อการศึกษาตามวัตถุประสงค์แล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้นและสรุปออกมาเพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และหาข้อมูลเพิ่มเติม

2.2 ระยะที่สอง คือ การวิเคราะห์หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล และทำการเก็บรวบรวมเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

2.3 ระยะที่สาม คือ การวิเคราะห์ข้อมูลหลังได้ข้อมูลครบ ผู้วิจัยวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ได้ จัดระบบหาความสัมพันธ์ของข้อมูลและปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมให้เกิดความเข้าใจ

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
วิถีชีวิตของเด็กและวัยรุ่นอ้วนและการจัดการกับความอ้วน

วิถีชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนและผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนัก ในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลนั้น เป็นอย่างไร ความคิดและการเลี้ยงดูแบบไหนที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นมีภาวะอ้วน หลังจากนั้นแต่ละครอบครัวมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยวิธีอะไร อย่างไร ซึ่งผลการศึกษาในประเด็นต่างๆที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นส่วนต่างๆ ดังนี้

4.1 พื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน
4.2 วิถีชีวิตและการเป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน
4.2.1 พัฒนาการของการเป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน
4.2.2 การรับรู้และยอมรับว่าอ้วน
4.3 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน หลังยอมรับว่าความอ้วนเป็นปัญหา

4.1 พื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล มีทั้งสิ้น 24 ราย เป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ให้การรักษาในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 12.8$\pm$1.7 ปี อายุสูงสุด 17.0 ปี อายุน้อยสุด 10.0 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศ เพศหญิง 14 ราย เพศชาย 10 ราย ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 11 ราย ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 12 ราย และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 1 ราย

มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร 12 ราย ภาคกลาง 8 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 ราย ภาคตะวันออก 1 ราย และภาคใต้ 1 ราย

Copyright by Mahidol University

ดัชนีมวลกายของบิดา (มีทั้งหมด 22 ราย เพราะมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพี่น้องกัน 2 คู่) พบว่าเป็นโรคอ้วน 17 ราย แบ่งเป็น โรคอ้วนขึ้นที่ 1 (ดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 กก./ตร.ม.) 13 ราย โรคอ้วนขั้นที่ 2 (ดัชนีมวลกาย $\geq$ 30.0 กก./ตร.ม.) 4 ราย และ อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย 23.0-24.9 กก./ตร.ม.) 3 ราย มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่มีดัชนีมวลกายปกติ(ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กก./ตร.ม.) และ 1 ราย มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ(ดัชนีมวลกาย $\leq$18.5 กก./ตร.ม.)

ดัชนีมวลกายของมารดา (มีทั้งหมด 22 ราย เพราะมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพี่น้องกัน 2 คู่) พบว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กก./ตร.ม.) 8 ราย เป็นโรคอ้วนแล้ว 8 ราย แบ่งเป็นโรคอ้วนขั้นที่ 1 (ดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 กก./ตร.ม.) 4 ราย โรคอ้วนขั้นที่ 2 (ดัชนีมวลกาย $\geq$ 30.0 กก./ตร.ม.) 4 ราย และ 6 รายมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย 23.0-24.9 กก./ตร.ม.) แต่ไม่พบว่ามีมารดาที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติเลย(ดัชนีมวลกาย $\leq$18.5 กก./ตร.ม.)

ระดับการศึกษาของบิดา (มีทั้งหมด 22 ราย เพราะมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพี่น้องกัน 2 คู่) พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา ระดับอนุปริญญา/ปวช./ปวส. ระดับปริญญาตรี และระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก 2 ราย 6 ราย 12 ราย และ 2 รายตามลำดับ ส่วนใหญ่ทำอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 9 ราย รับราชการ 5 ราย รัฐวิสาหกิจ 3 ราย และอื่นๆอีก 5 ราย แบ่งเป็น ขับรถส่วนตัว 1 ราย เซลล์ 1 ราย และพนักงานบริษัท 3 ราย

ระดับการศึกษาของมารดา (มีทั้งหมด 22 ราย เพราะมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพี่น้องกัน 2 คู่) พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา/ปวช./ปวส. ระดับปริญญาตรี ระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก และอื่นๆ 2 ราย 2 ราย และ 5 ราย 9 ราย 2 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ และมีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 7 ราย รับราชการ 5 ราย รัฐวิสาหกิจ 1 ราย อื่นๆ อีก 9 ราย แบ่งเป็น พนักงานธนาคาร 1 ราย พนักงานบริษัท 2 รายโรงแรม 1 ราย และแม่บ้าน 5 ราย (ตารางที่ 4.1)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 พื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

รายที่	นามสมมุติ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	ภูมิลำเนา	ดัชนีมวลกาย		ระดับการศึกษา		อาชีพ	
						บิดา	มารดา	บิดา	มารดา	บิดา	มารดา
1	ฝุ่น	ชาย	13.1	ประถมศึกษา	ปทุมธานี	28.0	20.0	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	รับราชการ	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
2	น้ำหวาน	หญิง	14.3	มัธยมศึกษาตอนต้น	กรุงเทพฯ	27.0	22.6	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	ประถมศึกษา	พนักงานบริษัท	พนักงานบริษัท
3	น้ำตาล	หญิง	14.6	มัธยมศึกษาตอนต้น	กรุงเทพฯ	22.5	31.5	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	รับราชการ	รับราชการ
4	ส้ม	หญิง	10.9	ประถมศึกษา	กรุงเทพฯ	25.0	37.2	ปริญญาตรี	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	รับราชการ	รับราชการ
5	กัน	ชาย	12.8	มัธยมศึกษาตอนต้น	กรุงเทพฯ	23.1	23.8	ปริญญาโท/ปริญญาเอก	ปริญญาตรี	รับราชการ	แม่บ้าน
6	เอก	ชาย	12.3	ประถมศึกษา	กรุงเทพฯ	28.2	29.0	ปริญญาตรี	ปริญญาโท/ปริญญาเอก	รัฐวิสาหกิจ	รัฐวิสาหกิจ
7	แหม่ม	หญิง	11.5	ประถมศึกษา	ภูเก็ต	17.6	23.1	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	แม่บ้าน
8	อ้อย	หญิง	17.0	มัธยมศึกษาตอนปลาย	กรุงเทพฯ	26.1	24.1	ปริญญาตรี	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
9	เอ	ชาย	13.8	มัธยมศึกษาตอนต้น	กรุงเทพฯ	26.2	25.0	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	ธนาคาร
10	ปลา	หญิง	15.7	ปวช 1	กรุงเทพฯ	27.5	31.2	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ
11	เอ๋	ชาย	13.0	มัธยมศึกษาตอนต้น	สมุทรปราการ	35.1	20.7	มัธยม 6	มัธยม 6	เซลล์	แม่บ้าน
12	กิ่ง	หญิง	10.9	ประถมศึกษา	สมุทรสาคร	28.3	27.4	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	รับราชการ	แม่บ้าน

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 พื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน(ต่อ)

รายที่	นามสมมุติ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	ภูมิลำเนา	ดัชนีมวลกาย		ระดับการศึกษา		อาชีพ	
						บิดา	มารดา	บิดา	มารดา	บิดา	มารดา
13	ฟาง	หญิง	13.1	มัธยมศึกษาตอนต้น	จันทบุรี	23.3	21.0	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
14	บอล	ชาย	13.2	มัธยมศึกษาตอนต้น	กาฬสินธุ์	27.1	24.1	ปริญญาโท/ปริญญาเอก	ปริญญาตรี	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
15*	แอน	หญิง	11.3	ประถมศึกษา	นครปฐม	21.0	20.1	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	อื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
16*	บุ้ง	ชาย	14.9	มัธยมศึกษาตอนต้น	นครปฐม	21.0	20.1	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	อื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
17*	กิ๊บ	หญิง	12.0	ประถมศึกษา	สุพรณบุรี	30.4	21.9	ปริญญาตรี	ปริญญาโท/ปริญญาเอก	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
18*	หญิง	หญิง	10.5	ประถมศึกษา	สุพรรณบุรี	30.4	21.9	ปริญญาตรี	ปริญญาโท/ปริญญาเอก	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
19	แมว	หญิง	13.1	มัธยมศึกษาตอนต้น	สุรินทร์	23.8	24.0	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
20	โบว์	หญิง	14.2	มัธยมศึกษาตอนต้น	กรุงเทพฯ	27.7	21.6	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัท	รับราชการ
21	แบงค์	ชาย	14.0	มัธยมศึกษาตอนต้น	กรุงเทพฯ	30.4	23.7	ปริญญาตรี	อื่นๆ	พนักงานบริษัท	โรงแรม
22	บอม	ชาย	10.0	ประถมศึกษา	กรุงเทพฯ	27.6	28.1	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	มัธยม 6	รัฐวิสาหกิจ	แม่บ้าน
23	ฝ้าย	หญิง	11.0	ประถมศึกษา	เพชรบุรี	28.4	20.5	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	ประถมศึกษา	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ
24	บิ๊ก	ชาย	11.0	ประถมศึกษา	กรุงเทพฯ	27.6	31.6	มัธยม 6	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	ขับรถส่วนตัว	พนักงานบริษัท

*** หมายเหตุ** เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน รายที่ 15 นามสมมุติ คือ แอน และ รายที่ 16 นามสมมุติ คือ บุ้ง เป็นพี่น้องกัน
รายที่ 17 นามสมมุติ คือ กิ๊บ และ รายที่ 18 นามสมมุติ คือ หญิง เป็นพี่น้องกัน

มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 ตารางสรุปพื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

ลักษณะประชากร	จำนวน (ราย)
เพศ	
ชาย	10
หญิง	14
อายุ (ปี)	
8-12 ปี	13
13-18 ปี	11
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	11
มัธยมศึกษาตอนต้น	11
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1
ปวช.	1
ภูมิลำเนา	
กรุงเทพมหานคร	12
ภาคกลาง	8
ภาคอีสาน	2
ภาคตะวันออก	1
ภาคใต้	1
ดัชนีมวลกายของบิดา	
น้อยกว่าปกติ (≤ 18.5)	1
ปกติ (18.5 – 22.9)	2
เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน (23.0 – 24.9)	3
โรคอ้วน ขั้นที่ 1 (25.0 – 29.9)	13
โรคอ้วน ขั้นที่ 2 (≥ 30.0)	3

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 ตารางสรุปพื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ราย)
ดัชนีมวลกายของมารดา	
น้อยกว่าปกติ (≤ 18.5)	0
ปกติ (18.5 – 22.9)	8
เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน (23.0 – 24.9)	6
โรคอ้วน ขั้นที่ 1 (25.0 – 29.9)	4
โรคอ้วน ขั้นที่ 2 (≥ 30.0)	4
ระดับการศึกษาของบิดา	
ประถมศึกษา	0
มัธยมศึกษา	2
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	6
ปริญญาตรี	12
ปริญญาโท/ปริญญาเอก	2
ระดับการศึกษาของมารดา	
ประถมศึกษา	2
มัธยมศึกษา	2
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	5
ปริญญาตรี	9
ปริญญาโท/ปริญญาเอก	2
อื่นๆ	2
อาชีพของบิดา	
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	9
รับราชการ	5
รัฐวิสาหกิจ	3
ขับรถส่วนตัว	1
เซลล์	1
พนักงานบริษัท	3

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 ตารางสรุปพื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ราย)
อาชีพของมารดา	
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	7
รับราชการ	5
รัฐวิสาหกิจ	1
พนักงานธนาคาร	1
พนักงานบริษัท	2
โรงแรม	1
แม่บ้าน	5

4.2 วิถีชีวิตและการเป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

ลักษณะครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนทั้ง 24 ราย จะมีเพียง 4 รายเท่านั้นที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา ได้แก่ อ้อย บอล กิ๊บและหญิง เพราะอ้อยและบอลย้ายมาอยู่กับญาติที่กรุงเทพตั้งแต่เล็กๆ ส่วนกิ๊บและหญิงนั้น ต้องอยู่กับปู่และย่า เพราะบิดามารดาต้องย้ายไปทำงานต่างจังหวัด ลักษณะครอบครัวของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้นแบ่งเป็น ครอบครัวขนาดเล็กที่มีสมาชิกในบ้าน ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก มีจำนวน 13 ราย ได้แก่ ส้ม เอก แหม่ม เอ เอ๋ กิ่ง ฟาง แอน ปุ้ง แบงค์ บอม บิ๊ก และฝ้าย และ ครอบครัวใหญ่ที่มีสมาชิกในบ้านหลายคน จำนวน 11ราย ได้แก่ ฝุ่น น้ำหวาน น้ำตาล กัน อ้อย ปลา บอล กิ๊บ หญิง แมว และโบว์ (ตารางที่ 4.3)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนสมาชิกและรายละเอียดของครอบครัวเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

รายที่	นามสมมุติ	จำนวนสมาชิกในครอบครัว	รายละเอียด
1	ฝุ่น	5 คน	บิดา มารดา ย่า ฝุ่น และน้อง
2	น้ำหวาน	9 คน	บิดา มารดา น้ำหวาน น้องชาย ปู่ ย่า น้า 2 คน และอา
3	น้ำตาล	4 คน	บิดา มารดา น้ำตาล และ ยาย
4	ส้ม	2 คน	มารดา และส้ม
5	กัน	6 คน	บิดา มารดา กัน น้องสาว น้องชาย และย่า
6	เอก	4 คน	บิดา มารดา พี่ชาย และเอก
7	แหม่ม	3 คน	บิดา มารดา และแหม่ม
8	อ้อย	5 คน	ป้า อ้อย และครอบครัวของป้า (ไม่ได้อยู่กับครอบครัว)
9	เอ	4 คน	บิดา มารดา พี่สาว และเอ
10	ปลา	9 คน	มารดา ตา ยาย ป้า 3 คน น้า ปลา และน้อง
11	เอ๋	5 คน	บิดา มารดา เอ๋ น้องชาย และน้องสาว
12	กิ่ง	3 คน	บิดา มารดา และกิ่ง
13	ฟาง	4 คน	บิดา มารดา ฟาง และน้อง
14	บอล	6 คน	ยาย น้า ลูกพี่ลูกน้อง 3 คน (ไม่ได้อยู่กับครอบครัว) และบอล
15	แอน	6 คน	บิดา มารดา พี่ชาย และแอน
16	ปุ้ง	6 คน	บิดา มารดา ปุ้ง และน้องสาว
17	กิ๊บ	4 คน	ปู่ ย่า กิ๊บ และน้องสาว (ไม่ได้อยู่กับครอบครัว)
18	หญิง	4 คน	ปู่ ย่า พี่สาว และหญิง (ไม่ได้อยู่กับครอบครัว)
19	แมว	6 คน	บิดา มารดา น้องสาวย่า แมว และน้อง 2 คน
20	โบว์	5 คน	บิดา มารดา ยาย พี่สาว และโบว์
21	แบงค์	5 คน	บิดา มารดา แบงค์ และน้อง 2 คน
22	บอม	4 คน	บิดา มารดา บอม และน้อง
23	ฝ้าย	6 คน	บิดา มารดา พี่ 3 คน และฝ้าย
24	บิ๊ก	4 คน	บิดา มารดา พี่สาว และบิ๊ก

Copyright by Mahidol University

4.2.1 พัฒนาการของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

4.2.1.1 พฤติกรรมการกิน จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีปัจจัยการมีภาวะอ้วน จาก 2 ส่วน ส่วนแรกคือครอบครัว พบว่า การได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่ไม่มีเวลาในการดูแล การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสมเรื่องอาหาร เรื่องโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อน และการมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความอ้วน ส่วนที่สอง คือโรงเรียน เพราะมีเพื่อนชวนกันกิน เพราะที่โรงเรียนมีของกินขายเยอะมาก หรือขายอาหารตลอดเวลา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้มีพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม จนทำให้เกิดมีภาวะอ้วนขึ้น ดังข้อมูลต่อไปนี้

1. ครอบครัว: การเลี้ยงดูของครอบครัว

1.1 ไม่มีเวลาดูแล พบว่า การที่บิดามารดา หรือผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแลลูกเรื่องอาหารการกิน ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเรื่องหน้าที่การงาน เพราะต้องออกไปทำงานตั้งแต่เช้า เย็น ค่ำ จึงจะกลับ ทำให้ น้ำหวาน แบงค์ ฝุ่น โบว์ และส้ม มีพฤติกรรมการกินที่ส่งผลในเกิดภาวะอ้วนขึ้นได้ เช่น เพราะไม่มีเวลาในการดูแล ทำให้มารดาของน้ำหวานและแบงค์ใช้วิธีการซื้ออาหารมาตุนเอาไว้ให้ลูกเพราะให้เหตุผลว่า เป็นห่วง กลัวลูกหิว กลัวลูกไม่มีอะไรทาน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

*"พฤติกรรมการกินปล่อยตามสบาย กินอะไรก็กิน ที่บ้านจะทำอาหารกินเฉพาะ เสาร์-อาทิตย์ เพราะวันธรรมดาไม่ว่างต้องไปทำงานทั้งคู่ ก็เลยให้เขาซื้อกินเอง และแม่ก็เป็นคนชอบซื้อของมาตุนไว้ให้ เพราะกลัวเขาหิว ห่วงลูก ส่วนใหญ่จะซื้อจากจังหวัดนนท์ จะเป็นพวกไส้กรอก ไส้ไก่ ทานอยู่แบบนี้ตลอด 3 ปี จนมา ป .5 ป.6 หนักขึ้นเรื่อยๆ เพราะแม่ซื้อทุกวัน ความรู้สึกของพ่อแม่ก็ต้องเข้าใจว่าห่วงลูก กลัวลูกกลับมาจากเรียน จะไม่มีอะไรทาน" (*คุณแม่ของน้ำหวาน*)*

"ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาดูแล บางครั้งก็กลับบ้านดึกเพราะต้องทำงาน ก็จะซื้อพวกขนมปังปอนด์ไว้ให้เขา เพราะเขาจะชอบกินมาก กิน 2 วัน 3 วัน ก็หมดแล้ว" (คุณแม่ของแบงค์)

เพราะบางครั้งที่คุณแม่ไม่ว่างต้องไปงาน ก็จะเป็นหน้าที่ของคุณย่าและคุณยายทำอาหารมื้อเย็นให้ฝุ่นและโบว์ ส่วนมากอาหารที่ทำให้รับประทานจะเป็นอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด เพราะรู้ว่าหลานชอบรับประทานจึงทำให้หลานเป็นประจำ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ผมเป็นคนชอบกิน กินทุกอย่างอาหารที่บ้านส่วนมากตอนเช้าไปโรงเรียนแม่จะทำข้าวไข่เจียวให้ทานเพราะต้องออกจากบ้านเช้าประมาณตีห้าครึ่ง ไปรถรับส่ง ส่วนตอนเย็นกลับมาคุณย่าจะชอบทำหมูทอดให้ครับ กลิ่นหอมมาก" (น้องฝุ่น)

"เป็นคนที่ทานข้าวเยอะค่ะ เมื่อก่อนข้าวก็ประมาณ 3 ทัพพี กับข้าวก็จะเป็นพวก ไก่ทอด เนื้อทอด ชอบกิน คุณแม่จะทำให้แต่ถ้าไม่ว่างก็จะเป็นคุณยายค่ะ" (น้องโบว์)

Copyright by Mahidol University

"คนกินจุกกินจิก ชอบกินของทอด อย่างไข่เจียว จะทานบ่อยมาก อาทิตย์ละประมาณ 3-4 ครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นแม่ครัวทำให้ทาน ปกติเป็นคนไม่ทานผักด้วยค่ะ ทานข้าวไม่เยอะหรอกแต่จะหนักกับมากกว่า ก็เลยทำให้อ้วน" (น้องแมว)

เพราะทั้งบิดามารดา รับราชการทั้งคู่ ประกอบกับสถานที่ทำงานอยู่ไกลจากบ้าน ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลเรื่องอาหารการกินมื้อเย็นมากนัก จึงต้องเป็นหน้าที่ของคุณน้าในการดูแลเรื่องอาหารการกินให้น้องส้ม แต่เพราะคุณน้าไม่ค่อยให้ความสนใจเรื่องสุขภาพมากนัก จึงให้น้องส้มกินแต่อาหารที่อยากกินมากกว่าการให้กินอาหารที่เป็นประโยชน์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ก็เริ่มอ้วนตั้งแต่อนุบาล 3 แล้วก็เริ่มอ้วนขึ้นเรื่อยๆ ปีละ 2-3 กิโล ก็ขึ้นอย่างนี้ตลอด แต่เพราะก่อนหน้านั้นเคย ฝากข้างบ้านเลี้ยง แล้วกินข้าวช้า ก็เลยบอกว่าเดี๋ยวให้คนอื่นมาแย่งกิน เขากลัว ก็เลยเคี้ยวเร็วขึ้นมาก หรือบางครั้งที่เขาต้องอยู่กับน้า น้าเขาก็จะบอกว่า อยากกินอะไรก็กินไป คือ น้าเขาจะไม่เหมือนเราเขาไม่ค่อยดูแลเรื่องการกิน และบ้านน้าเขาจะทานข้าวดึก ประมาณ 2 ทุ่ม 3 ทุ่ม แต่ถ้าอยู่กับแม่ แม่จะคอยควบคุม จะไม่ให้เขากินดึก จะให้กินก่อน 6 โมง แต่เพราะเราต้องทำงานจึงไม่ค่อยมีเวลาดูแล" (คุณแม่ของส้ม)

ในขณะที่ แอน บุ้ง เกิดภาวะอ้วนขึ้น เพราะที่บ้านทำร้านอาหาร ทำให้มารดาไม่มีเวลาในการดูแลเรื่องการกินมากนัก เพราะต้องดูแลร้านอาหาร ส่วนบิดาต้องออกไปทำงานประจำนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาในการควบคุมการกินของแอนและบุ้ง แอนและบุ้งจึงให้แม่ครัวทำอาหารที่ชอบ ที่อยากรับประทานกิน เช่น กุ้งชุบแป้งทอด ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"กินเยอะ แต่ไม่ค่อยออกกำลังกาย อาหารก็จะเป็นพวกแป้ง พวกทอด มีน้องกับผมนี่แหล่ะครับที่ชอบอาหารแบบนี้ คนอื่นในครอบครัวเขาไม่ค่อยกินกันหรอก ส่วนใหญ่ก็สั่งที่แพให้เขาทำให้กิน ผมกับน้องจะชอบกุ้งชุบแป้งทอดครับ เพราะที่บ้านทำร้านอาหาร เห็นอาหารบ่อย ก็เลยทำให้อยากกิน " (น้องบุ้ง)

1.2 ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม การที่ผู้ปกครองเลือกซื้อหรือประกอบอาหร โดยไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องชนิด ประโยชน์ ปริมาณและพลังงานของอาหารที่ถูกต้อง เช่น คุณแม่ของน้องฟาง ให้น้องฟางทานนมเปรี้ยวเพราะคิดว่าปริมาณน้อยไม่ทำให้อ้วน ให้ทานราดหน้าแทนการทานข้าว เพราะคิดว่าในราดหน้ามีผักเยอะมีปริมาณเส้นใหญ่น้อยเมื่อเทียบกับปริมาณข้าว 1 จาน และคุณพ่อและคุณแม่ของน้องเอให้น้องเอทานข้าวมันไก่ทอดทุกวัน เป็นปี เพราะง่ายและสะดวก และไม่รู้ว่าข้าวมันไก่ทอดให้พลังงานสูง และพาไปกินอาหารนอกบ้านบ่อยๆ เพราะเป็นอาหารที่น้องเอชอบ เช่น พิซซ่า แมคโดนัล เคเอฟซี ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

Copyright by Mahidol University

"ก่อนหน้าที่จะได้เข้าร่วมโครงการพี่ให้เขาทานนมเปรี้ยวตลอด เพราะพี่เข้าใจว่าปริมาณมันน้อย หรืออย่างราดหน้าพี่ก็ให้เขากินเพราะพี่คิดว่าเส้นมันน้อย ผักก็เยอะดี แต่ถ้าเป็นข้าวมันดูเยอะไป" (คุณแม่ของฟาง)

"เมื่อก่อนตอนเช้าไม่ค่อยมีเวลา เราก็กินข้าวมันไก่ทอด เพราะความไม่รู้ เพราะสะดวก ตอนเช้ารถติด ต้องออกตั้งแต่ตี 5 ไม่มีเวลาทำอาหาร เช้าก็เลยเป็นข้าวมันไก่ สั่งพิเศษด้วยนะ เป็นอย่างนี้เป็นปี สองปี ตั้งแต่ ป. 3, 4, 5แล้วคุณแม่เขาเป็นคนนิยมเรื่องการกิน วันเสาร์ วันอาทิตย์เขาก็จะพากันไปกิน เคเอฟซี พิซซ่า แม็คโดนัล ไก่สั่งทีเป็นตัว สั่งชุดพิเศษ ชุดใหญ่ เขาจะกินกับแม่ กินกันจนหมด" (คุณพ่อของเอ)

การที่ผู้ปกครองไม่ทราบถึงผลเสียของภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นจากการมีภาวะอ้วนของลูก เพราะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ไม่เคยคิดที่จะลดน้ำหนักของลูก ได้แก่ คุณพ่อน้องเอ๋ ที่เคยควบคุมการกินของน้องเอ๋บ้างแต่ไม่จริงจังมากมาย เพราะรู้สึกว่าน้องเอ๋ยังไม่มีอาการอะไร ยังมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่เจ็บป่วย จึงทำให้น้องเอ๋บริโภคอาหารไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมต่อไป ดังคำพูดที่ว่า

"คือสาเหตุที่ทำให้อ้วนน่าจะมาจากการไม่จริงจังของเรามากกว่า บอกเขาไป พอเขาไม่ทำเราก็เฉยๆ เพราะว่าผมไม่เคยรู้เรื่องปัญหาของกระดูก หรืออย่างอื่นเลย คือเมื่อก่อนไม่เคยคิดถึงตรงนี้เลยเพราะผมเห็นเขาไม่มีโรคภัยอะไร ก็มีไปหาหมอบ้างเรื่องไม่สบายตามปกติแต่ไม่รุนแรง มีนอนกรนแต่ก็น้อย" (คุณพ่อของเอ๋)

1.3 ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง จากการสัมภาษณ์พบว่าหลายครอบครัวที่มีความเชื่อต่างๆที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการกิน เรื่องสุขภาพและเรื่องภาพลักษณ์ของเด็กอ้วน ได้แก่ ครอบครัวของเอก ฟาง ฝุ่น บิ๊ก และกิ่ง ครอบครัวของเอก ฟาง และบิ๊ก ที่เชื่อว่า *"เด็กมันกำลังโตเดี๋ยวมันก็ยืด..ก็ลง...ก็ผอมเอง"* เพราะในครอบครัวเคยมีสมาชิกที่อ้วนมาก่อน เมื่อโตขึ้นก็ผอมลงได้ ดังคำพูดว่า *"เราก็เข้าใจว่าเดี๋ยวโตไปเรื่อยๆ มันคงดีขึ้นมันคงจะยืดขึ้น เพราะพี่ของเอกสักพักโตขึ้นเขาก็ตัวยืดนะ ก็ไม่อ้วน ตอนนี้ก็ยังไม่อ้วนเลย"* (คุณแม่ของเอก) เช่นเดียวกับคุณยายของน้องฟางที่เชื่อว่า การที่หลานกินเก่ง กินได้ และอ้วน เพราะหลานอยู่ในวัยกำลังโต ไม่นานก็จะลดลงเองได้ ดังคำพูดว่า *"เรื่องกินคุณยายจะไม่ค่อยห้าม จะตามใจมาก อยากจะกินอะไรก็ทำให้กิน คือเขาคิดว่า "เด็กมันกำลังโตเดี๋ยวมันก็ลงเองแหละ" บางครั้งก็ให้เงินไปซื้อ เพราะเขาชอบทานขนม ของจุกจิก น้ำผลไม้ น้ำหวาน"* (คุณแม่ของฟาง) เช่นเดียวกับคุณพ่อของฝุ่นที่พูดว่า *"เขาเป็นเด็กที่กินได้ทุกอย่าง กินได้เร็วและกินปริมาณเยอะมาก แต่เราเห็นว่าเขากินเยอะแต่เขาก็เล่นกีฬา ก็เลยคิดว่าไม่น่าเป็นอะไร คิดว่าเดี๋ยวโตขึ้นคงผอมเอง"* (คุณพ่อของฝุ่น)

Copyright by Mahidol University

บางครอบครัวให้ความหมายการมีภาวะอ้วนของลูกเป็นเชิงบวกว่า “น่ารักดี” เพราะคิดและรู้สึกว่า เด็กอ้วนจ้ำหม่ำ น่ารัก ได้แก่ ครอบครัวของกิ่ง ดังคำพูดที่ว่า “*เขาอ้วนตั้งแต่ 3 ขวบนะ น้ำหนักเกินเกณฑ์ตลอดเพราะทานเยอะ เพราะคุณแม่ไม่มีเวลาต้องไปทำงาน ก็เลยให้คุณปู่คุณย่าเลี้ยง คุณปู่คุณย่าให้กินเยอะ ให้กินตลอด เพราะพอเขาเห็นว่าหลานกินได้เขาก็ให้กิน เพิ่มปริมาณขึ้นไปเรื่อยๆ แล้วตอนนั้นตัวคุณแม่เองก็มองว่าน้องกิ่งก็จ้ำหม่ำน่ารักดี ก็เลยไม่รู้สึกว่าต้องจัดการหรือคิดทำอะไรเพื่อลดน้ำหนักเขา*” (คุณแม่ของกิ่ง)

ซึ่งครอบครัวของบิ๊ก ก็เชื่อว่า การให้เด็กหยุดกินนั้นจะทำให้ความสูงหยุดไปด้วย เพราะกำลังอยู่ในวัยเจริญเติบโต ดังคำพูดที่ว่า “*เขากินเก่งมาก ประมาณ 8 ขวบเขาก็กินข้าวได้ 2-3 ทัพพี เพราะทุกคนในบ้านจะพูดว่า เขากินได้ก็ให้กินอย่าไปปิดกั้นเขาไป เพราะเดี๋ยวมันจะไปหยุดการเจริญเติบโตของเขา*” (คุณแม่ของบิ๊ก)

2. ครอบครัว : รูปแบบการกินของครอบครัว

2.1 กินอาหารไม่พร้อมกัน จากการสัมภาษณ์ พบในเด็กและวัยรุ่นอ้วน ได้แก่ กัน ปลา และแหม่ม ในครอบครัวใหญ่มีสมาชิกหลายคน แต่ละคนมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ จึงไม่สามารถรับประทานอาหารได้พร้อมกัน ทำให้ กัน ปลา และแหม่ม ร่วมรับประทานอาหารพร้อมคนอื่นอีก การมีพฤติกรรมการกินไม่เป็นเวลา ไม่เป็นมื้อ เพราะร่วมกินด้วยทุกครั้งที่เห็นผู้อื่นกิน จึงได้รับพลังงานจากอาหารที่ทานเข้าไปมากเกินความต้องการของร่างกายเกิดเป็นภาวะอ้วนได้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“*เพราะน้องกันกินตลอด เห็นใครกินก็กิน และก็ชอบกินตอนกลางคืนด้วย เช่น 3 ทุ่มอยากกินก็จะลงมาหาให้ย่าเจียวไข่ให้ กินเสร็จก็ขึ้นไปนอน แล้วมีอยู่ช่วงหนึ่งที่คุณแม่ท้องน้องคนที่สองคุณตาคุณยายมาอยู่ด้วย คุณตาคุณยายเป็นไกด์ ปกติแล้วจะกลับบ้านดึก จึงกินอาหารดึก เขาก็ลงมากินด้วย มันก็ยิ่งสะสม แล้วยิ่งช่วงกลางวันกลับมาจากโรงเรียนประมาณบ่ายสองบ่ายสามปู่ก็จะซื้อบะหมี่ไว้ให้ห่อหนึ่ง พอตกเย็นเขาก็จะกินพร้อมปู่อีก พอพ่อกลับมาทุ่มหนึ่งก็กินอีก เป็นแบบนี้มาตลอด*” (คุณแม่น้องกัน)

“*ที่บ้านเป็นครอบครัวใหญ่ ทุกคนจะชอบทานกันอยู่แล้ว ทานเนื้อ ทานมัน และจะกินอาหาร ไม่พร้อมกัน เขาเห็นใครกินก็กินด้วย แล้วคุณแม่เห็นเขาทานได้ก็เพิ่มปริมาณไปเรื่อยๆ เพราะกลัวเขาไม่อิ่ม*” (คุณแม่น้องปลา)

“*เพราะครอบครัวใหญ่ และที่บ้านเป็นร้านอาหารค่ะ ก็เลยกินข้าวไม่พร้อมกัน เพราะต้องผลัดกันดูร้าน เขาก็เลยไปร่วมได้ทุกวง ก็เลยทำให้น้องแหม่มเป็นเด็กกิน กินตลอด กินไม่รู้จักอิ่ม อย่างเนื้อย่างก็กินเป็นจานเลย ชอบกินเยอะๆ เป็นอย่างๆ มีเยอะเท่าไหร่ก็กินหมด*” (คุณแม่น้องแหม่ม)

Copyright by Mahidol University

2.2 ชวนกันกิน เด็กและวัยรุ่นอ้วน ได้แก่ น้ำตาล และเอ๋ อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกคนอื่นมีพฤติกรรมชอบกิน กินเก่ง และชอบกินอาหารประเภทเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูล เช่น ของหวาน ของทอด ของมัน ก็จะเกิดการชวนกันกินเกิดขึ้น เพราะรู้สึกว่ามีอรรถรสในการกินเพิ่มขึ้น ทำให้กินได้มากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*อ้วนกันทั้งบ้าน เพราะกินเก่งกันทุกคน คุณยายก็ชอบกินของหวานๆจะฝากให้ซื้อเป็นประจำ เช่น โรตีสายไหมแล้วก็จะชวนเขากินด้วย วันเสาร์วันอาทิตย์จะไปช่วยขายของที่บ้านคุณปู่ คุณย่า ก็จะมีบรรดาอาๆของเขาชอบทำของทอดๆ ไก่ทอดบ้าง เฟรนฟรายบ้าง ก็จะชวนเขากินด้วย ตอนเย็นก็พากันไปกินอาหารนอกบ้านเพราะจะอยู่กันครบทุกคน ทำให้ยิ่งกินได้เยอะ*" (คุณแม่ของน้ำตาล)

"*เมื่อก่อนจะกินกันแบบไม่คิดเลย ชอบกินของมันๆ กินกันทุกคน เช่น ไข่พะโล้ ผมก็ชอบ เขาก็ชอบกิน หอยทอด ไก่ทอด กินทุกอย่าง จะชอบกินอาหารแบบนี้กันทั้งบ้าน แล้วก็ กินกันหลายรอบด้วย มีเช้า กลางวัน เย็น สี่ทุ่ม ก่อนนอน ถ้านอนแล้วไม่หลับ ก็กินอีกมื้อ ไปกินกันทั้งแก๊งค์เลย แต่คุณแม่เขาจะกินน้อย บางทีน้องเขาดูหนังเพลิน หิว ก็เลยกินกันทั้งหมดเลย*" (คุณพ่อของเอ๋)

2.3 อาหารเหลือ..เสียดาย การกินในลักษณะนี้เกิดจากความรู้สึกเสียดายอาหารที่เหลือจากการรับประทานอาหาร เช่น ป้าของอ้อย เพราะรู้สึกเสียดายกับข้าวที่เหลือ จึงให้อ้อยเหมากับข้าวทุกครั้ง ทำให้น้ำหนักของอ้อยขึ้นทุกปี ดังคำพูดที่ว่า "*เขาเป็นเด็กที่อ้วนมาตั้งแต่เล็ก เพราะสมัยก่อนนั่งทานข้าวด้วยกัน กับข้าวเหลือก็จะบอกให้เขาเหมาตลอด เขาก็กิน กินจนหมด เป็นแบบนี้ทุกครั้ง แล้วน้ำหนักก็ขึ้นทุกปี เมื่อก่อนไม่คิดมากเพราะตอนเด็กจ้ำม่ำก็น่ารักดี*" (คุณป้าของอ้อย)

3. โรงเรียน

3.1 อาหารไม่เน้นผัก พบว่า ที่โรงเรียนของเด็กและวัยรุ่นอ้วน บางรายมีอาหารที่ขายภายในโรงเรียน มีส่วนประกอบของผักน้อยมาก เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวกระเพราะไก่ไข่ดาว พะแนงไก่ เต้าหู้ทรงเครื่อง ไก่ทอด เฟรนฟราย และมีน้ำหวาน น้ำอัดลม ขายในโรงเรียนเยอะมาก บางโรงเรียนไม่จำกัดเวลาซื้อทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วน สามารถลงมาซื้อได้ตลอดเวลา ตอนเย็นหลังเลิกเรียนก็จะมีอาหารขายหน้าโรงเรียน เมื่อเด็กและวัยรุ่นอ้วนเห็นก็จะซื้อกินเพราะมักเป็นอาหารที่ตนเองชอบอยู่แล้ว เช่น ไก่ทอด ดังตัวอย่างคำพูดของ ฝุ่น เอก อ้อย กัน เอ๋ แอน ส้ม และเอ ดังนี้

"*อาหารที่โรงเรียน จะเป็นข้าวราดแกงธรรมดา พวกกระเพราะไก่ ข้าวมันไก่ ส่วนใหญ่ผมชอบทานข้าวมันไก่ กับข้าวราดแกงครับ น้ำก็ทานน้ำเปล่า หรือไม่ก็เป๊ปซี่*" (น้องฝุ่น)

Copyright by Mahidol University

"อาหารที่โรงเรียนจะไม่ค่อยมีผัก จะเป็นพวก แกงพแนงไก่ เต้าหู้ทรงเครื่อง ไส้กรอกน้ำแดง" (คุณแม่ของเอก)

"ตอน ม.ต้น อ้อยจะกินไอติมแท่ง ไก่ทอด ก็กินทุกวัน กินเยอะนะ ทั้งเทอมเลย อ้อยชอบใส่มายองเนสด้วย บางครั้งไม่อยากลงไปกินข้าวที่โรงอาหารก็จะฝากเพื่อนซื้อขึ้นมาให้ ส่วนมากจะเป็นพวกเฟร้นฟราย ไก่ทอด เพราะว่ากินง่าย และก็ชอบกินด้วย" (น้องอ้อย)

"เมื่อก่อนคุณแม่ก็ไปรับเขาที่โรงเรียนก็จะเห็นเขาซื้อลูกชิ้นทอดหน้าโรงเรียนเป็นประจำ ครั้งละประมาณ 5 ไม้ คือกินอิ่ม เป็นแบบนี้มาตลอด" (คุณแม่ของกัน)

"เริ่มอ้วนมากๆตอนประถม เพราะในโรงเรียนมีขายไก่ทอด ป๊อปคอน ขายกันในโรงเรียนเลย เพราะโรงเรียนไม่มีนโยบายลดความอ้วน ผมเห็นมีนักเรียนในโรงเรียนอ้วนมากเกือบครึ่งเลย และตัวผมเองก็ให้เงินไปโรงเรียนมากด้วย ทำให้น้องเอ๋ซื้อกินเองได้เต็มที่ หลังเลิกเรียนพิเศษก็ยังกินไก่ทอด น่องเล็กประมาณสี่ชิ้นต่อวัน เป็นประจำ แล้วก็น้ำอัดลมแก้วหรือสองแก้วทุกวัน" (คุณพ่อของเอ๋)

"อาหารที่โรงเรียนแอนว่าก็มีส่วนนะ เพราะว่าในร้านสวัสดิการจะมีขายพวกสเลอปี้ ไส้กรอกชีส อาทิตย์หนึ่งก็กินประมาณ 2-3 วัน และก็จะกินขนมบ่อยค่ะ" (น้องแอน)

"ตอนเย็นเขาหิว หน้าโรงเรียนก็จะมีพวกมาม่าผัด ไก่ทอด ขายเยอะมาก คืออาหารในโรงเรียนมันไม่ได้ทำให้เขาอ้วนอยู่แล้ว เพราะที่โรงเรียนจะไม่ให้ทานมาก นอกจากเด็กจะขอเพิ่มแต่จะเป็นอาหารหน้าโรงเรียนมากกว่า ถ้าเลิกเร็วเขาจะกินอาหารหน้าโรงเรียนทุกวัน ก็จะเป็น ข้าวกับไก่ทอด 1 ไม้ แต่ถ้าไม่อิ่มก็จะเพิ่มเป็น 2 ไม้ และก็กินน้ำอัดลม ชาไข่มุกตลอด หรือไม่ก็ซื้อซูชิจากตลาดครั้งละ 5-6 ชิ้น กินรองท้องก่อนมากินมื้อเย็นที่บ้าน" (คุณแม่ของส้ม)

"กลางวันเขาจะ ทานเยอะมาก ประมาณ3-4 ทัพพี อาหารที่โรงเรียนก็จะเป็นประเภทแกงเขียวหวาน พะแนง บางวันถ้ามีไก่ทอด ปลาทอดก็กินเป็นสองเท่าจากที่เขาตักให้ ข้าวเขาตักให้ 3 ทัพพี ก็จะเป็น 6 ทัพพี แล้วที่โรงเรียนมีน้ำอัดลม ชาไข่มุก เขาก็กินทุกวันๆ ละ 1 แก้ว" (คุณพ่อของเอ)

3.2 เพื่อนชวน นอกจากชนิดของอาหารที่ขายทั้งในโรงเรียนและหน้าโรงเรียนที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนแล้ว ยังพบว่า การที่เพื่อนในกลุ่มชวนกิน หรือมีเพื่อนชอบกินอาหารหรือขนมเหมือนกับเด็กและวัยรุ่นอ้วนนั้นก็จะยิ่งทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนมีพฤติกรรมการกินมากขึ้นอีกได้เช่นกัน ดังตัวอย่างคำพูดของฟางดังนี้

"อยู่โรงเรียน เพื่อนๆในกลุ่มก็อ้วนต่างคนต่างก็กินกัน แล้วที่โรงเรียนมีของกินขายเยอะมาก ขายอาหารตลอดเวลา แล้วหลังเลิกเรียนที่หน้าโรงเรียนจะมีของกินขายหลายสิบร้าน อาหารก็จะเป็นพวกไส้กรอกทอด มาม่าผัด มีแต่ของอ้วนๆนะ อาหารในโรงเรียนก็จะเป็นพวกเบอเกอรี่แล้วก็น้ำสี นักเรียนก็ลงมาซื้อได้ตลอดเวลาด้วย" (น้องฟาง)

Copyright by Mahidol University

4.2.1.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย นอกจากพฤติกรรมการกินที่ทำให้เกิดการมีภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นอ้วน พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันน้อย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพราะให้เหตุผลว่า ไม่ชอบ ไม่มีเวลา เพราะต้องทำการบ้าน เพราะต้องไปเรียนพิเศษ เพราะไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย มีเพียง 4 ราย จาก 14 ราย ในเด็กและวัยรุ่นอ้วนเพศหญิงที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ ฟาง กิ๊บ หญิง และแมว เพราะมีผู้ปกครองคอยบังคับกระตุ้นเตือน จึงทำให้ฟาง กิ๊บ หญิง และแมว จึงได้ออกกำลังกายบ้างนอกจากในชั่วโมงเรียนของโรงเรียน

ส่วนเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่เป็นเพศชายนั้น มี 9 ราย จาก 10 ราย ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่น เล่นฟุตบอล เล่นเทนนิส เล่นบาสเกตบอล ส่วนใหญ่มักเล่นกับเพื่อนที่โรงเรียน หรือเพื่อนในหมู่บ้าน แต่เพียง 1 รายที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย คือ เอ๋ เพราะบิดากังวลเรื่องการคบเพื่อน จึงไม่ต้องการให้ออกไปเล่นนอกบ้าน

1. ไม่มีเพื่อน ไม่มีพื้นที่ เพราะผู้ปกครองบางรายมีภาระหน้าที่ที่ต้องทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาต้องเอาใจใส่เด็กและวัยรุ่นอ้วนเรื่องการออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำพูดของน้ำหวาน น้ำตาล แหม่ม และปลา ที่ว่า

"*ไม่ค่อยได้ออกเลย ถ้าจะออกก็ในชั่วโมงเรียนมากกว่า ประมาณอาทิตย์ละ 1 วันเอง เลิกเรียนก็กลับบ้าน หลังจากนั้นก็ทำการบ้าน เสร็จก็จะนั่งดูโทรทัศน์ค่ะ ส่วนวันเสาร์ วันอาทิตย์ จะไม่ทำอะไรเลย อยู่แต่หน้าทีวี กิน ดูทีวี แล้วก็นอน*" (น้ำหวาน)

"*ออกกำลังกาย ส่วนมาก แค่ชั่วโมงพละหรือบางทีถ้ามีเพื่อนเล่นจะได้เล่นบ้างกับเพื่อนบ้าง ถ้าออกเป็นกิจจะลักษณะ ไม่ค่อย*" (น้ำตาล)

"*เพราะคุณแม่ต้องดูร้านอาหารคะ บางครั้งก็เลยไม่ค่อยมีเวลาดูแลเขา วันหยุดส่วนใหญ่ เขาอยู่แต่หน้าคอมพิวเตอร์ตลอดเวลา ถึงห้าโมงเย็น เล่นเกมส์ เล่นเอ็ม พักแป๊ปนึงช่วงแบรกกินข้าวแค่นั้นคะบางครั้งเราก็ให้เขามาช่วยเสริฟอาหารแต่ก็ได้แค่ครั้ง สองครั้งเขาก็ไม่ทำแล้วหายไปนอนแล้ว*" (คุณแม่ของแหม่ม)

"*คือเมื่อก่อนตอนพ่อเขาอยู่ บ้านนั้นจะมีที่ให้ออกกำลังกาย เสาร์- อาทิตย์ ก็พากันไปวิ่งหรือบางครั้งจะให้ปั่นจักรยาน น้องส้มเขาเป็นคนชอบปั่นจักรยาน บางทีก็ปั่นในซอยบ้าน บางทีก็ปั่นไปหาเพื่อน ตอนเช้าๆ คุณพ่อเขาจะปลุก ให้ลุกขึ้นไปวิ่ง วิ่งไป วิ่งมา ประมาณ 1 ชั่วโมงได้นะ เพราะคุณพ่อเค้าบังคับ และเมื่อก่อนตอนเย็น จะมีพี่ข้างบ้าน เขาจะชอบเล่นแบต หลังจากนั้นไม่ได้ทำต่อ เพราะพอย้ายบ้านใหม่ไม่มีที่ให้เขาเล่น และไม่มีเพื่อนด้วย เขาก็เลยไม่อยากออกกำลังกาย*" (คุณแม่ของส้ม)

"*เพราะคุณแม่ไม่ค่อยมีเวลา ต้องทำงานและที่บ้านก็ไม่มีที่ให้เขาวิ่งเล่น เพราะอยู่กันหลายคน ส่วนใหญ่เขาจะชอบนั่งดูโทรทัศน์มาก นั่งกินข้าวก็ยังดูโทรทัศน์เลย*" (คุณแม่ของปลา)

Copyright by Mahidol University

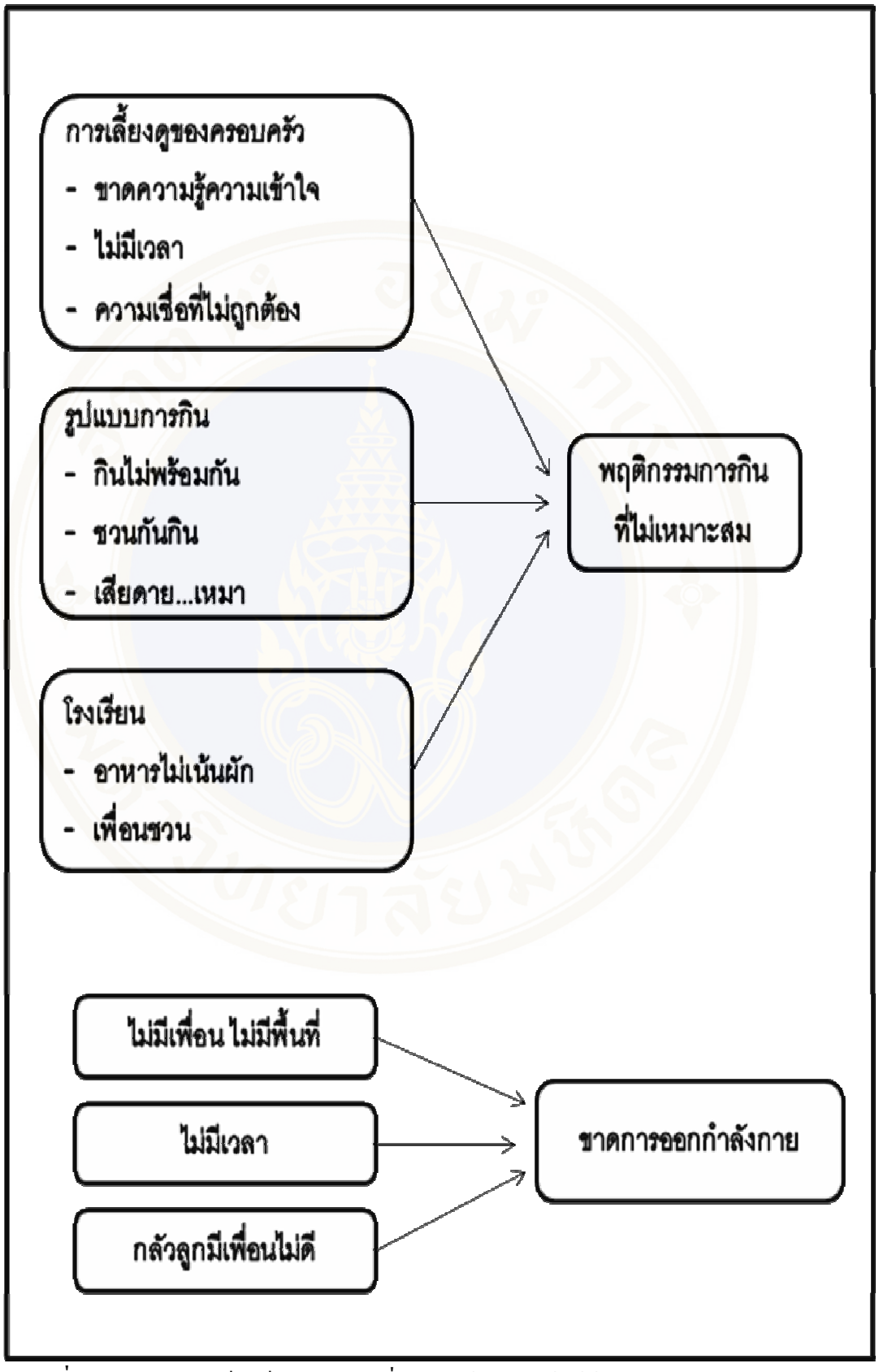
2. ไม่มีเวลา บางรายผู้ปกครองให้จะความสำคัญเรื่องการเรียนมาก เพราะกังวลว่าเด็กและวัยรุ่นอ้วนจะเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อนบ้าง กลัวจะสอบเข้าเรียนต่อไม่ได้บ้าง ดังคำพูดที่ว่า "*เพราะเขาเรียนหนังสือไม่ค่อยเก่ง ก็เลยให้เขาเรียนพิเศษ กลัวเขาเรียนไม่ทันเพื่อน*" หรือ เพราะเวลาที่มีนั้น หมดไปกับการทำกิจกรรมอื่นๆในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทาง การเรียน จนรู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ไม่เคยรู้สึกว่าต้องทำ ดังคำพูดที่ว่า "*อ้อยรู้สึกว่าเหมือนมันไม่ได้อยู่ในรายการของชีวิตประจำวันเลย เพราะตื่นนอนตอนเช้าอาบน้ำไปโรงเรียน เรียนเสร็จกลับมา กิน แล้วก็นอน คือรู้สึกว่าการออกกำลังกายไม่ได้อยู่ในรายการชีวิตว่า กลับมาปุ๊บเราต้องออกกำลังกายนะ เพราะเมื่อก่อนพอเรียนเสร็จ กลับมาบ้านพลังงานหมดแล้ว*" (น้องอ้อย)

3. กลัวมีเพื่อนไม่ดี สภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนไป ผู้ปกครองบางรายกลัวลูกมีเพื่อนที่มีนิสัยไม่ดี จึงไม่ให้ลูกออกไปเล่นนอกบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเพื่อนๆมาหาเค้าที่บ้านมากกว่า แต่ก็มีแค่คน สองคนแหละครับที่ผมให้เข้าบ้าน เพราะดูแล้วเป็นเด็กที่น่าจะ OK ส่วนมากก็จะเล่นเกมส์กัน คือเราก็ไม่ชอบให้เค้าออกไปเล่นนอกบ้านครับ เพราะสมัยนี้มันน่ากลัว ผมเลยไม่ให้เขาไปเล่นนอกบ้าน*" (คุณพ่อของเอ๋)

จากข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการการเกิดภาวะอ้วน นั้นทำให้ทราบ ถึงความเป็นมาและจุดเริ่มต้นของการเกิดภาวะอ้วนขึ้นในเด็กและวัยรุ่นอ้วน การมีปัจจัยทางครอบครัว เรื่องระบบการเลี้ยงดู รูปแบบการกิน รวมทั้งจากความเชื่อต่างๆ ทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมต่อพฤติกรรมการกิน การไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย เพราะการเรียนพิเศษ การไม่มีเพื่อน ร่วมการขาดการเอาใจใส่ดูแลของบิดามารดา หรือผู้ปกครองต่อการออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน เช่น อาหารที่โรงเรียนไม่ค่อยมีผัก มีขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ขายและไม่มีการจำกัดเวลา ทำให้สามารถซื้อรับประทานได้ตลอดเวลา สิ่งต่างๆเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นดังกล่าวกลายเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วนเกิดขึ้นสรุปได้ตามแผนภูมิที่ 4.1

Copyright by Mahidol University



แผนภูมิที่ 4.1 พัฒนาการเป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนของผู้ให้ข้อมูล

Copyright by Mahidol University

4.2.2 การรับรู้และยอมรับว่าอ้วน

4.2.2.1 การรับรู้ว่าอ้วน พบว่า มีหลายสาเหตุซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. การรับรู้ว่าอ้วนจากน้ำหนักและรูปร่าง เพราะผู้ปกครองสังเกตว่าเด็กและวัยรุ่นอ้วนมีรูปร่างอ้วนตั้งแต่เล็ก หรือน้ำหนักมากกว่าเด็กในวัยเดียวกันตลอด ได้แก่ ฟาง น้ำตาล แมว และบิ๊ก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักพบว่าเด็กและวัยรุ่นอ้วนเหล่านี้จะมีลักษณะรูปร่างที่อวบหรือหุ่นเจ้าเนื้อตั้งแต่เล็กอยู่แล้ว จึงสังเกตเห็นจากรูปร่างและน้ำหนักได้ชัดเจนที่สุด (ตารางที่ 4.4) ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*รู้สึกว่าเขาอ้วนตั้งแต่อนุบาล1 คือเขาจะเป็นเด็กเจ้าเนื้ออยู่แล้วแต่ไม่ได้อ้วนมาก คือถ้าปล่อยก็พร้อมที่จะตัวใหญ่ได้เลย*" (คุณแม่ของฟาง)

"*เริ่มรู้สึกว่าอ้วนประมาณสามขวบ น้ำหนักเขาก็เกินมาตลอดเลยคะ เกินกว่าเด็กปกติ เด็กๆก็น่ารักดี แรกเกิด หนักสามโลเจ็ด หลังจากนั้นก็เยอะตลอดเลย อ้วนมากกว่าเด็กคนอื่นมาตลอดเลย*" (คุณแม่น้ำตาล)

"เขาจะจ้ำม่ำตั้งแต่แรกเกิด หลังจากนั้นก็จะเป็นเด็กที่อวบๆมาตลอดคะ ตอนนั้นก็ไม่ได้กินมากกว่าเด็กปกติทั่วไปนะ" (คุณแม่ของแมว)

"*เริ่มอ้วน ตั้งแต่เด็กเลยค่ะ คลอดมาก็3800 กรัม หลังจากนั้นก็กินนมแม่จน8 เดือน ตอนนั้นเขาก็ตัวใหญ่มาตลอดนะคะ หลังจากนั้นก็กินนมผง ปริมาณที่เค้ากินก็เท่ากับที่เด็กทั่วๆ ไปกินกัน กินจนอายุประมาณ 2 ขวบครึ่ง 3 ขวบ ก็ไม่ดูดขวดนมแล้ว ซึ่งตัวก็ใหญ่มาตลอด ใหญ่ที่สุดในห้อง*" (คุณแม่ของบิ๊ก)

2. การรับรู้ว่าอ้วนจากน้ำหนัก รูปร่างและพฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่นอ้วน พบได้มากกว่าการรับรู้ว่าอ้วนจากรูปร่างและน้ำหนักเพียงอย่างเดียว เพราะเด็กและวัยรุ่นอ้วนจะมีพฤติกรรมการกินที่กินเก่งขึ้น กินได้มากขึ้นร่วมด้วย ประกอบกับน้ำหนักก็เพิ่มมากขึ้น จนทำให้มีรูปร่างใหญ่ขึ้น โตขึ้น จนบิดา มารดา หรือผู้ปกครองสังเกตและรับรู้ว่าอ้วน (ตารางที่ 5) ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ตอนเด็ก ตัวนิดเดียวเอง 2380 หมอยังบอกเลย ว่าไม่ต้องกลัวหรอก เดี๋ยวก็มาอ้วนข้างนอก ประมาณ 2-3 ขวบก็อ้วนมาเรื่อยๆ จน ป.1 ก็อ้วนแล้วนะบางเดือนก็ขึ้นหนึ่งกิโล บางเดือนก็ขึ้นครึ่งกิโล ขึ้นตลอด คือเขาเป็นคนกินข้างเก่ง กินเร็วมาก*" (แม่น้องส้ม)

"*อยู่อนุบาลก็ตัวใหญ่กว่าเพื่อนๆ แรกเกิด 3010 กรัม หลังจากคลอดแล้ว3 เดือน ก็ส่งไปให้ป้าเลี้ยงที่อยุธยา ประมาณ 2 เดือนกว่าๆ ก็จั้มม่ำขึ้นมาก เพราะคุณป้าให้กินเยอะ*" (คุณแม่ของเอก)

Copyright by Mahidol University

"เมื่อก่อนผมทานข้าวประมาณ 3-4 ทัพพีต่อมื้อ กินเยอะมาก น้ำอัดลม ขนมปัง1 แถว ผมกิน 1-2 วันก็หมดแล้ว ช่วงนั้นกินไก่ทอดบ่อยด้วยครั้งหนึ่งก็ 3-4 ชิ้น บ่อยครับ ตอนนั้นน้ำหนักขึ้นเกือบเป็นร้อยเลยครับจนเพื่อนๆและคุณแม่บอกว่า อ้วนไปแล้ว" (น้องแบงค์)

"จริงๆแล้วเขาเริ่มอ้วนตั้งแต่ประถมแล้วล่ะคะ คือ เริ่มๆตัวใหญ่กว่าเด็กอื่นๆ ตัวเขาก็สูงแล้วก็ใหญ่กว่าเพื่อนๆเขา หลังจากนั้นก็ขึ้นเรื่อยๆ ตอนเด็กๆ ชอบไปกินอาหารฟาสฟู้ดบ่อยๆ อาทิตย์นึงประมาณสามครั้ง เพราะเขาชอบกินพัฟ ชอบกินไก่ทอด ขนมปัง ถ้ากินพิซซ่าก็สามสี่ชิ้น" (คุณแม่ของเอ)

4.2.2.2 การยอมรับว่าอ้วน พบว่า การยอมรับว่าอ้วนของเด็กและวัยรุ่นอ้วน นั้นค่อนข้างแตกต่างกัน สามารถแบ่งได้เป็น 5 รูปแบบ คือ (ตารางที่ 4.4)

- มีปัญหาเรื่องรูปร่างและความสวยงาม
- มีปัญหาเรื่องสุขภาพร่างกาย
- มีปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงามและสุขภาพทางร่างกาย
- มีปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงามและผลกระทบต่อจิตใจ
- มีปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงาม สุขภาพทางร่างกายและผลกระทบต่อจิตใจ

1. ปัญหาด้านรูปร่างและความสวยงาม การกังวลกับรูปร่าง และความสวยงามของร่างกาย พบว่าเกิดขึ้นได้ทั้งชายและหญิงใกล้เคียงกัน คือ หญิง 6 ราย ได้แก่ น้ำตาล แหม่ม อ้อย กิ่ง แอน และหญิง ชาย 7 ราย ได้แก่ ฝุ่น เอก กัน เอ เอ๋ บอม และบิ๊ก โดยส่วนมากจะให้เหตุผลว่า เพราะหาเสื้อผ้าใส่ยากขึ้น ใส่เสื้อผ้าแล้วไม่สวยไม่หล่อ ทำให้รู้สึกยุ่งยากมากขึ้น เพราะต้องเปลี่ยนขนาดเสื้อผ้าบ่อยๆ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ชั่งทีไรน้ำหนักก็เพิ่มขึ้นตลอด แล้วก็ดูจากเสื้อ กางเกงต้องเปลี่ยนตลอด ส่วนใหญ่คุณแม่จะเปลี่ยนเป็นซื้อกางเกงเอวยางยืด เสื้อก็จะซื้อตัวใหญ่ และตัวเขาก็จะรู้สึกว่าใส่เสื้อผ้าไม่ค่อยสวย เพราะเริ่มเอาเสื้อใส่ในกางเกงไม่ได้ กลัวไม่หล่อ" (คุณแม่ของกัน)

"ตอนนั้นรู้สึกว่าใส่ชุดนักเรียนแล้วมันคับมาก ต้องเปลี่ยนเสื้อนักเรียน จาก 42 เป็น 46,48 จริงๆ ตอนนั้นก็ยังไม่ค่อยคิดอะไรมากนะ แต่เพราะคนรอบข้างทัก คือ ตัวเราเวลาที่อ้วนมันจะออกข้างหน้า ออกพุง เวลาส่องกระจกก็จะไม่เห็น คือไม่ได้ส่องด้านข้างๆ มารู้ตัวอีกทีตอน ม. 3 กำลังขึ้น ม. 4 เพราะต้องเอาเสื้อใส่เข้าใน คือ ต้องหุ่นผอมเพรียวแล้วไง เพราะตอน ม. ต้น เสื้อมันอยู่ข้างนอก" (น้องอ้อย)

2. ปัญหาเรื่องสุขภาพร่างกาย พบเพียง 3 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นเพศชาย ได้แก่ บอล บุ้ง และแบงค์ เพราะน้ำหนักที่มาก ทำให้แบงค์ และบุ้งมีปัญหาเรื่องการปวดเข่า ปวด

Copyright by Mahidol University

ขา เวลาเดิน เวลาวิ่ง จึงทำให้ไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนบอลจะรู้สึกเหนื่อยเมื่อต้องออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ผมเริ่มอ้วนมาตั้งแต่ ป.1 แล้วครับ หลังจากนั้นก็อ้วนมาเรื่อยๆแต่ตอนอายุประมาณสิบขวบตอนนั้นตัวเองเริ่มรู้สึกว่าอ้วนนะครับ เพราะมันปวดแข้งปวดขาเวลาเดิน เวลาวิ่งครับ" (น้องปุ้ง)

"ผมรู้สึกว่าอ้วน เพราะเริ่มรู้สึกปวดขาครับ ยิ่งเวลาวิ่งก็เลยไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เพราะมันเล่นไม่ไหว" (น้องแบงค์)

"คือมันรู้สึกว่าอ้วน เพราะเหนื่อยง่าย เดินไปเรียนขึ้นลงอาคารก็รู้สึกว่าเหนื่อย เล่นกีฬาก็เหนื่อย เพราะบางทีเขาก็ต้องให้วิ่งด้วย" (น้องบอล)

3. ปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงามและสุขภาพทางร่างกาย พบทั้งหมด 6 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีเพศหญิง 5 ราย ได้แก่ น้ำหวาน ปลา ฟาง กิ๊บ และฝ้าย เพศชาย 1 ราย ได้แก่ บอม ส่วนใหญ่เหตุผล พบว่า เพราะตัวใหญ่ขึ้นทำให้หาขนาดของเสื้อผ้าได้ยากขึ้น ต้องเปลี่ยนขนาดเสื้อผ้าบ่อยขึ้น สุขภาพร่างกาย ก็พบว่า มีนอนกรน คอดำ เหนื่อยง่าย ไม่กระฉับกระเฉง ป่วยบ่อย ทำให้ยอมรับว่าอ้วนแล้ว ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"คือก่อนหน้านี้เรื่องเสื้อผ้าต้องเปลี่ยนบ่อยขึ้น เพราะเขาใส่ไม่ได้ แต่หลังจากนั้นสังเกตเห็นที่คอของฝ้ายมีรอยดำๆเคยขัดแล้วแต่ไม่ออก หลังจากนั้นไปดูรายการทีวีมีคุณหมอคนหนึ่งเขาพูดว่าเด็กที่อ้วนมากๆแล้วมีรอยดำๆที่คอจะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ทำให้เรากลัวเขาเป็นเบาหวาน" (คุณพ่อของฝ้าย)

"คือฟางจะเป็นเด็กเจ้าเนื้ออยู่แล้วตั้งแต่อนุบาล1 แต่ยังไม่ได้อ้วนมาก แต่เพราะเวลาไปซื้อเสื้อผ้าก็ไม่มีขนาด หายาก แล้วตัวเองก็ป่วยบ่อย แม่จะบอกฟางว่าอ้วนแล้วทำให้ไม่ดีจะเป็นโรคมาก ทำให้รู้ตัวเองอ้วนแล้ว" (น้องฟาง)

"เพราะรูปร่างเขาจะตัวใหญ่ขึ้น เลยทำให้หาเสื้อผ้าให้เขาใส่ยากกว่าเมื่อก่อน บางครั้งเวลาเขาวิ่งหรือออกกำลังกายเราจะรู้สึกว่าเขาเหนื่อยกว่าคนอื่นๆ" (คุณแม่ของปลา)

4. ปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงามและผลกระทบต่อจิตใจ พบเพียง 1 ราย ได้แก่ น้องส้ม เพราะการมีรูปร่างที่ใหญ่กว่าเพื่อนๆ ในห้อง โดยเฉพาะในห้องเรียนหรือโรงเรียนที่มีเด็กอ้วนน้อย เวลาโดนเพื่อนล้อ หรือ ไม่เล่นด้วย ส้มจะรู้สึกเสียใจ มีบางครั้งที่ร้องไห้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"เพราะเวลาไปโรงเรียนเพื่อนจะล้อว่าอ้วน บางครั้งเพื่อนก็ไม่เล่นกับเขา เขาก็ร้องไห้บอกว่าเพื่อนไม่เล่นกับเขาเลย เราต้องคอยปลอบเขาอยู่เรื่อย คือ ถ้าเขากลับมาบ้านมาแล้วไม่พูดไม่จา อารมณ์ไม่ดี แม่จะรู้เลยว่าเขาก็จะโดนเพื่อนว่า ก็จะบอกว่า ให้ลดน้ำหนัก เป็นเพราะเราอ้วน ทำอะไรเชื่องช้า เพื่อนเขาก็เลยไม่อยากเล่นกับเราไง เรียนหนังสือก็ช้า ทำอะไรก็ช้า" คุณแม่น้องส้ม (นามสมมุติ)

Copyright by Mahidol University

5. ปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงาม สุขภาพทางร่างกายและผลกระทบต่อจิตใจ พบเพียง 2 รายเท่านั้น ซึ่งเป็นเพศหญิงที่สองคน ได้แก่ แมว และโบว์ เพราะเกิดผลกระทบจากน้ำหนักที่มาก ทำให้มีรูปร่างใหญ่กว่าเพื่อนเมื่อต้องวิ่ง หรือ ออกกำลังกายจึงรู้สึกเหนื่อยง่าย เหนื่อยเร็ว ประกอบการ มีญาติๆ หรือเพื่อนบางคนแซว เรื่องรูปร่างทำให้แมวรู้สึกไม่ชอบ ในขณะที่โบว์ก็รู้สึกไม่ชอบเหมือนกัน ที่บิดา มารดา บ่นว่าทำอะไรเชื่องช้า ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"คือ ตอนเล็กๆจะเป็นเด็กที่อวบมาตลอด จนกลายเป็นอ้วน ตอนนั้นประมาณ 8-9 ขวบ เริ่มรู้สึกว่าอ้วน เพราะว่า หุ่นของตัวเองที่ตัวจะใหญ่กว่าเพื่อนๆ แล้วเวลาวิ่งก็จะเหนื่อยง่าย เวลาเจอกับญาติๆ หรือเพื่อนบางคนก็จะมีพูดว่าบ้าง แซวบ้าง "อ้วนแล้วนะ" และ "เพื่อนๆหุ่นดีกว่าหมดแล้ว" รู้สึกไม่ชอบเลย" (น้องแมว)

"ประมาณ ป.5 ป.6 ก็รู้สึกว่าน้ำหนักมันเกินกว่าเพื่อนๆ อีกอย่างเวลาเล่นกีฬาก็จะรู้สึกเหนื่อยเร็วกว่าเพื่อนๆ แล้วเรื่องไซด์เสื้อ คือ ถ้าเป็นเด็กวันเดียวกัน มีไซด์แต่เราจะไม่มีไซด์ แล้วพ่อแม่ก็บ่นๆด้วยเหมือนกันว่าทำอะไรเชื่องช้า ก็ไม่ชอบหรอกแต่มันก็เป็นเรื่องจริงเพราะเราก็ช้าจริงๆ" (น้องโบว์)

จะเห็นว่า การที่เด็กและวัยรุ่นอ้วนจะรับรู้และยอมรับว่าอ้วนนั้น แต่ละคนอาจจะมีสาเหตุแตกต่างกันไป เหมือนบ้าง แตกต่างกันบ้าง แต่พบว่าเมื่อมีการรับรู้แล้วนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีการแก้ไขความอ้วนของเด็กและวัยรุ่นอ้วน เพราะรู้สึกว่า ความอ้วนที่มีอยู่นั้นยังไม่ก่อปัญหาที่รุนแรง บางรายรู้สึกว่าเด็กอ้วนน่ารัก จนกระทั่งเมื่อตัวเด็กและวัยรุ่นอ้วน หรือผู้ปกครองประสบกับปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับด้านรูปร่างความสวยงาม สุขภาพทางร่างกายและจิตใจ บางครอบครัวจึงเริ่มจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การควบคุมการกิน การออกกำลังกาย บางครอบครัวก็เลือกเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล แต่ในขณะที่บางครอบครัวใช้เพียงการบอก เตือน หรือห้ามเท่านั้น

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 แสดงปัจจัยและเงื่อนไขของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่ทำให้รับรู้ว่าความอ้วนเป็นปัญหา

รายที่	นามแฝง	เพศ	ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้รับรู้ว่าความอ้วนเป็นปัญหา	รับรู้เมื่ออายุ (ปี)
1	ฝุ่น	ชาย	ใส่กางเกงไม่ได้ คับขึ้น รู้สึกแน่นขึ้น	10
2	น้ำหวาน	หญิง	เวลาเพื่อนเล่นกัน เราเหนื่อยแต่เพื่อนไม่เหนื่อย ทำอะไรก็ไมค่อยกระฉับกระเฉง เสื้อผ้าก็หาขนาด ไม่ค่อยได้ พ่อแม่ก็บ่น ตัวเองก็รู้สึกว่า ทำไมใส่ไม่ได้	12
3	น้ำตาล	หญิง	อ้วนมาก เสื้อผ้าก็หาขนาด ไม่ค่อยได้	10
4	ส้ม	หญิง	เพื่อนจะล้อว่าอ้วน ร้องไห้ เพื่อนก็ไม่อยากเล่นด้วย เรื่องเสื้อผ้าบางทีต้องเอาไปขยายเอวออก บางทีผอมลงต้องเลื่อนเข้า	9
5	กัน	ชาย	กางเกงต้องเปลี่ยนตลอด ส่วนใหญ่จะซื้อยางยืด เสื้อก็ต้องซื้อตัวใหญ่ เวลาไปไหนเขาใส่เสื้อผ้าไม่ค่อยสวย จะรู้สึกว่าเอาเสื้อใส่ในกางเกงไม่ได้	10
6	เอก	ชาย	หาเสื้อผ้าใส่ลำบากอย่าง ไม่ค่อยมีขนาดที่ต้องการ	11
7	แหม่ม	หญิง	เสื้อผ้า ไม่ค่อยมีขนาด หายาก	6
8	อ้อย	หญิง	เพราะต้องใส่เสื้อเข้าในกระโปรง และคนรอบข้างบอกว่าเสื้อคับมาก	15
9	เอ	ชาย	ตัวใหญ่ หาเสื้อผ้าใส่ยาก	9
10	ปลา	หญิง	หุ่นจะใหญ่กว่าเพื่อนๆ เวลาวิ่งก็จะเหนื่อยง่าย เสื้อผ้าหาขนาดยาก	10
11	เอ๋	ชาย	ชุดนักเรียน ชุดพละต้องตัดใหม่ตลอดทุกปี	12
12	กิ่ง	หญิง	ตัวใหญ่ หาเสื้อผ้าใส่ยาก	10

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 แสดงปัจจัยและเงื่อนไขของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ที่ทำให้รับรู้ว่าความอ้วนเป็นปัญหา (ต่อ)

รายที่	นามแฝง	เพศ	ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้รับรู้ว่าความอ้วนเป็นปัญหา	รับรู้เมื่ออายุ (ปี)
13	ฟาง	หญิง	เสื้อผ้าหายาก ไม่มีขนาด และจะรู้สึกว่าป่วยบ่อย และคนรอบข้างก็จะบอกด้วยว่าอ้วน	11
14	บอล	ชาย	ออกกำลังกายแล้วเหนื่อยง่าย	10
15	แอน	หญิง	เมื่อชั่งน้ำหนักจะรู้สึกว่าตัวเองน้ำหนักมากกว่าเพื่อนๆ และพ่อแม่ก็จะบอกว่าเริ่มอ้วนกว่าเดิมแล้ว	8
16	บุ้ง	ชาย	ปวดแข้งปวดขา เวลาเดิน เวลาวิ่ง	10
17	กิ๊บ	หญิง	นอนกรน(แม่บอก) เสื้อผ้าชุดนักเรียนต้องเปลี่ยนบ่อย	10
18	หญิง	หญิง	รู้สึกอึดอัดจากการใส่เสื้อผ้า	9
19	แมว	หญิง	หุ่นจะใหญ่กว่าเพื่อนๆ เวลาวิ่งก็จะเหนื่อยง่าย ญาติๆ หรือเพื่อนบางคนก็จะมีพูดบ้าง แซวบ้าง ว่า อ้วนรู้สึกไม่ชอบ	8
20	โบว์	หญิง	น้ำหนักเกินกว่าเพื่อนๆ เวลาเล่นกีฬาก็จะรู้สึกเหนื่อยเร็วกว่าเพื่อนๆ แล้วเรื่องเสื้อผ้าจะไม่ค่อยมีขนาด พ่อแม่ บ่นๆด้วย เหมือนกันว่าทำอะไรเชื่องช้า เสื้อผ้าต้องเปลี่ยนบ่อย	11
21	แบงค์	ชาย	ปวดเข่า ปวดขา ไม่ค่อยเล่นกีฬาเพราะเล่นไม่ไหว	13
22	บอม	ชาย	ตัวใหญ่มาก หาเสื้อผ้าใส่ยาก ไม่สบายบ่อย	9
23	ฝ้าย	หญิง	หาเสื้อผ้าใส่ยาก ไม่ค่อยกระฉับกระเฉง คอดำ	10
24	บิ๊ก	ชาย	ตัวใหญ่มาก หาเสื้อผ้าใส่ยาก	8

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

4.3 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน หลังยอมรับว่าความอ้วนเป็นปัญหา

พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนหลังยอมรับว่าความอ้วนเป็นปัญหานั้น จากการสัมภาษณ์ จากเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนทั้งหมด 24 ราย พบว่า 19 ราย มีพฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนก่อนเข้าร่วมในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แต่อีก 5 ราย นั้นหลังจากยอมรับว่าความอ้วนเป็นปัญหา ก็ตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยดังกล่าวเลย (ตารางที่ 4.5)

4.3.1 ใช้วิธีการการบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูด

4.3.2 ใช้วิธีการการบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูด และควบคุมการกิน

4.3.3 ใช้วิธีการการบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูดและควบคุมการกินร่วมกับการออกกำลังกาย

4.3.4 ใช้วิธีการเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล

4.3.5 ใช้วิธีการเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล และควบคุมการกินร่วมกับการออกกำลังกาย

กล่าวโดยละเอียดในการใช้วิธีการต่างๆของผู้ให้ข้อมูลได้ดังนี้

4.3.1 ใช้การบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูด วิธีการดังกล่าวนี้ พบเพียง 3 ราย ได้แก่ แหม่ม น้ำหวาน และ เอ๋ จากการสัมภาษณ์ทราบว่าการบิดา มารดาของเด็กและวัยรุ่นอ้วนทั้ง 3 รายนั้น ไม่มีเวลาในการดูแลมากนัก เพราะต้องทำงาน ประกอบกับครอบครัวของเอ๋ ค่อนข้างตามใจเรื่องการกิน ส่วนครอบครัวของน้ำหวาน ผู้ปกครองรู้สึกกังวลเรื่องความปลอดภัยและค่าใช้จ่ายในการลดน้ำหนัก ดังนั้น เมื่อผู้ปกครองเริ่มรับรู้ว่าเด็กและวัยรุ่นอ้วน การปรับเรื่องการกินจึงเป็นเรื่องที่น่าจะเป็นสาเหตุแรกๆที่ทำ แต่เมื่อไม่มีเวลาดูแลอย่างใกล้ชิด จึงทำได้เพียงแค่ เตือน บอก หรือห้ามเมื่อรับประทานอาหารพร้อมกัน หรือ เมื่อรู้สึกว่าเด็กและวัยรุ่นอ้วนเหล่านี้อ้วนขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“*พอรู้สึกว่าเขาอ้วนขึ้นมาก ก็ห้ามเขาให้กินน้อยๆ นะ แต่เพราะที่บ้านกินข้าวไม่พร้อมกัน แล้วเราก็ไม่มีเวลามานั่งดูแลเขาได้ตลอดเวลา เพราะเราต้องทำงาน ก็เลยทำได้บ้างไม่ได้บ้าง*” (คุณแม่ของแหม่ม)

“*ส่วนใหญ่จะบอกเขา ให้เขาพยายามทานน้อยหน่อย ออกกำลังกายบ้าง ถ้ามีเวลา ก็ให้ไปเดินเล่นออกกำลังกาย อาหารที่บ้านก็ทำให้เขาทานปกติ แต่จะให้เขาดูแลตัวเอง ให้เขาควบคุมอาหารอัน*

Copyright by Mahidol University

ไหนที่หลีกเลี่ยงได้ก็หลีกเลี่ยง เพราะพ่อแม่ไม่มีเวลา บางทีก็ได้ผล บางทีก็ไม่ได้ผล ตอนพูดได้ผล แต่ไม่กี่วันหลังจากนั้นก็เหมือนเดิม แต่ให้ไปลดน้ำหนักอย่างอื่นมันแพง มันต้องใช้ตังค์เยอะและเราก็ไม่สนับสนุนที่จะให้ลูกกินยาลดความอ้วนเพราะไม่อยากเอาลูกไปเสี่ยง" (คุณแม่ของน้ำหวาน)

"*ตอนนั้นก็อยากให้เขาลด ก็พยายามแล้วนะ แต่เราต้องทำงานไม่ค่อยมีเวลา แต่ก็พยายามบอกเขาให้ลดนะ กินน้อยลง ห้ามไม่ให้กินของมัน ก็ขอเขาว่าอย่ากินของมันแล้วกัน*" (พ่อของเอ๋)

4.3.2 ใช้วิธีการการบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูด และควบคุมการกิน พบว่า มีเพียงครอบครัวของฝ้าย เท่านั้นที่เลือกการเตือนและใช้วิธีการควบคุมการกิน เพราะเกิดปัญหาจากการที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นมาก จนทำให้ต้องซื้อเสื้อผ้าชุดใหม่บ่อยขึ้น และฝ้ายเองก็มีพฤติกรรมการกินเก่ง กินตลอดเวลา ซึ่งเกิดจากการเลี้ยงดูของครอบครัว เพราะที่ผ่านมานั้นค่อนข้างตามใจเรื่องการกิน เมื่อผู้ปกครองไม่สามารถควบคุมดูแลพฤติกรรมการกินได้ตลอดเวลา เมื่อมีโอกาสฝ้ายก็จะมีพฤติกรรมการกินกลับเป็นเหมือนเดิม ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*เพราะที่บ้านจะค่อนข้างฟรีสไตล์เรื่องการกินมาก มันก็เลยมีผลทำให้เขากินเก่ง กินตลอดเวลา จนบางครั้งต้องดุ บางครั้งผมก็ห้ามเขาไม่ให้กินน้ำอัดลม เพราะเขาชอบกินมาก ตอนนั้นไม่ค่อยได้ผลเพราะผมไม่จริงจัง ยังมีใจอ่อนบ้าง ตอนหลังก็เลยมาควบคุมอาหารเขา แต่ก็ไม่ค่อยได้ผลเพราะพอเขาไปโรงเรียนเราก็ควบคุมเขาไม่ได้ ทำได้ประมาณ 2-3 เดือนก็เลยไม่ได้ทำต่อ*" (คุณพ่อของฝ้าย)

4.3.3 ใช้วิธีการการบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูดและควบคุมการกินร่วมกับการออกกำลังกาย วิธีการดังกล่าวพบมากที่สุดในเด็กและวัยรุ่นอ้วน คือมีจำนวน 11 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย ได้แก่ ส้ม อ้อย กิ่ง ฟาง แอน กิ๊บ และหญิง เพศชาย 4 ราย ได้แก่ ฝุ่น เอก บอล และปุ้ง การที่รับรู้และยอมรับว่าอ้วน เพราะรูปร่างที่ใหญ่ขึ้นจนทำให้เกิดปัญหาหาขนาดของเสื้อผ้ายาก และบางรายมีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดขา ปวดเข่า บางรายผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ร้องไห้เพราะเพื่อนไม่ให้เล่นด้วย เมื่อผู้ปกครอง เตือน ห้าม เรื่องอาหารการกิน คอยควบคุมดูแลเรื่องการกิน ปริมาณที่กิน และพาไปออกกำลังกาย แต่ทำได้ไม่นานก็ต้องเลิก เพราะแต่ละคนในครอบครัวที่ยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการดูแล ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความสงสาร ความใจอ่อน และการไม่มีเวลาพาไปออกกำลังกาย ทำให้การควบคุมการลดน้ำหนักนั้นไม่สามารถกระทำอย่างต่อเนื่องได้ ตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*คุณแม่จะเป็นห่วงสุขภาพ เพราะเขาเป็นคนชอบทานของจุกจิก ทานพวกขนมห่อๆ ทานน้ำผลไม้ น้ำหวาน ตอนนั้นก็จะคอยเตือนให้เขาชั่งน้ำหนัก เพราะจะทำให้เขารู้น้ำหนักของตัวเอง เพราะเสื้อผ้าเริ่มหาขนาดยากขึ้น แล้วตัวเขาเองก็เริ่มรู้สึกว่าไม่สบายบ่อย ป่วยบ่อย ตอนนั้นก็พาไปว่ายน้ำ และระวังเรื่องอาหารกันเอง จะไม่ให้เป็นอาหารที่ให้ความหวานมาก ไม่ให้ทาน*

Copyright by Mahidol University

น้ำอัดลม แต่พอเค้าไปอยู่กับคุณยาย เหมือนเขาเบรกแตก เพราะคุณยายคุณป้าจะตามใจ เพราะเขาคิดว่า "เด็กมันกำลังโตเดี๋ยวมันก็ลงเองแหละ" คือเขาจะคิดแบบนี้ หรือบางครั้งทีฟางทำแล้วทำไม่ได้ คุณยายและคุณป้าก็จะบอกว่าทำไม่ได้ก็ไม่ต้องทำ" (คุณแม่ของฟาง)

"มีลดที่บ้าน คือ ผมให้เขาเล่นกีฬา ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง ขี่จักรยานบ้าง เล่นฟุตบอลบ้าง เล่นบาสบ้าง และก็กินน้อยลงเน้นให้กินผักมากขึ้น แต่ตอนนั้นเราคุมการกินเขาไม่ได้ เพราะตอนนั้นเขาจะบอกว่าเขาหิว จึงกินเยอะกว่าเดิม คือผมมักใจอ่อน สงสารเขาเหมือนกัน ตอนนั้นน้ำหนักเลยไม่ลง เฉลี่ยแล้วไม่ลงเลยดีกว่า คือ เข้ามาเยอะ ออกไปก็เยอะ เฉลี่ยคือ เท่าๆกัน มันเลยไม่ลด แต่ไม่เคยพาไปที่อื่น ในความคิดตัวเอง คือเขากำลังโต อยู่บ้านเขาก็ไปเล่นกีฬาอยู่แล้ว ก็เลยคิดว่าไม่มีปัญหาอะไร" (พ่อของฝุ่น)

"คือ ปกติตักข้าว 2-3 ทัพพี ไก่ทอดกินทุกวัน กินเยอะ กินทุกเที่ยงเลย วันหนึ่งก็ 2-3 ชิ้น ทั้งเทอมเลยนะ แล้วชอบใส่มายองเนสด้วย แต่พอเริ่มลดน้ำหนัก กินข้าวน้อยลง เหลือข้าว 1 ทัพพี แต่ใช้การกินกับเยอะแทน แต่ก็ลดของทอด ของมันลง ทานผักมากขึ้นแต่ก็เป็นบางอย่าง เช่น บ๊อคโคลี่ ป้าก็จะเอามาผัดให้ทานออกกำลังกายก็ไปวิ่งกับป้าแล้วก็เต้นแอโรบิค ออกแค่วันเสาร์อาทิตย์ ตอนรอเวลาเพื่อเต้นแอโรบิคก็จะไปวิ่งวันละประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมงเวลาไม่แน่นอน เต้นแอโรบิคประมาณ 1 ชั่วโมง ทุกเที่ยงจะบาสกันตอน ม.3 ควบคุมอย่างจริงจังเพราะมีเพื่อนเล่นด้วย เล่นบาส วันละครึ่งชั่วโมง เล่นตลอดเลย ได้เหงื่อ ตอนนั้นก็ลดลงประมาณ 10 กิโลเพื่อนๆก็ทัก แต่หลังจากนั้นป้าไม่ค่อยว่างพาไปแล้วอ้อยเองก็การบ้านเยอะขึ้น เลยไม่ได้ทำต่อ" (น้องอ้อย)

"ก็เคยลองนะ ลดกันเองที่บ้าน ก็ได้ผลบ้าง ไม่ได้บ้าง เพราะถ้าเราให้เขากินข้าวเร็วขึ้น 5 โมงครึ่ง เขาก็จะหิวเร็วขึ้น เราก็ต้องคอยบอกเขาว่า อาหารมันๆ อย่าไปกิน เดี๋ยวมันจะมีโรคตามมาเยอะ ก็ทั้งขู่ ทั้งให้กำลังใจเขานะ ทำทั้งสองอย่างเลย แต่ส่วนมากจะขู่มากกว่า เดี๋ยวจะเป็นเบาหวานนะ อ้วนแล้วไม่มีเสื้อผ้าสวยๆ ใส่นะ คุณพ่อเขาจะปลุกตอนเช้าๆ ให้ลุกขึ้นไปวิ่ง วิ่งประมาณ 1 ชั่วโมงได้นะ วันเสาร์- อาทิตย์ ก็พากันไปวิ่ง หรือบางครั้งจะให้ปั่นจักรยาน น้องเขาเป็นคนชอบปั่นจักรยาน ตอนเย็น ก็จะมีพี่ๆข้างบ้านมาเล่นด้วยกัน เล่นแบตบ้าง วิ่งบ้าง ทำอยู่ประมาณ 1-2 เดือนน้ำหนักลดลงประมาณ 2-3 กิโลนะ หลังจากนั้นไม่ได้ทำต่อ เพราะช่วงหลังคุณแม่ไม่ค่อยว่าง ต้องทำโอที ก็เลยต้องสั่งให้คุณพ่อดูแล คุณพ่อเขาตามใจ เพราะความรักลูก น้องเขาเป็นลูกคนเดียว คือคุณแม่เห็นว่าพ่อเขาเป็นเบาหวาน ทางคุณแม่ ก็มี ป้า น้า อา ก็เป็น คือเรากังวลตรงนั้นด้วย และเขาอ้วนด้วย เราก็เลยกังวลมากขึ้น" (คุณแม่ของส้ม)

Copyright by Mahidol University

4.3.4 ใช้วิธีการเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล จากจำนวนทั้งหมด 24 ราย มีเพียง 2 ราย เท่านั้น ได้แก่ น้ำตาล และกัน ที่ใช้วิธีการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล เพราะรูปร่างของเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่ใหญ่ขึ้น จนทำให้เกิดปัญหาเรื่องการหาซื้อเสื้อผ้ายากขึ้น และความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างและความสวยงามของตนเอง ทำให้ผู้ปกครองตัดสินใจพาเข้ารับการรักษาเรื่องความอ้วน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ก็พาเขาไปหาหมอ เรื่องอ้วนนี่แหละ เพราะตอนนั้นเรารู้สึกว่าเขาอ้วนมากเกินไป เสื้อผ้าก็ต้องเปลี่ยนบ่อยมาก*" (คุณแม่ของน้ำตาล)

"*พี่เคยพาเขาไปหาคุณหมอ ที่โรงพยาบาล..... เรื่องเรื่องอ้วนนี่แหละ คือตอนนั้นน้ำหนักขึ้นเยอะมาก พี่ต้องเปลี่ยนกางเกงให้เขาตลอด ตอนหลังพี่ก็เลยซื้อเป็นเอวยางยืด แล้วตัวเขาก็เริ่มรู้สึกว่าเขาใส่เสื้อผ้าไม่ค่อยสวย เอาเสื้อใส่ในกางเกงไม่ได้*" (คุณแม่ของกัน)

เมื่อได้รับการรักษาแล้ว แต่ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นอ้วนทั้ง 2 ราย ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้ คุณแม่ของน้องกันให้เหตุผลว่า เพราะน้องกันยังเด็ก ยังไม่รู้ว่าต้องควบคุมอาหารเพราะอะไร จึงทำให้หงุดหงิดเวลาหิว ส่วนคุณแม่ของน้องน้ำตาล ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า ตนเองไม่เข้าใจเรื่องอาหาร เพราะไม่มีนักโภชนาการที่แนะนำเรื่องอาหารโดยเฉพาะ ประกอบกับเมื่อแพทย์ที่ให้การรักษาในขณะนั้น ดุ เพราะน้ำหนักเพิ่มขึ้นทุกครั้ง ทำให้ น้ำตาล ไม่ต้องการรักษาต่อ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*พาไปที่..... เขาก็ให้เข้าคอร์สโภชนาการ มีการตรวจเลือดทุกอย่างเลย มีตรวจคลอเรตเตอรอล ไขมันดี ไขมันเลว เสร็จแล้วก็เจอนักโภชนาการ ซึ่งตอนนั้นนักโภชนาการเขาก็แนะนำว่ากินอะไร แบบไหน แล้วก็ให้เราไปควบคุมเองที่บ้าน แต่ตอนนั้นไม่ได้ผล เพราะเขายังเด็กประมาณ ป.5 ป. 6 คือ ยังอยากกิน ยังไม่รู้ว่าทำไมต้องให้เขากินน้อย และเวลาไม่ให้กินเขาก็จะหงุดหงิด*" (คุณแม่ของกัน)

"*ตอนนั้น เราควบคุมการกินเขายังไม่ได้ เพราะยังไม่เข้าใจเรื่องอาหาร คือ คุณหมอให้เขากินแค่ทัพพีเดียว ซึ่งความเป็นจริงมันทำไม่ได้เพราะว่าเขาเคยกินมากประมาณ 3-4 ทัพพีมาก่อน ตอนนั้นไม่มีนักโภชนาการคอยแนะนำ เลยไม่รู้จะทำอย่างไร พอหลังๆคุณหมอก็ดุ เพราะน้ำหนักขึ้นตลอด น้ำตาลเขาก็เลยไม่อยากไป เราก็เลยไม่ได้พาเขาไปต่อ ก็กลับมากินเหมือนเดิม*" (คุณแม่ของน้ำตาล)

4.3.5 ใช้วิธีการเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล และควบคุมการกินร่วมกับการออกกำลังกาย พบเพียง 2 ราย ได้แก่ เอ และแมว เพราะคุณแม่ของน้องเอ รู้สึกว่าความอ้วนของเอเป็นปัญหา เพราะขนาดตัวที่ใหญ่กว่าเพื่อน ทำให้หาซื้อเสื้อผ้ายาก คุณแม่จึงตัดสินใจพาเข้ารับการ

Copyright by Mahidol University

รักษาจากสถานพยาบาล แต่เพราะไม่เข้าใจเรื่องโภชนาการ จึงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินของน้องเอได้ ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ประกอบกับเมื่อแพทย์ที่ให้การรักษาในขณะนั้น ดุ เพราะน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอด ทำให้น้องเอไม่อยากไปรับการรักษาต่อ ดังคำพูดที่ว่า

"*ก่อนหน้านี้ เคยพาเขาไปหาหมอ ซึ่งจะไม่มีนักโภชนาการแนะนำเรื่องอาหารว่าจะต้องทำอย่างไร เพราะเป็นคลินิกพิเศษ มีแต่หมอแนะนำว่าไม่ให้อะไรบ้าง ตอนนั้นก็ทำไม่ได้พอไปหาหมอ เขาก็ดุ จนเด็กไม่อยากไปหา เพราะน้ำหนักขึ้นตลอด ก็เลยเลิกไป ตอนหลังพอมีโอกาส ส่วนใหญ่เสาร์ วันอาทิตย์ ก็จะพาเขาไปว่ายน้ำว่ายเป็นชั่วโมง แล้วก็พยายามคุมอาหารเขา*" (คุณแม่ของเอ)

แต่เพราะความรู้ความเข้าใจเรื่องการควบคุมอาหารที่มีนั้นไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น การซื้อขนมกรุบกรอบตุนไว้ในบ้าน ทำให้กินได้ตลอดเวลา ดังคำพูดที่ว่า "*คุณแม่เขาจะซื้อขนมกรอบๆ ตุนไว้ที่บ้านเต็มเลย เยอะมาก เช่น ฮานามิ ข้าวเกรียบกุ้ง เลย์ สารพัดยี่ห้อ เขาก็กินทั้งวัน ดูทีวี เดินเข้าเดินออกทั้งวัน ถ้าเป็นเสาร์-อาทิตย์ ตอนเช้าข้าวประมาณ 3-4 ทัพพี บางครั้งก็ขอเพิ่มอีก ถ้าทอดไก่ไว้ 3 ชิ้น เขาก็กินไปเลย 2 ชิ้น เพราะตอนนั้นไม่รู้ กินได้ก็ให้กิน พอห้ามไม่ให้กินเขาก็จะงอน ส่วนใหญ่พ่อจะห้าม แต่พอแม่เขาทำกับข้าวมาตั้ง เขาก็จะกินอีก*" (คุณพ่อของเอ)

ในขณะที่น้องแมว เพราะรูปร่างเจ้าเนื้อตั้งแต่เด็ก ประกอบกับเมื่อโตขึ้นก็ยังมีรูปร่างหุ่นจะใหญ่กว่าเพื่อนๆ และเมื่ออายุประมาณ 11 ปี มีประเดือนมา ทำให้มารดากังวลเรื่องความสูง จึงพาน้องแมวรับการรักษาเรื่องการมีประจำเดือน ดังคำพูดที่ว่า "*ตอนนั้นประมาณ ป.5 ประจำเดือนมาเร็ว คุณแม่ก็เลยพาไปหาคุณหมอที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะคุณแม่เขากังวลเรื่องความสูงค่ะ*" หลังจากเข้ารับการรักษา แพทย์ผู้ให้การรักษาให้น้องแมวลดน้ำหนัก โดยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักของน้องแมวลดลง 5-6 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากครบกำหนดการรักษาแล้ว จึงไม่ได้ไปพบแพทย์ ทำให้น้ำหนักกลับเพิ่มขึ้นอีก คุณแม่เริ่มมาควบคุมพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายของน้องแมวอีก แต่ก็ไม่สามารถลดน้ำหนักได้อย่างที่ต้องการ ดังคำพูดที่ว่า

"*ประมาณ ป5 ป6 ประจำเดือนมาเร็ว คุณแม่เลยพาไปหาคุณหมอต่อมไร้ท่อที่โรงพยาบาลเอกชน ตอนนั้นก็ต้องฉีดยาเพื่อหยุดประจำเดือน แล้วคุณหมอก็เลยบอกว่าให้ไปลดน้ำหนัก โดยลดของทอด ไม่ให้กินของจุกจิก แล้วก็ให้ออกกำลังกาย ตอนนั้นก็ตีแบตค่ะ ตีทุกวันเลย เล่นครั้งหนึ่งก็ประมาณชั่วโมงแล้วก็พัก ถ้าเป็นวันเสาร์ อาทิตย์ก็จะเล่นตั้งแต่ บ่าย 3 โมงจนถึง 6 โมงเย็น ถ้าเป็นวันธรรมดาก็เล่นประมาณชั่วโมงหนึ่งค่ะ ส่วนเรื่องอาหารก็ลดการกินของทอด ของจุกจิก ตอนนั้นน้ำหนักลดลงไปประมาณ 5-6 กิโล แต่พอครบกำหนด 1 ปี ที่ต้องฉีดยา หลังจากนั้นก็*

Copyright by Mahidol University

กลับมาอ้วนอีก คุณแม่ก็คอยควบคุม บ้างครั้งก็ทำได้บ้างครั้งก็ไม่ได้บ้างค่ะเป็นคนกินจุกกินจิก ชอบกินของทอด ปกติเป็นคนไม่ทานผักด้วยค่ะ ข้าวนะทานไม่เยอะหรอกแต่จะหนักกับมากกว่า แล้วก็แพ้คลอรีนด้วยก็เลยไม่ได้ออกกำลังกายเลย นอกจากชั่วโมงพละ" (น้องแมว)

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ทราบ ขั้นตอนของพฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนหลังรับรู้ว่าความอ้วนเป็นปัญหาของเด็กและวัยรุ่นอ้วนทั้ง 24 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่า เพราะแต่ละครอบครัวมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ทำให้บางครอบครัวทำได้เพียงแค่การใช้วิธีการบอก เตือน หรือห้ามเรื่องการกินและการออกกำลังกายเท่านั้น เพราะปัจจัยเรื่องการทำงาน เรื่องค่าใช้จ่าย แต่ในขณะที่บางครอบครัวสามารถใช้วิธีการที่มากกว่า เช่น เข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล หรือมีเวลาในการควบคุมดูแลเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย แต่ก็ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายได้ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการที่ถูกต้องและเหมาะสม เพราะแต่ละคนในครอบครัวให้การเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นอ้วนแตกต่างกัน เช่น แม่บังคับ แต่พ่อใจอ่อน ทำให้การควบคุมการลดน้ำหนักนั้นไม่ได้ผล ส่งผลให้น้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นอ้วนกลับเพิ่มขึ้น

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.5 แสดงพฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

รายที่	นามแฝง	เพศ	พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน				
			ใช้การบอกกล่าว เตือน ห้าม ด้วยคำพูด	ควบคุม การกิน	ออก กำลังกาย	เข้ารับการรักษาจาก สถานพยาบาล	
						รพ.อื่น	รพ.ศิริราช
1	ฝุ่น	ชาย	√	√	√		
2	น้ำหวาน	หญิง	√				
3	น้ำตาล	หญิง					√
4	ส้ม	หญิง	√	√	√		
5	กัน	ชาย				√	
6	เอก	ชาย	√	√	√		
7	แหม่ม	หญิง	√				
8	อ้อย	หญิง	√	√	√		
9	เอ	ชาย		√	√		√
10	ปลา	หญิง					
11	เอ๋	ชาย	√				
12	กิ่ง	หญิง	√	√	√		
13	ฟาง	หญิง	√	√	√		
14	บอล	ชาย	√	√	√		
15	แอน	หญิง	√	√	√		
16	บุ้ง	ชาย	√	√	√		
17	กิ๊บ	หญิง	√	√	√		
18	หญิง	หญิง	√	√	√		
19	แมว	หญิง		√	√	√	
20	โบว์	หญิง					
21	แบงค์	ชาย					
22	บอม	ชาย					
23	ฝ้าย	หญิง	√	√			
24	บิ๊ก	ชาย					

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน ขณะเข้ารับการรักษา

เพราะความกังวลของผู้ปกครอง ในเรื่องสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นอ้วน เช่น คอดำ ประจำเดือนมาเร็ว หรือครอบครัวที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง โรคอ้วน ทำให้ผู้ปกครอง ยังคงแสวงหาวิธีการรักษาที่เหมาะสมต่อไปเพื่อแก้ไขความกังวลที่เกิดขึ้น เช่น การหาข้อมูลจากเพื่อน จากแพทย์ที่ให้การรักษาเพราะเด็กและวัยรุ่นอ้วนบางรายเกิดการเจ็บป่วย ไม่สบาย เข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล จึงได้รับคำแนะนำจากแพทย์ นำไปสู่การเข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนัก ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่จัดทำขึ้นภายใต้ “โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน” ในที่สุด ซึ่งผลการศึกษาในประเด็นต่างๆที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นส่วนต่างๆ ดังนี้

5.1 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนของเด็กและวัยรุ่น ขณะรับการรักษาที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

5.1.1 การตัดสินใจและเหตุผลในการเข้ารับการรักษา

5.1.2 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน

5.1.2.1 กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก

5.1.2.2 กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ

5.1.2.3 กลุ่มที่น้ำหนักขึ้น

5.1 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนของเด็กและวัยรุ่น ขณะรับการรักษาที่ สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

5.1.1 การตัดสินใจและเหตุผลในการเข้ารับการรักษา

ความกังวลจากการที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และการเกิดปัญหาสุขภาพแก่ร่างกายและจิตใจแก่เด็กและวัยรุ่นอ้วนอ้วน

Copyright by Mahidol University

ภายหลังจากยอมรับว่าอ้วน ทำให้แต่ละครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นอ้วนมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีภาวะอ้วนต่างๆกัน แต่เพราะการควบคุมพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นอ้วนนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย ปฏิบัติได้ไม่นานก็ต้องเลิก เพราะขาดความร่วมมือจากเด็กและวัยรุ่นอ้วนบ้าง จากบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลเรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย หรือคนอื่นๆในครอบครัว ทำให้น้ำหนักกลับมาเพิ่มขึ้นอีก

แหล่งของข้อมูลและเหตุผลของเด็กและวัยรุ่นอ้วนทั้ง 24 ราย ในการเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชนั้น พบว่า มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1.1.1 แพทย์แนะนำ พบว่า มี 14 รายที่เลือกรับการรักษาโรคอ้วนในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วนที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะได้รับการแนะนำจากแพทย์ที่ให้การรักษา พบว่าสาเหตุที่แพทย์ให้การรักษาแนะนำนั้น แบ่งได้ดังนี้

1. เพราะโรคประจำตัว พบว่า มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน 4 ราย ได้แก่ บอม ส้ม แบงค์ และกิ่ง โดยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯนั้น บอม ส้ม และแบงค์ ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นประจำอยู่ก่อนแล้ว เพราะเป็นโรคภูมิแพ้ แต่เพราะน้ำหนักที่มากขึ้นทุกปี ทำให้แพทย์ผู้ที่รักษาเรื่องภูมิแพ้แนะนำให้เข้าและส่งต่อ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*เผอิญน้องส้มเขาเป็นภูมิแพ้ เขาแพ้บ่อย ปกติก็จะมาหาหมอที่ศิริราชเป็นประจำอยู่แล้ว เขาอยากลดความอ้วนก็บอกกับหมอภูมิแพ้ คุณหมอภูมิแพ้ก็เลยโทรหาคุณหมอที่รักษาให้ คือ เขาอยากจะลดอยู่แล้ว แต่เมื่อก่อนคุณแม่ไม่ว่างก็เลยไม่ให้เขาเข้า แต่เพราะเขาอ้วนขึ้นเยอะ ใส่เสื้อผ้าแล้วเขาอึดอัด*" (คุณแม่ของส้ม)

"*คือผมรักษาที่คลินิกภูมิแพ้อยู่ก่อนแล้ว เพราะผมเป็นหอบหืด แล้วช่วงหลังผมมาหาหมอ คุณหมอเขาก็บอกว่าอ้วนขึ้นมาก จึงแนะนำเรื่องโปรแกรมการลดน้ำหนักของโครงการวิจัยที่โรงพยาบาลศิริราช หลังจากนั้นผมก็มาลองพบกับอาจารย์เขาดู*" (น้องแบงค์)

ในขณะที่ กิ่ง ซึ่งมีโรคประจำตัวคือ ภูมิแพ้ เหมือนกัน แต่บิดาต้องการให้เปลี่ยนแหล่งที่รักษา จึงเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เพราะใกล้ที่ทำงานของบิดา และต้องการพบหมอที่รักษาได้ดี แต่เมื่อมากลับได้พบแพทย์ผู้ให้การรักษา ในโครงการวิจัยดังกล่าวอยู่แล้ว ประกอบกับบิดาต้องการให้กิ่งลดน้ำหนัก เพราะกังวลกลัวไม่สวย ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

Copyright by Mahidol University

"คุณพ่อให้ไปรักษาภูมิแพ้ที่ โรงพยาบาลศิริราช เพราะใกล้ที่ทำงานคุณพ่อ คุณพ่อเป็นทหารเรือ แต่วันนั้นคุณหมอประจำที่รักษาเรื่องภูมิแพ้เขาไม่อยู่ เป็นอาจารย์....ออกแทน จึงได้พบและรู้เรื่องโรคอ้วนและโครงการลดน้ำหนัก คุณพ่อเขาอยากให้น้องเข้าร่วมลดน้ำหนัก เพราะกลัวลูกไม่สวย จึงตอบตกลงเข้าร่วม" (คุณแม่ของกิ่ง)

2. เพราะปัญหาสุขภาพอื่นๆ พบว่า มี 9 ราย ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยฯ ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยในจำนวน 9 ราย พบว่า มี 5 ราย ได้แก่ ฝุ่น กัน เอ๋ แหม่ม และเอ ซึ่งพบว่า บางรายเกิดการเจ็บป่วย ไม่สบาย บางรายมีประจำเดือนมาเร็วกว่าปกติ ผู้ปกครองจึงพาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่เพราะน้ำหนักที่มากเกินเกณฑ์ แพทย์ผู้รับรักษาแนะนำเพื่อให้ลดน้ำหนักลง ทำให้ทราบข้อมูลของโครงการวิจัยฯ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"วันนั้นไม่สบาย ไปหาหมอเด็ก ไปหาสรึจก็คุยกับคุณหมอเรื่องอ้วน คุณหมอก็เลยแนะนำโครงการของคุณหมอ..... ตอนแรกอาจารย์เขาจะไม่รับนะเพราะกันเขาสูง แต่เผอิญว่าอาจารย์เขาไปตรวจที่คอ คอเขาดำเลยล่ะ อาจารย์ก็เลยรับ และทุกคนก็จะบอกว่ากันนะหล่อน่ะ เสียอย่างเดียวคือ อ้วน ก็เลยเหมือนไปสะกิดต่อมเขาด้วยไง ก็เลยตัดสินใจเข้าร่วม" (คุณแม่ของกัน)

"เป็นเพราะหมอที่โรงพยาบาลภูเก็ตส่งมารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช คือตอนนั้นไปที่คลินิก แต่ที่คลินิกก็บอกว่า ให้ไปที่โรงพยาบาลที่ภูเก็ตเลย พอไปนอนประจำเดือนก็มา ตรวจแล้วผิดปกติ หมอก็เลยส่งมาที่ศิริราช" (คุณแม่ของแหม่ม)

"ตอนนั้น 11ขวบ มา เพราะสงสัยเป็นคางทูม อาจารย์ก็ตรวจดู แต่พอตรวจ ชั่งน้ำหนักแล้วมันเกินกว่าภาวะที่เด็กปกติทั่วไปควรจะเป็น ตอนนั้นอาจารย์เขาก็เลยบอกว่าน่าจะเข้าไปร่วมโครงการโรคอ้วนของอาจารย์ ก็เลยตอบตกลง" (คุณพ่อของเอ)

"ตอนแรกน้องฝุ่นไปตรวจไฮเปอร์ ต้องไปตรวจทุกสามเดือน แล้วไปชั่งน้ำหนัก รู้สึกมันเยอะ คุณหมอ..... ก็เลยบอกว่า ไฮเปอร์เอาไว้ก่อน เอาน้ำหนักก่อน เขาก็เลยส่งไปหาอาจารย์ คือคุณหมอเขา อธิบายว่า น้ำหนักเกินมากไป ให้ไปลดน้ำหนักก่อน ก็โอเค ก็อยากให้เขาลดอยู่แล้ว ตอนนั้นก็ไม่รู้หรอก ว่ามีโครงการ" (คุณพ่อของฝุ่น)

อีก 4 ราย ได้แก่ น้ำตาล เอก บิ๊ก และโบว์ เพราะกังวลเรื่องความอ้วน และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น บิดา มารดา และผู้ปกครองจึงต้องการให้ลดน้ำหนัก ดังคำพูดที่ว่า

Copyright by Mahidol University

“คือก่อนหน้านั้นก็เคยรักษา แต่เพราะตอนนั้นเขายังเด็กเราก็เลยควยคุมการกินเขาไม่ได้ ก็เลยไม่มารักษาต่อ แต่เพราะอ้วนมากน้ำหนักเกือบร้อยโลแล้ว คุณพ่อเขาก็พามาหาอาจารย์หมออีกรอบหนึ่ง อาจารย์ก็เลยแนะนำเรื่องโครงการ และให้เอกสารมาอ่าน พอได้อ่านเอกสารแล้ว ก็เลยสนใจก็โทรมาติดต่อ” (คุณแม่ของน้ำตาล)

“ตอนนั้นมาหาหมอที่คลินิกข้างล่าง บางทีก็เป็นหวัด เป็นอะไรๆก็จะมาหาหมอที่คลินิกข้างล่างตลอด เห็นโปสเตอร์ก็เลยโทร ก่อนหน้านั้นนานแล้วน่ะก็เคยปรึกษาอาจารย์ท่านหนึ่งเหมือนกัน อาจารย์ก็แนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ช่วงหนึ่งก็เลยหยุดพวกนั้นไปบ้าง พวกอาหาร ก็คิดว่าคุณหมอก็คงพูดตามหลักทั่วไป เราก็เข้าใจว่าเดี๋ยวโตไปเรื่อยๆ มันคงดีขึ้นมันคงจะยืดขึ้น แต่เอไปเรื่อยๆชักไม่ไหวแล้ว แต่ก็ทิ้งจังหวะไปหลายทีน่ะจังหวะพอดีมาเห็นก็เลยโทรไปติดต่อก็เลยเข้าโครงการ” (คุณแม่ของเอก)

“คือคุณแม่เป็นคนไข้ที่โรงพยาบาลศิริราชอยู่ก่อนแล้ว จริงๆก็อยากพาเขามาตั้งนานแล้ว แต่เพราะติดปัญหาเรื่องเรียน ก็เลยรอเป็นช่วงปิดเทอม ตอนนั้นมาก็ เจออาจารย์กิตติก่อน แต่อาจารย์เขาดูเรื่องความสูง เขาก็เลยส่งต่อให้ไปพบอาจารย์ จากนั้นอาจารย์ก็ตรวจร่างกายพบว่าน้องบิ๊กอ้วน ก็เลยให้เข้าร่วมโครงการค่ะ” (คุณแม่ของบิ๊ก)

“ตอนนั้นคุณแม่พามาที่ รพ.ศิริราช เพราะคุณแม่เขาหาข้อมูลแล้วรู้ว่าที่นี่รักษาเรื่องอ้วน และเห็นว่าโบว์อ้วน พอพบคุณหมอก็บอกว่าอ้วน เลยแนะนำให้ไปพบ พอคุณหมออธิบายเรื่องตัวโครงการเสร็จก็ตอบตกลงเลย เพราะอยากลดน้ำหนักอยู่แล้วค่ะ” (น้องโบว์)

3. น้องสาวไม่สบาย มีเพียง 1 รายเท่านั้น ได้แก่ ปลา ตัดสินใจเข้ารับการรักษาใน“โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน” ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะการมาเฝ้าน้องซึ่งไม่สบาย และนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาได้มีโอกาสพบกับปลา จึงแนะนำให้เข้าร่วม เพราะเห็นว่าปลาอ้วนมาก ดังคำพูดที่ว่า

“เพราะตอนนั้นน้องสาวเขาไม่สบาย ไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช แล้วเขาก็ไปอยู่เฝ้าน้องที่ห้อง คุณหมอมาเห็นก็เลยแนะนำให้เข้าโครงการ คุณแม่อยากให้เขาลดก็เลยบอกว่าให้เขาลองดู ก็เลยตกลงเข้าร่วมโครงการค่ะ” (คุณแม่ของปลา)

Copyright by Mahidol University

5.1.1.2 ผู้อื่นแนะนำ มี 10 รายที่เลือกรับการรักษาโรคอ้วนใน “โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน” ของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะความกังวลจากปัญหาต่างๆที่เกิดจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ในบางครอบครัวครอบครัวมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น ความดันสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง เมื่อไม่สามารถควบคุมน้ำหนักของผู้ให้ข้อมูลได้ จึงค้นหาข้อมูลเพื่อการรักษา ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. ผู้มีประสบการณ์ พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 รายได้แก่ แอน บุ้ง กิ๊บและหญิง ที่บิดา มารดา รู้ข้อมูลของโครงการวิจัยฯ ที่โรงพยาบาลศิริราชจากครอบครัวที่เคยพาลูกเข้าร่วมในโครงการวิจัยดังกล่าวมาก่อนแล้ว ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“เพราะคุณแม่ได้คุยกับคุณแม่ของเพื่อนน้องหญิง เขา confirm เลยนะ ว่าเด็กจะระวังการกินด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งทำให้เรารู้สึกว่า OK มากกว่า เพราะคุณแม่คิดว่าเด็กไม่ได้อยู่กับเราตลอดเวลา จะเจอเราก็ตอนเย็น แต่ระหว่างวันถ้าเขาไม่รู้จักควบคุมตัวเอง ก็จะซื้อขนมที่โรงเรียนกิน ซึ่งทางคุณแม่ของเพื่อนของหญิง เขาโทรมาคุยเลยนะค่ะว่า ลูกเขาหลังจากเข้าร่วมแล้ว จะซีเรียสเรื่องอาหารมากกว่าเมื่อก่อน อย่างเวลาเข้า SEVEN เขาก็จะรู้ว่าอะไรที่เขาไม่ควรกิน ก็จะหลีกเลี่ยง คือ control ตัวเองได้มากขึ้น” คุณแม่ของกิ๊บและหญิง

“คือผมรู้จากเพื่อนที่ทำงาน เพราะว่าเขาเคยพาลูกมาลดน้ำหนัก เขาก็เล่าให้ฟังคร่าวๆว่าต้องมานอนโรงพยาบาล ได้เรียนเรื่องอาหาร ได้ตรวจสุขภาพ ทำให้ได้รู้สุขภาพของลูกด้วย คือตัวผมรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมเขาได้ เพราะผมใจอ่อนกลัวเขาหิว กลัวเขาไม่อิ่ม ก็เลยอยากให้เขาตั้งใจทำด้วยตัวเอง ผมก็เลยมาบอกกับลูกๆ ตอนแรกก็ไม่อยากเข้าร่วม พอมาฟังอาจารย์อธิบายรายละเอียดต่างๆของโครงการ เขาก็สนใจ ก็เลยตกลงเข้าร่วม” (คุณพ่อของแอนและบุ้ง)

2. ผู้ที่ทราบข้อมูล พบว่า มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน 6 ราย ได้แก่ ฟาง น้ำหวาน บอล อ้อย แมว และฝ้าย ที่แสวงหาข้อมูลเพื่อการรักษา แล้วได้รับข้อมูลของโปรแกรมการลดน้ำหนักใน “โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน” จากญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลศิริราช และจากครูประจำชั้น ดังนี้

2.1 ญาติพี่น้อง มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน 3 ราย ได้แก่ อ้อย บอล และฝ้าย เพราะผู้ปกครองเริ่มมีความตระหนักและเริ่มรู้สึกเป็นกังวลกับความอ้วน และภาวะแทรกซ้อนของเด็กและวัยรุ่นอ้วน เช่น นอนกรน รอยปื้นดำรอบคอ ป่วยบ่อยไม่ค่อยแข็งแรง จึงให้ญาติพี่น้องเป็นบุคลากรที่ทำงานที่โรงพยาบาลศิริราชหาข้อมูลการรักษาให้ จนทำให้ทราบว่ามีโครงการวิจัยฯ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

Copyright by Mahidol University

"พี่ของอ้อยเขาหาให้ แฟนเจ๊เขาเป็นหมอที่ศิริราช เขาก็เลยหาข้อมูลให้ ตัวอ้อย เอง จริงๆแล้ว ก็รู้สึกอยากลดน้ำหนักอยู่แล้ว อยากให้น้ำหนักลงเยอะๆ อยากผอม พอทราบข้อมูลก็เลยมา" (น้องอ้อย)

"คือคุณยายเขาเคยทำงานที่สหกรณ์ที่ศิริราช แต่ตอนนี้ไม่ได้ทำแล้ว เขาก็เลยให้คนหาข้อมูลให้ ก็เลยรู้ว่าโครงการนี้ คุณยายก็เลยพามาครับ" (น้องบอล)

"คือก่อนหน้านี้สังเกตเห็นที่คอของฝ้ายมีรอยดำๆ เคยขัดแล้วแต่ไม่ออก หลังจากนั้นก็ได้ไปเห็นรายการทีวีมีคุณหมอเขาพูดว่า เด็กที่อ้วนมากๆแล้วมีรอยดำๆที่คอจะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เราก็เลยรีบพาเขามาหาหมอ ที่ตัดสินใจมาที่โรงพยาบาลศิริราช เพราะมีญาติเป็นหมออยู่ที่ศิริราชก็เลยเลือกมาที่นี่และเขาก็หาข้อมูลให้ด้วย" (พ่อของฝ้าย)

2.2 เพื่อน พบว่า มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน จำนวน 2 ราย ได้แก่ ฟาง และแมว โดยมารดาบอกว่า ตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เพราะเพื่อนของตนเองแนะนำและให้ข้อมูล ทำให้เกิดความรู้สึกสนใจในวิธีการรักษาและต้องการให้ลดน้ำหนักด้วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"คือตอนนั้นรู้สึกว่าลูกเราใส่เสื้อผ้าไม่สวยแหละ คืออ้วนมากแล้ว และพอรู้เรื่องโครงการจากเพื่อนเขาเคยเป็นพยาบาลที่ศิริราชมาก่อน แล้วย้ายมาอยู่ที่จันทบุรีก็เลยสนใจ แต่พอเราไปบอก เขาไม่อยากมา ก็เลยให้โอกาสลดก่อนประมาณ 2-3 เดือนแต่ก็ทำไม่ได้ สุดท้ายก็เลยพาเขามา แล้วพอคุณหมอบอกรายละเอียดของโครงการให้ฟังก็เลยตัดสินใจเข้าเลย เพราะรู้สึกว่าน่าจะได้รับความรู้เพิ่มขึ้น และได้ตรวจสุขภาพของลูกด้วย" (คุณแม่ของฟาง)

"รู้จักจากเพื่อนๆของมาม้าค่ะ คือ แล้วมาม้าเขาก็มาพูดกับเราว่า อยากสวยเหมือนคนอื่นไหม ก็บอกว่า อยาก มาม้าก็เลยบอกว่ามีคนแนะนำให้ไปที่ศิริราช จะลองไปดูไหม จะได้ไปร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆด้วย ตอนแรกก็ปฏิเสธ เพราะกลัวคนอื่นๆคิดกับเราว่า อ้วนมากเลยเหรอถึงขนาดต้องไปลดเลยหรือ แต่หลังจากนั้นอาม่า อากง ก็มาบอกว่าให้ลองไปดูเป็นประสบการณ์เพราะจากที่เพื่อนของมาม้าบอกก็เลยอยากรู้ว่าการลดเป็นแบบนี้เป็นอย่างไร เพราะจะได้ความรู้เอามาบอกหลายๆคนว่าต้องลดกันอย่างไร ก็เลยตัดสินใจไปค่ะ" (น้องแมว)

2.3 ครูประจำชั้น พบว่า มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน 1 ราย คือ หวาน เพราะได้รับทราบข้อมูลจากครูประจำชั้น เรื่อง"โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน" ของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิสม

Copyright by Mahidol University

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงไปปรึกษากับผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองทราบข้อมูลก็รู้สึกสนใจ ดังคำพูดที่ว่า

"ตอนนั้นก็เริ่มรู้สึกแล้วว่าลูกเราอ้วน แต่ก็ยังหาวิธีการไม่ได้ เพราะเราเองก็สู้เงินไม่ไหว บางที่มันก็แพงไป พอดีได้ลูกมาบอกว่า อาจารย์ที่โรงเรียนแนะนำมา คือเขาเป็นรองหัวหน้าชั้นแล้ว อาจารย์คนนั้นก็เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาก็แนะนำและให้ลองไปเข้าร่วมโครงการดู เพราะเห็นว่าลูกเราอ้วน ตอนนั้นเขาหนักประมาณ 90 กว่าได้นะ แล้วตอนนั้นก็เป็นช่วงปิดเทอมพอดีก็เลยพาเขามาเข้าร่วมโครงการ" (คุณพ่อของน้ำหวาน)

เพราะทางโรงพยาบาลศิริราช มีการลดและควบคุมน้ำหนักในโครงการวิจัยฯ ซึ่งเน้นการให้ความรู้และการปรับพฤติกรรม เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย รวมทั้งการตรวจภาวะแทรกซ้อน และมีจัดรูปแบบการสอนเป็นกลุ่ม เพื่อให้เด็กและผู้ปกครองมีเพื่อน ที่สามารถการแลกเปลี่ยนความรู้และเป็นกำลังใจแก่กัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองทุกราย เมื่อพบกับแพทย์ผู้ให้การรักษาในโปรแกรมนี้ แพทย์ผู้ให้การรักษาแนะนำพร้อมทั้งอธิบายเรื่องวิธีการและขั้นตอนต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

1. เรื่องความรู้ *"จะเน้นความรู้เพื่อต้องการให้เขารู้ว่าภาวะอ้วนคืออะไร เกิดจากการรับประทานมากเกินไป เกิดจากการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เกิดจากการขาดการออกกำลังกาย รับประทานขนมมากเกินไป เพราะฉะนั้นเราต้องดูก่อนว่า อ้วนจากอะไร อ้วนแล้วเกิดอะไรขึ้น ก็คือ ให้ความรู้เรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อนว่าอ้วนแล้วจะเกิดปัญหาเหมือนโรคอ้วนในผู้ใหญ่ตามมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง ทางเดินหายใจอุดกลั้น ตับอักเสบ ไขมันสะสมในตับ"*

2. การปรับพฤติกรรม *"การลดน้ำหนักที่ถูกต้อง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นการออกกำลังกาย อย่างน้อยก็ต้อง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ครั้งหนึ่ง 30-40 นาที มีการควบคุม ลดปริมาณอาหารที่ไขมันสูง อาหารที่น้ำตาลสูง แทนที่จะดื่มน้ำอัดลมน้ำผลไม้เราก็เน้นขอดื่มน้ำเปล่าดีที่สุด แล้วก็บอกว่าเน้นการเปลี่ยนพฤติกรรม คือไม่ใช่แค่การออกกำลังกาย แต่พยายามกระตุ้นให้เด็ก active มากขึ้น ออกไปใช้ชีวิตกลางแจ้งมากขึ้น หรือทำอะไรที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น แทนที่จะขึ้นลิฟ ขึ้นบันไดเลื่อนก็ให้เป็นเดินมากขึ้นหัดมีการช่วยงานบ้านมากขึ้น และลดเวลาที่ใช้ในการดูทีวี เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ให้น้อยที่สุดไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน"*

และมีการจัดรูปแบบการสอนเป็นกลุ่ม เพราะการจัดกิจกรรมที่เป็นกลุ่มนั้น ทำให้มีประโยชน์อย่างมากในการรักษา *"เด็กมีเพื่อน พ่อแม่มีเพื่อนปรับทุกข์คุยกันได้ เด็กมาแล้วสนุก และยังมีเวลาที่ใช้ในการพูดคุยกับคนไข้นานขึ้น รายหนึ่งใช้เวลา 10 นาทีขึ้นไป เราก็ฟังปัญหาของเขาเพราะอะไร แล้วอย่างเวลาเราทำกิจกรรมกลุ่มก็มีการชื่นชมคนที่ทำได้ ให้กำลังใจ แล้วอาจเป็นตัวอย่างให้เด็กคนอื่นได้แนวทางในการทำบ้าง"* แพทย์ผู้รักษา

Copyright by Mahidol University

หลังจากที่มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน ทั้ง 24 ราย ตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโครงการวิจัย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แล้วนั้น แพทย์ผู้ให้การรักษาก็จะทำการรักษาตามขั้นตอนต่างๆตามที่วางไว้ ทำให้ทราบข้อมูลเฉพาะ ของเด็กและวัยรุ่นอ้วนทั้งหมด รายละเอียด ดังนี้ (ตารางที่ 5.1)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 5.1 แสดงข้อมูลเฉพาะของเด็กและวัยรุ่นอ้วนขณะเข้ารับการรักษาที่ รพ.ศิริราช

รายที่	นามสมมุติ	เพศ	อายุ (ปี)	ภาวะแทรกซ้อนที่ตรวจพบ ขณะรับการรักษา	กลุ่ม (ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้)
1	ฝุ่น	ชาย	13.1	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน	กลุ่มที่ 3
2	น้ำหวาน	หญิง	14.3	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน ภาวะทางเดินหายใจอุดกลั้น* และ เมตาบอลิกซินโดรม (TG สูง และความดันสูง) *	กลุ่มที่ 1
3	น้ำตาล	หญิง	14.6	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน HDL- C ต่ำ	กลุ่มที่ 2
4	ส้ม	หญิง	10.9	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน ภาวะตับอักเสบ	กลุ่มที่ 3
5	กัน	ชาย	12.8	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน TG สูง	กลุ่มที่ 3
6	เอก	ชาย	12.3	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน ความดันสูง ภาวะทางเดินหายใจอุดกลั้น* ภาวะตับอักเสบ	กลุ่มที่ 2
7	แหม่ม	หญิง	11.5	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน TG สูง LDL- C สูง	กลุ่มที่ 1
8	อ้อย	หญิง	17.0	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน	กลุ่มที่ 1
9	เอ	ชาย	13.8	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน ความดันสูง LDL- C สูง ภาวะทางเดินหายใจอุดกลั้น* มีไข่ขาวในปัสสาวะ	กลุ่มที่ 1
10	ปลา	หญิง	15.7	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน LDL- C สูง	กลุ่มที่ 1
11	เอ๋	ชาย	13.0	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน HDL- C ต่ำ	กลุ่มที่ 2
12	กิ่ง	หญิง	10.9	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน	กลุ่มที่ 2

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 5.1 แสดงข้อมูลเฉพาะของเด็กและวัยรุ่นอ้วนขณะเข้ารับการรักษาที่ รพ.ศิริราช (ต่อ)

รายที่	นามสมมุติ	เพศ	อายุ (ปี)	ภาวะแทรกซ้อนที่ตรวจพบขณะรับการรักษา	กลุ่ม (ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้)
13	ฟาง	หญิง	13.1	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน ภาวะตับอักเสบ (เล็กน้อย) และเมตาบอลิกซินโดรม (HDL-C ต่ำ TG สูง และน้ำตาลในเลือดเริ่มผิดปกติ)*	กลุ่มที่ 1
14	บอล	ชาย	13.2	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน LDL- C สูง TG สูง	กลุ่มที่ 1
15	แอน	หญิง	11.3	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน ระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มผิดปกติ	กลุ่มที่ 2
16	บุ้ง	ชาย	14.9	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน ความดันสูง	กลุ่มที่ 3
17	กิ๊บ	หญิง	12.0	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน และเมตาบอลิกซินโดรม (HDL-C ต่ำ TG สูง และน้ำตาลในเลือดเริ่มผิดปกติ)*	กลุ่มที่ 2
18	หญิง	หญิง	10.5	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน ระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มผิดปกติ	กลุ่มที่ 3
19	แมว	หญิง	13.1	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน LDL- C สูง	กลุ่มที่ 2
20	โบว์	หญิง	14.2	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มที่ 1
21	แบงค์	ชาย	14.0	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน	กลุ่มที่ 1
22	บอม	ชาย	10.0	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน	กลุ่มที่ 3
23	ฝ้าย	หญิง	11.0	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน TG สูง	กลุ่มที่ 2
24	บิ๊ก	ชาย	11.0	ภาวะดื้อต่ออินสุลิน HDL- C ต่ำ ภาวะตับอักเสบ	กลุ่มที่ 3

Copyright by Mahidol University

*หมายเหตุ 1. ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น (ลัลลิยา ธรรมประทานกุล และธีรเดช คุปตานนท์, 2553: 53) หรือ Obstructive sleep apnea หมายถึง ภาวะที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆ ในขณะหลับ การอุดกั้นดังกล่าวอาจเป็นแบบการอุดกั้นทั้งหมดหรือบางส่วน ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ผิดปกติ และทำให้คุณภาพของการนอนหลับลดลง

2. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (http://www.thailabonline.com/lipidnemia.htm) หรือ Dyslipidemia หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ปกติ เป็นผลให้เสี่ยงต่อผลการเกิดภาวะในหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงรอบนอก (peripheral arterial disease) ภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดดังกล่าวนี้ได้แก่

- ภาวะโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) ในเลือดสูง ภาวะนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการมีระดับ low density lipoprotein-cholesterol หรือ LDL-C) ในเลือดสูง ซึ่งจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ในโครงการวิจัยนี้ หาก LDL-C สูงกว่า 130 มก./ดล. ถือว่า สูงผิดปกติ
- ภาวะ high density lipoprotein-cholesterol หรือ HDL-C) ในเลือดต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง
- ภาวะไตรกลีเซอร์ไรด์ (triglyceride : TG) ในเลือดสูง ภาวะดังกล่าวนี้ก่อให้เกิดตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันได้ และพบว่า การมีภาวะไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูงควบคู่กับการมีภาวะ HDL – C ในเลือดต่ำ มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น

3. เมตาบอลิกซินโดรม เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย ภาวะอ้วนลงพุง ระดับน้ำตาลสูง (เบาหวานชนิดที่ 2 หรือ prediabetes) ความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดผิดปกติ

การวินิจฉัย เมตาบอลิกซินโดรมในเด็ก (เด็กและวัยรุ่น อายุ 10 ปี ถึงน้อยกว่า 16 ปี) โดย International Diabetes Federation หรือ IDF (Alberti KG, et al. ,2006: 469-80) ถือว่ามีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ถ้ามีภาวะอ้วนลุงพุงโดยมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ไทล์สำหรับเชื้อชาติ เพศ และอายุนั้นๆ ร่วมกับเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่

- ไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglycerides หรือ TG) ≥ 150 มก./ดล.
- HDL-C < 40 มก./ดล.
- ความดัน systolic ≥ 130 มม.ปรอท หรือ ค่า diastolic ≥ 85 มม.ปรอท
- ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (Fasting plasma glucose ,FPG) ≥ 100 มก./ดล. หรือเป็นเบาหวาน

Copyright by Mahidol University

การวินิจฉัย เมตาบอลิกซินโดรมในวัยรุ่น อายุ 16 ปีขึ้นไป (ใช้เกณฑ์เดียวกับผู้ใหญ่) โดย International Diabetes Federation หรือ IDF (Alberti KG, et al. ,2006;23(5):469-80) ประกอบด้วย ภาวะอ้วนลงพุง โดยในคนเอเชียถือว่ามีภาวะอ้วนลงพุงถ้า ผู้ชายมีรอบเอว ≥ 90 ซม. (36 นิ้ว) หรือผู้หญิงมีรอบเอว ≥ 80 ซม. (32 นิ้ว) ร่วมกับเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่

- ไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglycerides หรือ TG) ≥ 150 มก./ดล.
- ในผู้ชายมี HDL-C < 40 มก./ดล. และในผู้หญิง มีHDL-C < 50 มก./ดล.
- ความดัน systolic ≥ 130 มม.ปรอท หรือ ค่า diastolic ≥ 85 มม.ปรอท
- ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (Fasting plasma glucose ,FPG) ≥ 100 มก./ดล. หรือเป็นเบาหวาน

ตารางที่ 5.2 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนในแต่ละกลุ่ม จำแนกตามอายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์น้ำหนักที่ควรจะเป็น

ลักษณะ	กลุ่ม	จำนวน (ราย)	Mean±SD	Min	Max
อายุ (ปี)	ลดน้ำหนักได้ดีมาก	9	14.1±1.58	11.5	17.0
	น้ำหนักขึ้นๆลงๆ	8	12.3±1.25	10.9	14.6
	น้ำหนักขึ้น	7	11.8±1.69	10.0	14.9
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	ลดน้ำหนักได้ดีมาก	9	88.2±15.05	66.0	111.5
	น้ำหนักขึ้นๆลงๆ	8	88.3±21.55	66.5	131.6
	น้ำหนักขึ้น	7	80.1±13.51	61.9	104.0
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	ลดน้ำหนักได้ดีมาก	9	32.9±4.21	27.1	40.9
	น้ำหนักขึ้นๆลงๆ	8	36.1±7.34	28.0	49.8
	น้ำหนักขึ้น	7	31.3±4.62	26.1	39.8
เปอร์เซ็นต์น้ำหนักที่ควรจะเป็น	ลดน้ำหนักได้ดีมาก	9	170.4±23.94	143.4	221.6
	น้ำหนักขึ้นๆลงๆ	8	191.8±41.68	147.1	268.5
	น้ำหนักขึ้น	7	165.7±23.66	143.9	208.0

Copyright by Mahidol University

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มของเด็กและวัยรุ่นอ้วนตามการการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น มีรายละเอียด ดังนี้ (ตารางที่ 5.3 5.4 และ 5.5)

1. กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก มีทั้งหมด 9 ราย ได้แก่ น้ำหวาน เอ ปลา ฟาง บอล แมว โบว์ อ้อย และแบงค์ แบ่งเป็น หญิง 6 ราย (ร้อยละ66.7) ชาย 3 ราย (ร้อยละ 33.3) อายุเฉลี่ยของอายุ คือ 14.1±1.58 ปี มากที่สุดคือ 17.0 ปี และน้อยที่สุด คือ 11.5 ปี น้ำหนักเฉลี่ย คือ 88.2±15.05 กิโลกรัม มากที่สุดคือ 111.5 กิโลกรัม และน้อยที่สุด คือ 66.0 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 32.9±4.21 กก./ตร.ม. มากสุดคือ 40.9 กก./ตร.ม. น้อยสุดคือ 27.1 กก./ตร.ม. และค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น คือ 170.4±23.94 มากที่สุดคือ 221.6 และน้อยที่สุด คือ 143.4

2. กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ มีทั้งหมด 8 ราย ได้แก่ น้ำตาล เอก เอ๋ กิ่ง แอน กิ๊บ แมว และฝ้าย แบ่งเป็น หญิง 6 ราย (ร้อยละ75.0) ชาย 2 ราย (ร้อยละ25.0) อายุเฉลี่ยของอายุ คือ 12.3±1.25ปี มากที่สุดอายุ 14.6 ปี และน้อยที่สุด คือ 10.9 ปี น้ำหนักเฉลี่ย คือ 88.3±21.55 กิโลกรัม มากที่สุดคือ 131.6 กิโลกรัม และน้อยที่สุด คือ 66.5 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 36.1±7.34 กก./ตร.ม. มากสุดคือ 49.8 กก./ตร.ม. น้อยสุดคือ 28.0 กก./ตร.ม. และค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น คือ 191.8±41.68 มากที่สุดคือ 268.5 และน้อยที่สุด คือ 147.1

3. กลุ่มที่น้ำหนักขึ้น มีจำนวน 7 ราย ได้แก่ ฝุ่น ส้ม แหม่ม กัน บุ้ง หญิง และบอม แบ่งเป็นหญิง 2 ราย (ร้อยละ28.6) ชาย 5 ราย (ร้อยละ71.4) อายุเฉลี่ยของอายุ คือ 11.8±1.69 ปี มากที่สุด 14.9 ปี และน้อยที่สุด คือ 10.0 ปี น้ำหนักเฉลี่ย คือ 80.1±13.51กิโลกรัม มากที่สุดคือ 104.0 กิโลกรัม และน้อยที่สุด คือ 61.9 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 31.3±4.62 กก./ตร.ม. มากสุดคือ 39.8 กก./ตร.ม. น้อยสุดคือ 26.1 กก./ตร.ม. และค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น คือ 165.7±23.66 มากที่สุดคือ 208.0 และน้อยที่สุด คือ 143.9

5.1.2 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน

พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งได้แก่ กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น โดยเนื้อหาจะกล่าวถึงพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ทั้ง 3 กลุ่ม และผู้ปกครอง เพื่อให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างในรายละเอียดต่างๆของพฤติกรรม ดังนี้

Copyright by Mahidol University

5.1.2.1 กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก

1. พฤติกรรมการมาตามนัดหมาย จากการสอบถามและวิเคราะห์ ข้อมูลพบว่า มี 7 รายที่ไม่เคยขาดเลย ในช่วง 1-3 เดือนแรก คือ น้ำหวาน แหม่ม เอ โบว์ ฟาง อ้อย และแบงค์ (ตารางที่ 9) เพราะทั้งเด็กและผู้ปกครองให้เหตุผลว่าการมาพบแพทย์ตามที่นัดหมายจะเป็นการได้รับแรงการกระตุ้นให้ควบคุมการลดน้ำหนักได้มากขึ้น และการอำนวยความสะดวกให้โดยการเปลี่ยนวันนัดหมายของแพทย์ผู้ให้การรักษา ทำให้สามารถมาพบแพทย์ตามนัดหมายได้ (ตามตารางที่ 13) ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*พอเขาลดได้ก็มีกำลังใจ และการไปหาคุณหมอก็เหมือนเป็นการกระตุ้นเขาด้วย เพราะถ้าไม่ไปมันจะยิ่งทำให้ไม่มีตัวกระตุ้น ยิ่งใกล้วันหมอนัดเขายิ่งควบคุมมาก*" (คุณแม่ของน้ำหวาน)

"*ส่วนใหญ่ ก่อนวันที่จะมาทางคุณหมอจะโทรไปสอบถามก่อนค่ะว่ามาได้หรือเปล่า เพราะถ้ามาไม่ได้ คุณหมอก็จะนัดเป็นอาทิตย์ถัดไป ก็เลยมาครบทุกครั้งค่ะ ที่มาไม่ได้ ส่วนใหญ่จะใกล้สอบขาดเรียนไม่ได้*" (น้องโบว์)

"*ป้าพามาทุกครั้ง ช่วง 3 เดือนแรกจะตั้งใจมากๆ เพราะกลัวน้ำหนักขึ้นนะ ยิ่งพอใกล้ๆวันที่หมอนัดจะชั่งน้ำหนักไว้ก่อน คือจะคอยควบคุมตัวเองตลอดนะ*" (น้องอ้อย)

อีก 2 ราย ได้แก่ ปลา และบอล ช่วง 1-3 เดือนแรก ไม่สามารถมาตามที่แพทย์นัดหมายได้ เพราะติดเรียน ติดสอบ ไม่อยากขาดเรียน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*มี 1-2 หนที่ไม่ได้ไป เพราะติดเรียน ส่วนใหญ่ปัญหามาจากการเรียนนะ คือตัวคุณแม่ก็ไม่อยากให้เขาหยุดเรียน กลัวเขาเรียนไม่ทันเพื่อนๆ เพราะเขาเรียนคอมพิวเตอร์จะมีการบ้านเยอะตลอด*" (คุณแม่ของปลา)

แต่เมื่อระยะเวลาในการนัดหมายครั้งต่อๆมา หลังจาก 1-3 เดือนแรก จะนัดห่างขึ้นเป็น 3 เดือนครั้ง ทำให้มีเด็กและวัยรุ่นอ้วนเพียง 7 รายเท่านั้นที่ยังคงมาครบตามนัดหมายทุกครั้ง ได้แก่ โบว์ แบงค์ แหม่ม น้ำหวาน เอ ปลา และอ้อย แต่อีก 2 ราย ที่ขาดนัด เพราะเรื่องการเรียน วันนัดตรงกับวันที่สอบ ทำให้ไม่สามารถมาได้ ปัญหาดังกล่าวนี้ ทำให้บางรายน้ำหนักกลับเพิ่มขึ้น แต่ก็สามารถควบคุมน้ำหนักกลับลงมาได้ก่อนถึงวันที่แพทย์นัด เพราะความเข้าใจ ความร่วมมือ และคิดก่อนกินมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*แต่พอหลังจากนั้นเว้นไป 3 เดือน แล้วค่อยมาหาคุณหมอมันก็มีหลุดบ้างเพราะระยะที่คุณหมอนัดมันห่าง ออกกำลังกายก็น้อยลงเหลือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพราะบางวันก็เหนื่อย แต่พอน้ำหนักขึ้นประมาณ 1 กิโล รู้สึกเครียด ตอนนั้นก็เลยคิดวางแผนว่าต้องตัดใจให้ได้ หัดห้ามใจให้ได้ คิดว่าเดี๋ยว*

Copyright by Mahidol University

ต้องไปพบหมอๆซึ่งมันก็ได้ผลบางครั้ง ซึ่งหลังๆก็เลยให้เพื่อนๆช่วยเตือน ซึ่งก็ได้ผลนะ เพราะพอหมอนัดไปซึ่งน้ำหนักก็ลดลงมาอยู่ที่เดิมค่ะครบปีน้ำหนักลดลงทั้งหมดประมาณ9 กิโล" (น้องฟาง)

ดังนั้น เด็กและวัยรุ่นอ้วนที่สามารถมาพบแพทย์ได้ครบทุกครั้งตามที่นัดหมายในกลุ่มนี้ ได้แก่ แบงค์ โบว์ น้ำหวาน เอ และอ้อย ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่า ส่วนหนึ่งเพราะน้ำหนักที่ลดลงทุกครั้ง และเพราะแพทย์ผู้ให้การรักษาที่เอื้ออำนวยเรื่องการเลื่อนวันนัดให้สะดวกแก่ผู้ให้ข้อมูล ดังคำพูดที่ว่า

"*พี่เป็นคนพามา ก็มาได้ทุกครั้งที่คุณหมอนัด คิดว่าการที่เขาอยากมาพบหมอเพราะเขารู้สึกดีที่ลดน้ำหนักได้ทุกครั้ง เพราะตัวพี่ก็จะบอกเขาด้วยว่า เขาเก่ง คือ เขาเป็นเด็กที่ใจแข็งมากน่ะ อย่างขนมปังหรือของที่เขาชอบกินก่อนหน้านี้ เขาไม่กินเลย หยุดเลย*" (คุณแม่ของแบงค์)

"*คือ ตัวของน้องเอเขาไม่เคยรู้สึกไม่อยากมา คือ เขาชอบออกกำลังกาย เพราะถ้ามาก็ได้ออกกำลังกาย และคุณแม่ก็พยายามพาเขามาให้มากที่สุด นอกจากว่าติดจริงๆ อย่างครั้งถัดไปที่เขาจะผ่าทอลซิลก็จะโทรแจ้งอาจารย์ก่อน ซึ่งอาจารย์เขาก็จะเลื่อนวันให้เพื่อให้เรามาให้ครบ*" (คุณแม่ของเอ)

ตารางที่ 5.3 แสดงน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่ภาวะอ้วนกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก

นามแฝง	น้ำหนัก (กก.)						
	ก่อนเข้าโครงการวิจัยฯ	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	เดือนที่ 9	เดือนที่ 12
แบงค์	96.00	89.90	86.50	86.50	84.20	--	--
แหม่ม	66.00	63.80	63.80	ไม่มา	63.60	--	--
ปลา	107.50	107.40	ไม่มา	108.20	100.30	--	--
โบว์	87.50	85.60	84.10	85.50	84.40	--	--
ฟาง	77.50	73.70	69.00	70.20	ไม่มา	70.30	--
น้ำหวาน	91.60	90.10	88.10	88.20	84.10	86.00	82.10
เอ	111.50	108.20	104.10	106.90	104.80	--	--
บอล	81.30	75.90	ไม่มา	76.10	ไม่มา	73.1	--
อ้อย	75.20	74.70	72.10	73.80	70.60	--	--

2. พฤติกรรมการกิน พบว่า ช่วง 3 เดือนแรก หลังเข้ารับการรักษา ทั้งเด็กและวัยรุ่นอ้วน และผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องอาหารมากขึ้น เช่น อาหารที่รับประทานแต่ละชนิดมีแคลอรี่เท่าไหร่ อาหารอะไรที่ควรและไม่ควรรับประทาน ปริมาณอาหารที่ควรรับประทานในแต่

Copyright by Mahidol University

ละชนิด ในช่วง 1-3 เดือนแรก มีการปรับเรื่องการกินและการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ระวังเรื่องปริมาณและชนิดของอาหารที่กินมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ไม่กินของทอดเลย น้ำอัดลมก็ไม่กิน กินข้าวน้อยลง เหลือ 1-2 ทัพพี จากเมื่อก่อนข้าว 4-5 ทัพพี แล้วยังชอบทานขนมปังอีก ขนมปัง 1 แถว ผมทาน ประมาณ 2 วันเองครับ*" (น้องแบงค์)

"*ตอนนั้นคุณพ่อกับคุณแม่จะโทรมาเตือนทุกวันว่า เดี๋ยวจะไปหาคุณหมอต้องลดนะ ต้องทำให้ได้นะซึ่งตอนนั้นก็เลยมีกำลังใจ เดือนแรกลดไป เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 ลดไปได้เยอะเหมือนกันค่ะประมาณ6-7กิโล ช่วง3 เดือนแรกเรื่องอาหารคิดว่าทำได้นะประมาณ60% คือ ยังมีหลุดบ้างแต่จะใช้การปั่นจักรยานเผาผลาญ เพิ่มขึ้นค่ะ คือ ปกติจะปั่นนาน 30-40 นาที ความเร็วประมาณ 6 ค่ะ ก็จะปั่นนานขึ้นประมาณ 1 ชั่วโมงค่ะ แล้วก็จะบอกให้เพื่อนๆช่วยเตือน เวลา อยากกินขนม ซึ่งก็ได้ผลนะ*" (น้องฟาง)

ก่อนการนัดหมายเดือนที่ 6 พบว่า 6 ราย ยังคงมีพฤติกรรมการกินดีอย่างต่อเนื่อง เพราะมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ และ การที่สามารถลดน้ำหนักได้จึงทำให้รู้สึกมีกำลังใจที่จะปฏิบัติต่อ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ก็ยังได้เหมือนประมาณ 3 เดือนแรก พอคุณหมอนัดปรากฏว่าน้ำหนักก็เท่าเดิม คือเริ่มต้นเข้าโครงการ ประมาณ 67 แต่หลังจากนั้น ก็อยู่ที่ประมาณ 63 โล*" (น้องแหม่ม)

"*ยังกินเหมือน 3 เดือนแรก คือพฤติกรรมการกิน เมื่อก่อนจะเป็นกินเยอะมาก แต่พอเข้าร่วมโครงการกินข้าวเหลือ 1-2 ทัพพี ของทอดก็ลดลง เหลือ 3-4 ครั้งต่ออาทิตย์ แต่เมื่อก่อนเกือบทุกมื้อ ทุกวัน น้ำอัดลมนี่เลิกเลย ขนมก็มีบ้างเล็กน้อยประมาณ 1 ครั้งต่ออาทิตย์*" (น้องโบว์)

แต่มี 1 รายที่เริ่มทานของจุกจิกเพิ่มมากขึ้น เพราะเรียนพิเศษ จึงต้องทานอาหารหน้าโรงเรียน เพื่อไม่ให้หิวเวลาเรียนได้แก่ แมว ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนไปในทางที่ไม่ค่อยดีนัก คือ ในเรื่องของการกินก็กินจุกจิกเพิ่มมากขึ้น เพราะตอนนั้นเรียนพิเศษจันทร์ อังคาร กว่าจะเลิกเรียนก็ประมาณ 2 ทุ่มก็เลยไม่ค่อยได้ทานข้าวเย็นเพื่อนๆที่โรงเรียนก็จะชวนหาซื้อของกินที่หน้าโรงเรียนจะได้ไม่หิวเวลาเรียน ส่วนใหญ่ก็จะเป็นของทอดค่ะ หรือบางครั้งก็เป็นมาม่าคับค่ะ อาทิตย์หนึ่งก็ประมาณ 2-3 วัน จากเดิมทานแค่อาทิตย์ละวัน อย่างมื้อเช้าบางครั้งก็เป็นไข่เจียว หรือย่างบางครั้งกลับมาแล้วหิวก็จะทานเป็นนม 1 แก้ว แต่ถ้าวันไหนไม่ได้เรียนพิเศษก็จะกลับมาทานข้าวบ้านค่ะ*" (น้องแมว)

อีก 1 ราย แพทย์แนะนำให้ปรับเรื่องอาหาร เพราะน้ำหนักที่ลดลงเร็วเกินไป จึงต้องรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ได้แก่ แบงค์ ดังคำพูดที่ว่า "*อาหารก็ยังทานแบบปกติ แต่เพิ่มข้าวมากขึ้นเป็น 2-3 ทัพพี ส่วนกับข้าวก็เริ่มมี ย่าง ต้ม มากขึ้น จากที่กินแค่ต้มอย่างเดียว*"

Copyright by Mahidol University

ก่อนการนัดหมายเดือนที่ 9 พบว่า มีพฤติกรรมการกินของทอด ของมัน และ ขนม เพิ่มขึ้น เพราะเริ่มรู้สึกเบื่อ อยากกินเพราะไม่ได้กินมานาน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*หลังจากเดือนที่ 6 น้ำหนักขึ้นมาประมาณ 1 กิโล คือ ตอนนั้นหลุดเรื่องอาหาร ส่วนใหญ่จะกินพวกขนม เพราะว่าฟางชอบกินขนม ก็รู้สึกเครียด ตอนนั้นก็เลยคิดวางแผนว่าต้องตัดใจให้ได้ หัดห้ามใจให้ได้ คิดว่าเดี๋ยวต้องไปพบหมอๆซึ่งมันก็ได้ผลบางครั้ง ซึ่งหลังๆก็เลยให้เพื่อนๆช่วยเตือน ซึ่งก็ได้ผลนะ เพราะพอหมอนัดไปซึ่งน้ำหนักก็ลดลงมาอยู่ที่เดิมค่ะครบปีน้ำหนักลดลงทั้งหมดประมาณ 9 กิโล*" (น้องฟาง)

"*ช่วงแรกที่เข้าร่วมคิดว่าตัวเองทำได้นะ ข้าวก็ตักน้อยลงเหลือทัพพีครึ่ง กับข้าวเป็นพวกบ๊อคโคลี่ ผักต้ม ส่วนที่โรงเรียนก็ลดข้าวลง น้ำอัดลมเลิกเลย ไอติมก็ไม่กินนะ กินน้ำเปล่า แต่ถ้าไม่ไหวจริงๆก็กินเป็นน้ำผลไม้แทน*" (น้องอ้อย)

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ช่วง 1-3 เดือน มีบางรายที่เข้ามาเพราะอยากลดน้ำหนักอยู่แล้ว เมื่อได้ทราบวิธีการจึงทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีในการทำ ประกอบกับผู้ปกครองให้ความสนใจร่วมด้วย จึงเป็นแรงกระตุ้นให้ทำได้อย่างต่อเนื่อง มีเพียง 2 ราย เท่านั้นที่สามารถปฏิบัติได้ตามที่แพทย์แนะนำ คือ ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ และใช้เวลาในการออกกำลังกายมากกว่า 40 นาทีขึ้นไป ได้แก่ โบว์ และแมว ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*เมื่อก่อนไม่ออกเลย แต่หลังจากเข้าโครงการก็มีเดินหลังทานข้าวเสร็จประมาณ 10 รอบ หลังอาหารทุกมื้อ แล้วก็มีตีแบตทุกวัน วันละ1-2 ชั่วโมง เล่นกับพี่ค่ะ ตอนนั้นลดลงไป 1-2 กิโล*" (น้องโบว์)

"*พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากคนที่ไม่ค่อยออกกำลังกายก็มีการจัดตารางการออกกำลังกาย เพราะจะได้มีเวลาในการทำการบ้านได้ด้วยค่ะ ตอนนั้นออกทุกวันเลย ครั้งละ 1 ชั่วโมง ก็เล่นปั่นจักรยาน เดินลู่ ความเร็วประมาณ 4-5 ค่ะ*" (น้องแมว)

ส่วนเด็กและวัยรุ่นอ้วนอีก 4 ราย ได้แก่ น้ำหวาน ฟาง อ้อย และแบงค์ ก็ออกกำลังกายเพียงแต่ไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ เพราะออกกำลังกายเพียง 3-4 วันต่อสัปดาห์เท่านั้น แต่ใช้เวลาในการออกกำลังกาย 40 นาทีขึ้นไป ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ออกกำลังกาย ประมาณ 3-4 ครั้ง/ อาทิตย์ วิ่ง ว่ายน้ำ สลับกับการเต้นแอโรบิคเหนื่อยก็พัก แล้วว่ายต่อ ตอนว่ายต่อเนื่อง 15 นาที ว่ายท่า freestyle เต้นแอโรบิค 3-4 วัน/ อาทิตย์ ประมาณ 1 ชั่วโมง แล้วคุณพ่อก็จะช่วยเตือนอยู่ตลอด คอยหาวิธีออกกำลังกายให้ลูก คอยบอก พาไปสมัครว่ายน้ำเสาร์- อาทิตย์*" (น้องน้ำหวาน)

"*ใช้การปั่นจักรยานหน้าทีวี ครั้งหนึ่งก็ประมาณ 40 นาที ความเร็วประมาณ 6 ค่ะ ออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์*" (น้องฟาง)

Copyright by Mahidol University

"ผมวิ่งครับ ตรงสนามหินแถวบ้านบ้าง ที่โรงเรียนบ้าง วิ่งประมาณ 20-30 รอบ รอบละประมาณ 200-300 เมตร วิ่ง 4 วัน ตอนวิ่งก็ได้เหงื่อเต็มตัวเลย ผมจะวิ่งเหยาะๆ วิ่งเบาๆ แต่ต่อเนื่อง ส่วนอีก 3 วันไม่ได้ออกกำลังกาย แต่จะไปเล่นเกมส์บ้านเพื่อนครับ" (น้องแบงค์)

"อาจารย์บอกว่าให้ วอมอัพ 15 นาที และออกกำลังกายมากกว่า 40 นาที แล้วก็คูลดาวน์ 15 นาที ก็ทำได้นะ แต่ไม่เป๊ะตามที่อาจารย์บอก อย่าง วอมอัพ และ คูลดาวน์ ก็ไม่ได้ 15 นาที แต่ออกกำลังกายจริงได้นะ 30 นาที แล้วก็เพิ่มขึ้นเรื่อย" (น้องอ้อย)

แต่อีก 3 ราย ได้แก่ ปลา เอ และบอล ออกกำลังกายน้อยกว่าที่แพทย์แนะนำ เพราะปัญหาเรื่องการเรียน การเดินทาง ทำให้ออกกำลังกายได้น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ และเวลาที่ใช้ออกกำลังกายประมาณ 20-60 นาที ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ออกกำลังกายต่อเนื่อง 60 นาที คิดว่าตัวเองทำได้นะ ว่ายน้ำ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ บางวัน ตอนเย็นก็จะได้ขี่จักรยานบ้าง ตั้งแต่สี่โมงถึงหกโมงเย็น แต่น้อยมาก เพราะจะเรียนพิเศษกว่าจะเลิกเรียน ก็ดึกแล้ว" (น้องเอ)

"เสาร์-อาทิตย์ส่วนใหญ่จะให้เขาเดินไปเดินมาในบ้าน ประมาณ 20-30 นาที แต่วันธรรมดาไม่ค่อยได้ทำเพราะเขาเรียนหนังสือช่วงบ่าย กว่าจะกลับก็เย็น แล้วการบ้านเขาก็เยอะเพราะเรียนคอมพิวเตอร์" (คุณแม่ของปลา)

ก่อนการนัดหมายในเดือนที่ 6 พบว่า ทุกรายมีการออกกำลังกายลดน้อยลง เพราะเรียนหนักขึ้น ต้องเรียนพิเศษ รู้สึกเบื่อกับการออกกำลังกายแบบเดิม และไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย ดังคำพูดที่ว่า

"ออกน้อยลงค่ะ ก็ยังปั่นจักรยาน ความเร็วประมาณ 6 แต่ออกกำลังกายเหลือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์นาน 20-30 นาที ตอนนั้นเบื่อ แล้วก็เหนื่อยด้วย เพราะบางทีการบ้านก็เยอะ กลับมาก็ต้องรีบทำการบ้านก่อน" (น้องฟาง)

"ช่วงหลังไม่ค่อยได้ออกไปวิ่ง เพราะฝนตกบ่อย ก็เลยได้ออกน้อยลงค่ะ ก็จะมีวันเสาร์อาทิตย์ที่ยังได้ออกไปวิ่งบ้าง เต้นแอโรบิคบ้าง ครั้งหนึ่งก็ประมาณ 30 นาทีได้ค่ะ" (น้องน้ำหวาน)

"ช่วงนี้ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เพราะ เป็นช่วงใกล้สอบ เหลือ 1-2 ครั้งต่ออาทิตย์ แต่เดิน 10 รอบหลังมื้ออาหารระยะทางก็ประมาณ 100-200 เมตร ก็ยังทำอยู่" (น้องโบว์)

ซึ่งพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนมาพบแพทย์ในเดือนที่ 9 ก็ไม่แตกต่างกับที่ผ่านมา คือ ออกกำลังกายน้อย เพราะปัญหาเรื่องไม่มีเพื่อนหรือคนคอยกระตุ้น และไม่มีเวลาเพราะต้องทำการบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

Copyright by Mahidol University

"ออกกำลังกายก็ยังทำอยู่ คือ เดิน 10 รอบ หลังมื้อ อาหารทุกมื้อ ส่วนเรื่องตีแบตหรือเดินเล่นไม่ได้ทำเลย เพราะช่วงแรกๆ พ่อกับแม่เขาพาเราไปเดินเล่นได้ แต่พอช่วงหลังเขาจะไม่ค่อยมีเวลาเพราะต้องไปทำงานด้วยกันทั้งคู่เลย ก็เลยจะเป็นพี่ เพราะอยู่ด้วยกันมากกว่า แต่ก็ได้ออกเป็นช่วงๆ เพราะบางทีพี่เขาก็มีงานยุ่งบ้าง เพราะเขาก็ยังเรียนอยู่" (น้องโบว์)

"ไม่ค่อยได้วิ่งลู่แล้ว เลยทำให้ออกกำลังกายน้อยลงมาก เพราะถ้าวันไหนมีการบ้านเยอะก็ไม่ได้ออก เพราะกลัวนอนดึกค่ะ" (น้องแมว)

มี 1 รายเท่านั้นเพียงออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพราะเริ่มกังวลเรื่องน้ำหนักที่ลดลงน้อยลงกว่าครั้งก่อนๆ และการได้รับคำแนะนำและการกระตุ้นของแพทย์ ทำให้เริ่มกลับมาคอยกระตุ้น และดูแลเพิ่มมากขึ้น

"ตอนเดือนที่ 6 น้ำหนักขึ้นมาประมาณ 1 กิโล รู้สึกเครียด ก็เลยคิดวางแผนว่าต้องออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าเดิม คิดว่าเดี๋ยวต้องไปพบหมอๆซึ่งมันก็ได้ผลบางครั้ง ซึ่งหลังๆก็เลยให้เพื่อนๆช่วยเตือน ซึ่งก็ได้ผลนะ เพราะพอหมอนัดไปซึ่งน้ำหนักก็ลดลงมาอยู่ที่เดิมค่ะ" (น้องฟาง)

5.1.2.2 กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ

1. พฤติกรรมการมาตามนัด จากการวิเคราะห์และสอบถาม พบว่า ช่วง 1-3 เดือนแรก มีเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่มาครบตามที่นัดหมายทั้งหมด 5 ราย ได้แก่ เอก ฝ้าย กิ่ง น้ำตาล และแมว (ตามตารางที่ 10) เพราะช่วง 3 เดือนแรกมีความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนักมาก รู้สึกดีเมื่อน้ำหนักลดลง ประกอบกับบางรายทางโรงเรียนสามารถให้ลาได้ จึงทำให้มาได้อย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ช่วงแรกๆ หลังจากกลับจากโรงพยาบาล เขาตั้งใจมากขึ้น ผมก็จะคอยบอก คอยควบคุมด้วย อีกอย่างที่ผมพาเขามาได้ตลอด คือผมคิดว่ามันก็ไม่ได้ยุ่งยาก เพราะการนัดหมายจะเป็นช่วงๆ เดือนละครั้งเอง แล้วทางโรงเรียนก็ไม่มีปัญหา เพราะผมไปแจ้งต่อครูประจำชั้นไว้ก่อนแล้วถึงเรื่องปัญหาที่ฝ้ายมีทางโรงเรียนก็โอเคกับเรา ทำให้ลาได้" (คุณพ่อของฝ้าย)

ส่วนอีก 3 ราย ที่ขาดนัดไป 1 ครั้งในช่วง 3 เดือนแรกนั้น ได้แก่ กิ๊บ เอ๋ และแอน จากปัญหาเรื่องการเรียน ลาไม่ได้ เพราะตรงกับวันสอบ บางรายก็มีเหตุการณ์ที่ไม่ทราบล่วงหน้า คือ มีญาติเสียชีวิต ทำให้ต้องขาดนัดไป ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ครั้งแรกที่ขาด ประมาณนัดครั้งที่ 3 เพราะว่าวันนั้นกิ๊บมีสอบค่ะ ก็เลยไม่อยากขาดเรียน ก็เลยไม่ได้มา" (น้องกิ๊บ)

Copyright by Mahidol University

“ช่วงที่ขาดนัด เพราะว่ามันตรงกับวันที่แอนต้องสอบพอดีเลย คือ ถ้ามาก็ต้องขาดสอบ ก็เลยตัดสินใจไม่มาพบหมอค่ะ” (น้องแอน)

“มีแค่ครั้งเดียวครับ ที่ไปไม่ได้ คือ ต้องไปต่างจังหวัด เพราะคุณปู่เสียครับ ตอนนั้นที่ลดได้ผมรู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีกำลังใจที่ลดได้ ใส่กางเกงหลวมเลยนะครับ บอกคนในบ้านทุกคนเลย ภูมิใจมากเลยครับ” (น้องเอ๋)

หลังจากนั้นในเดือนที่ 6 พบว่า มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน 4 รายที่สามารถมาได้ตามที่แพทย์ผู้ให้การรักษานัดหมาย ซึ่งได้แก่ เอ๋ แอน กิ่ง และกัน เพราะทางโรงเรียนให้การส่งเสริมเมื่อทราบว่ามาเข้ารับการรักษาเรื่องการลดน้ำหนัก และผู้ปกครองก็ให้การสนับสนุนเพราะต้องการให้ลดน้ำหนัก ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“เพราะครูที่โรงเรียนของเอ๋ เขาส่งเสริมครับ อย่างตอนที่เขามาเยี่ยมบ้าน ก็บอกไปว่าไปลดน้ำหนักที่ศิริราช เขาบอกว่าดีจังเลย เพราะเขาเองก็อ้วน จะทำอะไรก็ไม่คล่องแคล่ว เขาก็เลยเข้าใจ และก็ค่อนข้างใจดีด้วยครับ แล้วตัวผมเองก็ลางานได้ ก็เลยไม่มีปัญหา” (คุณพ่อของเอ๋)

“ไม่มีขาดนัดเลยน่ะ ส่วนใหญ่มาได้ทุกครั้งเลย ไม่เคยขาดเลย อยากให้เขาลดได้ ส่วนใหญ่ก็แม่จะเป็นคนพาเขามา เพราะเราใกล้ พ่อเขาอยู่ไกลกว่า” (คุณแม่ของน้ำตาล)

“คุณพ่อกลัวลูกสาวไม่สวย ก็เลยอยากให้เขาลดน้ำหนัก ซึ่งเท่าที่ผ่านมาก็เห็นว่าน้ำหนักมันก็ไม่ขึ้นเหมือนเมื่อก่อน ก็ยังมีลงบ้าง ขึ้นบ้าง แล้วคุณหมอเขาก็ดีมาก คอยให้กำลังใจตลอด” (คุณแม่ของกิ่ง)

ส่วนเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ คือ กิ๊บ เอก ฝ้าย และอ้อย ให้เหตุผลว่า บิดา มารดา และผู้ปกครองไม่สามารถพามาได้ เพราะติดปัญหาเรื่องหน้าที่การงาน เรื่องการเรียน และอายเพื่อนเพราะน้ำหนักขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ช่วงหลังเขาน้ำหนักขึ้นมากเลยค่ะ ทั้งสองคน แล้วตัวพี่ก็ไม่ค่อยมีเวลาเพราะต้องไปอยู่ที่ต่างจังหวัดกับคุณพ่อเขา ทำให้ช่วงหลังไม่ค่อยควบคุมสักเท่าไหร่ แล้วตัวพอน้ำหนักขึ้นมากก็เลยไม่อยากไป อายเพื่อน แล้วตัวพี่เองก็เกรงใจคุณหมอ เพราะคุณหมอใส่ใจคนไข้มากเลยนะ” (คุณแม่ของกิ๊บ)

“มีบ้างค่ะที่ขาดนัด ประมาณ 2 ครั้ง เพราะติดสอบค่ะสอบท้ายบทพอดีเลย ก็เลยมาไม่ได้” (น้องแมว)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 5.4 แสดงน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ

นามแฝง	น้ำหนัก (กก.)					
	ก่อนเข้าโครงการวิจัยฯ	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	เดือนที่ 9
กิ๊บ	67.70	68.00	68.70	ไม่มา	ไม่มา	68.90
เอก	100.50	98.80	99.40	99.50	ไม่มา	98.30
เอ๋	131.60	127.60	ไม่มา	125.00	130.60	--
ฝ้าย	72.40	70.20	70.20	69.90	ไม่มา	72.20
แอน	87.60	85.80	82.70	ไม่มา	87.30	--
กิ่ง	84.30	82.50	81.40	83.00	83.50	--
น้ำตาล	96.10	94.10	92.60	93.90	ไม่มา	93.90
แมว	66.50	64.50	64.40	63.70	ไม่มา	64.30

2. พฤติกรรมการกิน พบว่า ก่อนการนัดหมายในช่วงเดือนที่ 1-3 นั้น เด็กและวัยรุ่นอ้วน 6 รายได้แก่ เอก เอ๋ ฝ้าย กิ่ง น้ำตาล แมว มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกินไปในทางที่ดีขึ้น จากที่กินแต่ของทอดของมัน ก็เปลี่ยนเป็นต้มแทน น้ำอัดลมน้ำหวานก็กินน้อยลง ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ตอนนั้นหลังจากกลับจากโรงพยาบาล เรื่องอาหารให้หลีกเลี่ยงอาหารทอด พวกกะทิ น้ำอัดลม ซึ่งตอนนั้นประมาณ70-80% นะครับ ที่ผมคิดว่าเขาทำได้เรื่องอาหาร อย่างเช่นน้ำอัดลม จากที่เคยกินเดือนละประมาณ 20 ขวดลดลงไปเหลือเดือนละ 2 -3 ขวดส่วนอาหารอย่างอื่นลดลงได้ บ้างอย่างไข่เจียวมื้อละ2 ฟอง ก็กลายเป็นอาทิตย์หนึ่ง 2 วัน ซึ่งเราจะจัดอาหารให้แยกต่างหากเลย อย่างข้าวก็จะตักให้เลย 1-2 ทัพพี กับข้าวก็ไม่มัน ไม่ทอด แต่จะให้เป็นพวกผักๆแทนครับ เขาทานได้นะ ไม่มีปัญหา ส่วนใหญ่จะเชื่อฟัง*" (คุณพ่อของฝ้าย)

"*แรกๆ ของทอดๆ อย่างไข่ดาวเขาก็ไม่ค่อยกินนะ อาหารก็จะทำแบบลดน้ำมันให้เขาใช้น้ำแทนน้ำมัน บางทีอย่างเขาทำไข่น้ำกินเอง เขาก็จะไม่ทอด ปรับอาหารการกินทุกอย่าง น้ำอัดลมก็จะไม่กิน แต่อย่างบางที คุณพ่อหิวก็จะไปทานข้างนอกไม่ให้เขาเห็น ตัวเขาเองที่โรงเรียนเขาก็ไม่กินนะ*" (พ่อของเอ๋)

"*จากการที่เคยกิน 2 จานก็เหลือแค่ ทัพพีครึ่ง ขนม น้ำอัดลมก็ไม่กินเลย ก็ได้อย่างที่หมอบอกเลยค่ะ*" (น้องกิ่ง)

Copyright by Mahidol University

แต่มีผู้ให้ข้อมูลเพียง 2 รายที่พบว่า ไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ เพราะเมื่อเจอของที่ชอบ ของที่อยากกิน ก็อยากกิน พอมีโอกาสก็กลับไปกินบ้างบางครั้ง ได้แก่ กิ๊บ แอน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*คือยังไม่ได้ทำตามที่คุณหมอบอกค่ะเช่นคุณหมอบอกให้ลดน้ำอัดลม แต่ยังอยากกินค่ะ ทำไม่ได้ค่ะคือหลุดของพวกขนม น้ำผลไม้ น้ำอัดลมค่ะ*" (น้องกิ๊บ)

"*ก็เปลี่ยนไปนิดหนึ่ง เมื่อก่อนกินแต่ของทอด เพราะแม่ครัวเขาไม่ค่อยทำให้เพราะพ่อสั่ง ส่วนมากจะทำ เป็นต้มยำ ผัดผัก แล้วก็เป็นต้มแทนไม่มีของทอด แต่เมื่อก่อนกินทุกวัน ทุกมื้อข้าวก็เหลือ 1 ทัพพี แต่ตอนหลังๆก็ทำได้ไม่ได้บ้างนะ เพราะว่าก็ยังกินของทอดบ้าง บางทีเห็นคนอื่นกินก็อยากกินส่วนใหญ่ก็จะเป็นพวกกุ้งชุบแป้งทอดค่ะก็ให้แม่ครัวทำให้บ้าง ทำเองบ้าง ไม่ค่อยได้ตามอาจารย์บอก*" (น้องแอน)

และการนัดหมายในครั้งต่อมา ก็พบว่า พฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่นอ้วน 6 ราย ไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำมากขึ้น เพราะเริ่มรู้สึก อดใจไม่ไหว เมื่อเห็นอาหารที่ชอบ หรือ เมื่อมีคนชวนชวน บางรายโรงเรียนปิดเทอมอยู่บ้านทั้งวัน ทำให้กินอาหารมากขึ้น และรู้สึกเหนื่อยขาดกำลังใจในการทำต่อ เพราะน้ำหนักตัวไม่ค่อยลดลง บางรายกลับมาจากพบแพทย์ก็จะควบคุมพฤติกรรมการกินได้บ้างแต่ก็ไม่นาน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ช่วงนั้นการกินไม่ค่อยได้ควบคุมเลย บางทีก็จะเป็นพนักงานที่ร้านบ้าง เพื่อนบ้าง ทำให้แตกเรื่องอาหารมากขึ้น บางทีเห็นของที่ชอบแล้วก็อยาก คือ พนักงานที่ร้านเขาก็กินตามปกติ แต่เราเดินไปเห็นพอเขาชวนก็กินกับเขาเลย แล้วก็ออกไปกินกับเพื่อนบ่อยขึ้น*" (น้องแอน)

"*ช่วงนี้ปิดเทอมอยู่บ้านทั้งวัน ก็กินข้าวเพิ่มขึ้นเป็นสี่ถึงห้าทัพพี พวกกับข้าวจะเป็นของทอดมากขึ้นเช่น ไก่ทอด ไข่ทอด บางทีทำเอง บางทีก็ซื้อมา กินแบบนี้ทุกวัน เกือบทุกอาทิตย์น้ำอัดลม 3-4 ครั้งต่ออาทิตย์ ขนมกรุบกรอบอาทิตย์ละ 2 ถุง*" (น้องเอ๋)

"*ก่อนจะครบเดือนที่ 6 พฤติกรรมการกินของเขากลับมาเป็นเหมือนเดิม เพราะมันเป็นช่วงปิดเทอมพอดี แล้วช่วงนั้นก็ให้เขาไปช่วยยายขายเสื้อผ้านักเรียน ประมาณเดือนกว่าๆ ซึ่งบ้านคุณยายจะมีของกินขายเยอะมาก ในตู้เย็นของเต็มเลย เขาก็เลยกินเพลินเลย กินได้ตลอดเวลา แล้วเราก็ไม่ค่อยได้เจอเขาเลย*" (คุณพ่อของฝ้าย)

ก่อนการนัดหมายในเดือนที่ 9 ก็เช่นกัน พบว่า ยังมีพฤติกรรมการกินที่เหมือนเดิม คือ กินของทอด ของมัน ขนม น้ำอัดลม เกือบทุกวัน จากข้อมูลทั้งหมดนั้น พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลเพียง 1 รายเท่านั้น ที่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้บ้างแม้จะไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำได้ตลอด ได้แก่ เอก ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

Copyright by Mahidol University

"ส่วนใหญ่เขาทำได้น่ะ นอกจากว่าบางครั้งที่คุณแม่จะต้องคอยเตือนคอยเบรคๆ เหมือนกัน เพราะบางครั้งกับข้าวถูกใจก็จะทานมากหน่อย เขาจะบอกว่า วันนี้อร่อยขออีกนิด คุณแม่ก็โอเค วันนี้พิเศษนิดหนึ่งก็ได้ คือไม่ได้ว่าต้องเคร่งครัดมาก แต่ส่วนใหญ่ก็จะทานประมาณ ทัพพี หรือทัพพีครึ่งแค่นั้น อาหารก็ไม่ค่อยมัน จะเป็นแกงจืดเสียมากกว่า" (คุณแม่ของเอก)

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในช่วง 1-3 เดือนส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ คือ ออกกำลังกายแต่ไม่ทุกวัน และเวลาก็น้อยกว่า 40 นาที ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ออกกำลังกายบ้าง อาทิตย์ละ3-4 วัน วิ่งลู่บ้าง ปั่นจักรยานบ้าง ปั่นบนถนนค่ะ มันไม่ค่อยเร็วมาก พอเร็วก็ผ่อนลง ปั่นประมาณ 1 กิโล วิ่งลู่ ประมาณครึ่งชั่วโมงความเร็วที่ 4-5 แต่ไม่ได้ทำทุกวัน ก็ประมาณ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์" (น้องแอน)

"ไปออก 3-4 วันต่อสัปดาห์ คุณพ่อเป็นคนพาเขาไป ก็วิ่ง ไปเดินเร็ว รอบสนามฟุตบอลประมาณ 400-500 เมตร เขาจะเดินได้ประมาณ 3 รอบ ประมาณ 25 นาที" (คุณพ่อของฝ้าย)

มี 1 ราย ได้แก่ เอ๋ ที่สามารถออกกำลังกายได้ตามที่แพทย์แนะนำ ดังที่คุณพ่อของเอ๋พูดว่า *"ประมาณสามเดือนแรกก็ทำจริงนะ เข้มงวดมาก ทั้งพ่อทั้งลูกทั้งน้องทั้งแม่ หลังอาหารก็จะไปเดินย่อย แต่ไม่ถึงสามสิบนาทีนะ แต่ก็เดินจนเหงื่อออกนะ กินเสร็จเช้า เย็นแล้วก็ไปเดิน ตัวผมกับตัวคุณแม่ก็ช่วยกันนะ พาไปวิ่งที่สวนธนทุกวันเลย มากกว่าครึ่งชั่วโมง แล้วเขาก็จะเข้าฟิตเนส เล่นเครื่องอย่างละสิบห้าถึงยี่สิบนาที ก็รวมกันเป็นชั่วโมงล่ะ แล้วมาวิ่งลู่ ความเร็วประมาณ 4.7 เหงื่อเขาออกพลั่กๆ แต่อย่างวันไหนไม่ได้ไป ก็จะมีโต๊ะปิงปองไว้ให้ที่หน้าบ้าน เขาก็จะตีๆ เหงื่อออกนะ"*

"ครั้งละครึ่งชั่วโมง อาทิตย์ละ 4 ถึง 5 วัน เรื่องออกกำลังกายขี้เกียจ กลับจากโรงเรียนมันชอบกินก่อน เสร็จแล้วก็ไปปั่นจักรยาน แล้วก็เล่น" (กัน)

แต่หลังจากนั้น ก่อนการนัดหมายเดือนที่ 6 พบว่า ทุกรายไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างที่แพทย์แนะนำ เพราะเริ่มรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำ การบ้านมากขึ้น กลับมาเหนื่อย ประกอบกับการไม่มีเวลาควบคุมดูแลของผู้ปกครอง ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"พอผมไม่ค่อยว่างพาเขาไป เขาก็เลยไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ให้เขาเล่นที่บ้านเขาก็จะบอกว่า "มันเบื่อ มันซ้ำซาก มันเล่นซ้ำไปซ้ำมา มันไม่ได้ไปไหนอย่างฟิตเนส มันหลากหลาย มันไม่เบื่อ" ก็ถ้าเขาไปเองได้ก็จะดีมากเลย แต่นี่มันอยู่ไกลบ้าน แล้วตัวเขาเองไม่ค่อยมีเพื่อนที่เล่นด้วยกัน เพราะในฟิตเนสจะไม่ค่อยมีวัยรุ่น เขาไม่รู้จักใครก็ไม่กล้า และเดี๋ยวนี้จะติดเล่นเกมส์มากเพราะเป็นช่วงที่ปิดเทอมด้วย" (คุณพ่อน้องเอ)

Copyright by Mahidol University

"ช่วงนี้เขาไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเลย เพราะเขาต้องไปช่วยคุณยายขายเสื้อผ้าชุดนักเรียน ก็เลยไม่ค่อยได้เจอกัน" (พ่อของฝ้าย)

"*ไม่ค่อยมีคนเล่นด้วย ให้ทำคนเดียวเขาก็เบื่อ อยากดูหนัง ดูการ์ตูนไปเรื่อย เพื่อนน่ะมีแต่ส่วนมากเขาจะไม่เล่น ตอนหลังงอนกับพ่อ ก็เลยไม่มีเพื่อนเล่น เราเองก็ยุ่ง ย่าก็ไม่เล่นอยู่แล้ว*" (แม่ของน้ำตาล)

"*หลังๆเขาไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ออกก็น้อยลง ขี้เกียจแหละ อ้างการบ้านเยอะบ้าง ออกไปกับเพื่อนบ้าง เลี้ยงเพื่อนย้ายโรงเรียนบ้าง หลังๆก็เลยไม่ค่อยได้ออกเลย*" (แม่ของกิ่ง)

แต่ก่อนการนัดหมายเดือนที่ 9 กลับพบว่า มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน จำนวน 2 รายที่พยายามปรับปรุงเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ เพราะกังวลกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*ก็ออกกำลังกายมากขึ้น ออกครั้งหนึ่ง 40 นาที แต่บางครั้งก็ทำไม่ได้เพราะฝนตกบ้าง บางทีก็ไม่มีเพื่อนเล่นเพราะเพื่อนรีบกลับ คือเขาจะเตะฟุตบอลกับเพื่อนที่โรงเรียนเพราะมีสนามเล่นบอล แต่บางทีเพื่อนเขากลับก็ต้องกลับ*" (คุณแม่ของเอก)

"*เรื่องออกกำลังกายก็กลับมาทำอาทิตย์ละ3-4 วันเหมือนเดิม แต่เปลี่ยนเป็นเดินรอบสนามฟุตบอลตอนเย็นกับเพื่อนแทน เดิน 2 รอบ บางทีก็เดินสลับวิ่ง ก็ไม่รู้ว่าเหมือนกันว่ากี่นาที แต่ก็เหนื่อยได้เหงื่อเหมือนกัน หลังจากนั้นก็กลับไปวิ่งลู่ที่บ้านบ้างประมาณ 20-30 นาที*" (น้องแอน)

5.1.2.3 กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่น้ำหนักขึ้น

1. พฤติกรรมการมาตามนัด จากการวิเคราะห์และสัมภาษณ์ พบว่า ช่วง 3 เดือนแรกนั้น มีเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามที่นัดหมายได้ จำนวน 4 ราย ได้แก่ หญิง บิ๊ก กัน และบอม เพราะปัญหาในเรื่องการเรียน คือ ติดเรียน ติดสอบ ทำให้ไม่สามารถมาได้ (ตารางที่ 11)

"*ช่วงหลังเขาน้ำหนักขึ้นมากเลยค่ะ ทั้งสองคน แล้วตัวพี่ก็ไม่ค่อยมีเวลาเพราะต้องไปอยู่ที่ต่างจังหวัดกับคุณพ่อเขา*" (คุณแม่ของหญิง)

"*เพราะว่าสอบพอดีเลย พอคุณหมอเลื่อนวันให้ ก็ตรงกับวันทีเขาสอบอีก ในกลุ่มก็มีหลายคนเหมือนกันกับเขา เพราะโรงเรียนรัฐบาลจะสอบกลางเดือน แล้วของเขาหยุดตั้งแต่ 14 กันยา เปิดเมื่อวันที่ 26 นี้เอง เขาหยุดช่วงไข้หวัดหมูน่ะ โรงเรียนเซนฟรังค์หยุดอาทิตย์หนึ่งเลย คริสมาสก็หยุดอีกจนถึงปีใหม่เลย*" (คุณแม่ของกัน)

Copyright by Mahidol University

การนัดหมายในเดือนที่ 6 และ9 หญิง ก็ไม่สามารถมาตามนัดได้ เพราะอายที่น้ำหนักขึ้น และผู้ปกครองเองก็ไม่สะดวกในการพามา ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ช่วงหลังไม่ค่อยควบคุมสักเท่าไหร่ เพราะพี่ต้องไปอยู่กับพ่อเขาที่ต่างจังหวัด แล้วตัวพอน้ำหนักขึ้นมากก็เลยไม่อยากไป อายเพื่อน แล้วตัวพี่เองก็เกรงใจคุณหมอ เพราะคุณหมอใส่ใจคนไข้มากเลยนะ" (คุณแม่ของหญิง)

แต่ในกลุ่มนี้พบว่ามีเด็กและวัยรุ่นอ้วนจำนวน 3 ราย ที่สามารถมาตามที่แพทย์นัดหมายได้ทุกครั้ง ได้แก่ บุ้ง ส้ม และ ฝุ่น จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ปกครองสามารถพามาพบแพทย์ตามที่นัดหมายได้ทุกครั้ง เพราะสามารถลางานได้ เพราะต้องการให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนลดน้ำหนักได้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ไปทุกครั้ง ยังไม่เคยมีปัญหา เพียงแต่ว่าคุณหมอให้ลดแต่ทำไม่ค่อยได้ เพราะเขายังเด็กยังต้องมีคนคอยควบคุมเขา คุณแม่ต้องทำงานก็เลยไม่ค่อยแต่ว่าวันจันทร์นี้ไปไม่ได้ ต้องโทรไปบอกแล้วล่ะเพราะเขาติดสอบธรรมะตั้งแต่เช้าจนถึงเย็น เพราะเค้านักธรรมโทไงแล้วเขายังไม่ผ่านก็เลยต้องสอบเดี๋ยวคุณหมอก็จะแจ้งวันให้ใหม่" (คุณแม่ของส้ม)

"ก็พาเขามาได้ทุกครั้ง คืออยากให้เขามา ผมคิดว่าอยากให้เขาทำได้โดยที่เราไม่ต้องบังคับเพราะมาก็จะได้มีความรู้เอาไปใช้ประโยชน์ได้" (คุณพ่อของบุ้ง)

ตารางที่ 5.5 แสดงน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น

นามแฝง	น้ำหนัก (กก.)						
	ก่อนเข้าโครงการวิจัยฯ	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	เดือนที่ 9	เดือนที่ 12
หญิง	69.60	68.00	71.90	ไม่มา	ไม่มา	77.50	--
บุ้ง	104.00	102.70	103.50	102.50	111.80	--	--
ส้ม	81.70	78.50	79.40	78.20	88.20	--	--
บิ๊ก	86.60	ไม่มา	89.30	88.10	95.50	--	--
บอม	61.90	60.80	ไม่มา	59.70	69.20	--	--
ฝุ่น	74.40	70.70	72.10	69.40	75.90	74.30	83.80
กัน	82.50	ไม่มา	83.20	ไม่มา	85.30	--	--

2. พฤติกรรมการกิน จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในช่วง 1-3 เดือนแรกนั้น มีเด็กและวัยรุ่นอ้วนได้แก่ ฝุ่น กัน บิ๊ก หญิง บุ้ง และบอม ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่แพทย์แนะนำ มีการใช้วิธีการอดอาหาร ซื้อขนมที่โรงเรียนทาน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

Copyright by Mahidol University

"ช่วง 3 เดือนแรก พฤติกรรมการกินก็กินไม่เยอะบางครั้งฝุ่นกินแค่ 2 มื้อเอง เพราะกลัวน้ำหนักขึ้น บางครั้งก็ไม่กินข้าว แต่กินน้ำหวานกับไส้กรอกแทน แต่พอกลับมาบ้านมันรู้สึกหิวครับ เลยทำให้กินเยอะขึ้น" (น้องฝุ่น)

"บางทีที่ไม่ได้ไปพบคุณหมอ ก็เลยกลับมากินเหมือนเดิม แต่ก็กลัวน้ำหนักขึ้นบางครั้งผมเลยใช้การอดข้าวมื้อกลางวันครับ ตอนนั้นมันก็ไม่ค่อยอยากกินด้วย และบางครั้งที่กินก็ใช้การกินกับข้าวมากกว่าข้าวครับ" (น้องกัน)

"ก็เปลี่ยนไปนะค่ะเพราะแม่ก็คอยควบคุมเขาด้วย ทำอาหารให้ก็คือเขาก็จะรู้จากที่นักโภชนาการสอนก็รู้ว่า อาหารประเภทไหนแคลอรี่สูง อาหารประเภทไหนมีแคลอรี่ต่ำ ก่อนกินเขาก็จะพูดว่า อาหาร ไหนให้แคลอรี่สูง ก็เลยทำให้เราควบคุมเขาได้ง่ายขึ้นด้วยค่ะ แต่ก็มีบ้างนะที่หลุด เช่นที่โรงเรียนก็มีกินน้ำอัดลมบ้าง เพราะที่โรงเรียนมีขายเป็นแก้วค่ะ แก้วละ5 บาท แล้วก็จะมีขนมกรอบถุงละ 5บาท แต่ก็ไม่น่าจะบ่อยค่ะ เพราะจะคอยสังเกตเขา เพราะวันหนึ่งจะให้เงินเค้าไป40บาทบางวันเหลือ30 บาท บางวันเหลือ 35 บาท ก็จะทราบว่าทานอะไรไปบ้างจากเงินที่เหลือกลับมา" (คุณแม่ของบิ๊ก)

"ส่วนใหญ่ยังกินของจุกจิกอยู่ ข้าวเหลือประมาณทัพพีกว่าเอง กับข้าว ของทอด ของมันก็น้อยลงแต่ไปหนักขนม ตอนไปโรงเรียน ประมาณอาทิตย์ละ3 ครั้ง อย่างเลย์กินถุงละประมาณ 10 บาท แต่น้ำอัดลมไม่ได้กินเลย สรุปแล้วน้ำหนักขึ้นมา 2-3 โล" (น้องหญิง)

มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่สามารถปฏิบัติตามคำนำของแพทย์ผู้รักษา ได้แก่ ส้ม ดังคำพูดที่ว่า *"ช่วงนั้นเขาไม่กินของทอด ของมันเลย อย่างกินเกาเหลาก็ไม่ใส่น้ำมัน วันเสาร์- อาทิตย์ กินข้าวแม่ก็จะซื้อแกงจืดกระดูกหมูมาให้ทาน ข้าวเหลือประมาณทัพพีหนึ่ง แต่ถ้าบางครั้งเขาไม่อิ่ม คุณหมอก็ให้เป็นทัพพีครึ่ง บางครั้งแม่ก็จะซื้อผลไม้ให้กิน อย่างส้มกินนิดหน่อย1-2 ลูกก็เลิก"* (คุณแม่ของส้ม)

แต่หลังจากนั้น พฤติกรรมการกินก่อนการนัดหมายในเดือนที่ 6 พบว่า ทุกรายไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้ตามที่แพทย์แนะนำ บางรายเริ่มดื้อเริ่มไม่เชื่อฟังและต่อรองมากขึ้น บางรายน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นทำให้หมดกำลังใจ ไม่อยากควบคุมต่อ รู้สึกหมดกำลังใจ ประกอบกับโรงเรียนปิดเทอมและอยู่กับคนที่ตามใจไม่บังคับ ทำให้กินมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"คือผมก็ยังทำเหมือนๆเดิม คือ ยังไม่เต็มร้อย เพราะตอนนั้น ความรู้สึกว่ายังอยากกิน ก็ยังมีอยู่บ้าง ก็จะเป็นที่บ้านบ้าง ที่โรงเรียนบ้าง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อนๆที่โรงเรียน เขาชอบทานขนมยั่ว ทำให้อดใจไม่ค่อยได้" (น้องปุ้ง)

"ยังควบคุมเรื่องการกินไม่ได้ เหมือนเดิมยังกินจุกจิก คุณหมอก็แนะนำให้กินน้ำก่อนกินข้าว และลดของจุกจิก ของทอด ของมันค่ะพอกลับมาก็ทำค่ะ แต่หลังๆก็ทำไม่ค่อยเพราะเห็นแล้วอยากจริงๆ พออยู่คนเดียวควบคุมได้ เพราะที่บ้านเขาก็คอยคุมอยู่ด้วย แต่พอไปโรงเรียน เจอเพื่อนๆหลุดทุกทีเลย ส่วนใหญ่ก็เป็นขนมนี่แหละ เพราะเราชอบอยู่แล้ว พอเพื่อนชวนก็กินเลย" (น้องหญิง)

Copyright by Mahidol University

ผู้ปกครองยังรู้สึกกังวลกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ก่อนการนัดหมายในเดือนที่ 9 จึงพบว่า เด็กและวัยรุ่นอ้วน ได้แก่ กัน ส้ม บิ๊ก และบอม สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินมากขึ้นกว่าก่อนหน้าที่ผ่านมา ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ตอนนั้นเขาหนักไปถึง 85 กิโล หมอก็เลยบอกว่าถ้าน้ำหนักยังไม่ลงมาครั้งสุดท้ายครั้งที่ 7 คุณหมอจะให้กินยาเบาหวาน เป็นหรือไม่เป็นคุณหมอก็จะให้กิน กลับมาพี่ก็ขู่เขานะ เขาก็เชื่อมั้งไม่เชื่อมั้ง จนกระทั้งปีใหม่ที่ผ่านมา ญาติๆเขามาเที่ยวกันที่บ้าน มาทำอะไรกินกัน ทั้งอบ ผัด ย่างกัน น้ำหนักเค้าก็ขึ้นไปถึง 89 นะ พอเขาเห็นญาติๆที่เมื่อก่อนเคยอ้วน แต่หนนี้เห็นไม่อ้วน เหลือแต่เขาคนเดียวที่ยังอ้วนอยู่ หลังจากนั้นพฤติกรรมเขาก็เริ่มเปลี่ยนไป เริ่มควบคุมอาหาร คือไม่ต้องบอกเลย กินแล้วรู้จักพอ "ไม่เอา กินแค่นี้นะ ไม่เอาแล้ว" กินข้าวประมาณทัพพีหนึ่งได้นะ จากที่เคยกิน 2-3 ทัพพี กินก็คิดมากขึ้น เวลากินอาหารนอกบ้านก็จะกินแต่โปรตีน พวกคาร์โบไฮเดรตก็ไม่กิน กินพวกผัก กินอิ่มแล้วก็พอ เป็นอย่างนี้ตั้งแต่หลังปีใหม่จนถึงอาจารย์นัดครั้งสุดท้ายก็ประมาณมีนา แล้วเขาก็ชั่งน้ำหนักทุกวันหลังออกกำลังกาย ถามเขา เขาก็บอกว่าเห็นคนอื่นผอมก็อยากผอมบ้าง ก็เลยเกิดแรงบันดาลใจด้วย" (คุณแม่ของกัน)

"แต่หลังจากเดือนที่ 6 ช่วงที่คุณหมอบอกให้เหลือ 75 นะ น้ำหนักกลับพุ่งพรวดเป็น 88 เลย แล้วก็ค่อยๆลงเป็น 83 เพราะคุณแม่กลัวเขาเป็นเบาหวาน เราเลยกลับมาควบคุมเขาเหมือนเดิม อาหารก็จะเตรียมไว้ให้แล้วตัวเขาก็เริ่มกลัวด้วย แล้วจะคอยบังคับให้เขาปั่นจักรยานด้วย บางครั้งเขาก็บ่น "เหงื่อเต็มตัวแล้วนะ ยังไม่พออีกเหรอ" แต่เราก็จะคอยกระตุ้น อย่างบางทีกลับมาก็บอกว่าไหนจะออกกำลังกายไง ก็สัญญากับแม่แล้วนะ น้องส้มนะเขาจะเป็นพักๆ ช่วงๆ ไหนที่เขาทำได้ก็เป็นเพราะตัวเขาด้วยแหละ เพราะบางครั้งอย่างไปโรงเรียนเราก็ไม่เห็นว่าเขากินอย่างไร และก็ขึ้นกับว่าตัวเรามีเวลาให้เขามากน้อยแค่ไหนด้วย เพราะตัวเค้ายังเด็ก บางครั้งเขาก็เหนื่อย ไม่อยากทำ ขี้เกียจ เราก็ต้องคอยกระตุ้นเขา" (คุณแม่ของส้ม)

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากการสัมภาษณ์ ช่วง 1-3 เดือนนั้น พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ มากขึ้น บางรายจากที่เล่นกีฬาเฉพาะวันที่มีกิจกรรมพละที่โรงเรียน มีเพียง 3 รายเท่านั้น ที่สามารถออกกำลังกายได้ทุกวัน วันละ40 นาทีขึ้นไป ได้แก่ น้องส้ม บอม และฝุ่น ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"ช่วง3 เดือนแรก พฤติกรรมเขาเปลี่ยนไปเยอะเลย ออกกำลังกาย เขาก็ออกตามที่คุณหมอบอกเลยนะ เดินในบ้านกลับไปกลับมาเป็น 10 รอบ ก็ได้เหงื่อนะ และให้เขาไปเต้นแอโรบิค ไปเต้นทุกวัน ยกเว้น วันศุกร์และวันอาทิตย์ ครูที่เต้นแอโรบิคเขาก็คอยบังคับให้เต้นด้วยกัน จนถึงประมาณทุ่มหนึ่ง คุณแม่เลิกงานก็จะมาคอยเขารับเขากลับ อย่างวันศุกร์กับวันอาทิตย์ไม่ได้เต้น เขาก็จะไปว่ายน้ำ

Copyright by Mahidol University

ตอนนั้นให้เขาไปเรียนหัดว่ายน้ำว่ายกลับไปกลับมา เขาไป 4 โมงกลับ 6 โมง แต่ว่ายไปก็หยุดไปนะ แต่ก็ได้ประมาณ 40 นาทีนะ" (คุณแม่ของส้ม)

"*ช่วงแรกก็ให้เขาออกกำลังกายทุกวัน หลังกินข้าว ตอนเย็นก็ให้วิ่ง บางทีก็ปั่นจักรยานบ้าง ประมาณ 40-60 นาที ก็มีบ้างที่ต้องบังคับแต่ก็ทำ*" (คุณแม่ของบอม)

"*ช่วงแรกๆ เขามีความตั้งใจ เรื่องออกกำลังกายเขาทำได้ เพราะเขาเป็นคนชอบเล่นกีฬาอยู่แล้ว ส่วนใหญ่ก็เล่นบาสกับเพื่อนครั้งหนึ่งก็ประมาณ 1 ชั่วโมงได้ แต่ก็ยังไม่ค่อยทุกวันเพราะบางครั้งฝนตก ก็ไม่ได้ไป จะมากหน่อยก็เป็นช่วงปิดเทอม*" (คุณพ่อของฝุ่น)

ส่วนเด็กและวัยรุ่นอ้วนอีก 3 รายนั้น ได้แก่ หญิง บุ้ง และบิ๊ก พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*เรื่องการออกกำลังกาย ครั้งละครึ่งชั่วโมง ก็เตะบอลบ้าง แต่ว่าวิ่งๆหยุดๆนะครับ บางครั้งก็วิ่งลู่อยู่ที่บ้าน ความเร็ว สี่ถึงห้า ครั้งละครึ่งชั่วโมง อาทิตย์ละสามถึงสี่ครั้ง*" (น้องบุ้ง)

"*ตอนเช้าจะเล่นแบตกับเพื่อนประมาณ 10 นาที กลางวันก็ตีแบตบ้างเล่นฟุตบอลบ้าง ประมาณ30นาทีเล่นๆหยุดๆค่ะ ตอนเย็นก็เล่นแบตแต่ก็เล่นแป็บเดียวเพราะกลับรถรับส่ง*" (น้องหญิง)

"*3 เดือนแรก ก็ออกดีนะคะ เพราะอย่างแม่ไปทำงานกลับมา เขาออกกำลังกายวิ่งเล่นกับลูกของคุณป้า เหงื่อจะเปียกเสื้อเลยค่ะ แต่ก็เป็นบางวันเพราะถ้าลูกของคุณป้าไม่อยู่เขาก็ไม่ค่อยได้ออก เพราะไม่มีเพื่อน*" (คุณแม่ของบิ๊ก)

"*แรกๆ ก็ออกกำลังกายดี มีวิ่งเล่นที่บ้าน แต่พอตอนหลังขาดนัดน้ำหนักเขาก็ขึ้น เพราะเขาคุมเรื่องอาหารไม่ได้ ยังอยากกินตลอด ต้องคอยเบรก และก็ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายด้วย มีเล่นกับเพื่อนที่โรงเรียนบ้าง วันเสาร์ วันอาทิตย์ก็ไปไดรฟ์กอล์ฟบ้าง แต่ก็เล่นไปกินไป*" (คุณแม่ของกัน)

และจากการสัมภาษณ์ พบว่า ก่อนการนัดหมายเดือนที่ 6 เด็กและวัยรุ่นอ้วนทั้งหมดไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามที่แพทย์แนะนำ ส่วนผู้ที่เคยออกกำลังกายได้ตามที่แพทย์แนะนำก็ออกกำลังกายน้อยลงกว่า 1-3 เดือนแรก เพราะผู้ปกครองไม่มีเวลาคอยดูแลบ้าง เหนื่อย ขี้เกียจ ไม่มีเวลาเพราะต้องทำการบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"*หลังจาก 3 เดือนไปแล้วก่อนถึงเดือนที่ 6 ช่วงนี้แหละไม่ได้เลยแล้วเขาก็กลับมากินเร็วเหมือนเดิมเพราะช่วงหลัง อาจเป็นเพราะพ่อเขาไม่ได้อยู่ด้วย ไม่มีคนช่วยกระตุ้น คือเขาคงเสียใจที่พ่อไม่อยู่ด้วย แต่คุณแม่ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร แล้วเขาก็ผัดวันประกันพรุ่งด้วย เดี๋ยวไปๆ แล้วตัวเราก็เครียดด้วย เพราะเมื่อก่อนคุณพ่อจะคอยชวนเขาเรื่องออกกำลังกาย พอช่วงหลังเรายุ่งงานมากด้วย บางทีกลับมาถึงบ้านก็ 6 โมงเย็นก็ไม่ทันเขา เขายังเด็กยังควบคุมตัวเองไม่ได้เลย แต่ถ้าเราอยู่เราก็จะคอยบอก คอยบังคับได้*" (คุณแม่ของส้ม)

Copyright by Mahidol University

"เขาไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเหมือนช่วงแรก บางทีบอกให้ออกก็จะบอกว่าเหนื่อยบ้าง ทำก็ไม่ครบเวลา แล้วบางครั้งตัวเราก็ไม่มีเวลาดูแลเขาเหมือนกัน เพราะต้องทำงาน เขาก็เลยออกกำลังกายน้อยลงด้วย" (คุณแม่ของบอม)

ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายในช่วงก่อนการนัดหมายเดือนที่ 9 พบว่า มีเด็กและวัยรุ่นอ้วน จำนวน 6 รายที่มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการออกกำลังกายมากขึ้น เพราะความกังวลเรื่องปัญหาสุขภาพ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ทำให้ทั้งเด็กและผู้ปกครองต่างก็กลับมาควบคุมการออกกำลังกายมากขึ้นกว่าช่วงก่อนการนัดหมายเดือนที่ 6 ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"เขากลับมาก็ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ออกเกือบทุกวัน วิ่งบ้าง เดินบ้าง ประมาณ 30-40 นาที คือเขาคงกังวลเรื่องสุขภาพด้วย เพราะพอไปหาแล้วอาจารย์ก็บอกว่ามันต้องออกกำลังกายแล้วล่ะ เพราะไม่งั้นมันจะไม่ลงความหวังที่เรารอมันก็จะไม่สัมฤทธิ์ผล มันก็เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งเหมือนกันน่ะค่ะ ว่าเราก็ต้องพยายามลด ก็พูดกับเขาค่ะ ว่าถ้าหนูไม่พยายามลดเดี๋ยวโรคมันก็จะตามมา แล้วคอที่มันดำๆคนอื่นก็มองรู้เลยว่านี่เราไม่ได้ลดน้ำหนัก เราไม่ได้ออกกำลังกาย เราเริ่มอ้วนอีกแล้ว จุดนี้มันก็ทำให้เขาอายได้ด้วยนะค่ะ ก็เลยเป็นตัวกระตุ้นทำให้เขาลดได้ด้วยค่ะ แล้วบางทีเขาโดนเพื่อนๆล้อก็ทำให้เขาเกิดความอาย ส่วนใหญ่ก็จะเป็นคนในบ้านเนี่ยแหละค่ะ คือ บางครั้งเขาอารมณ์ดีก็ล้อ ก็หยอกบ้าง พออารมณ์ไม่ดีก็ไม่ล้อ พอพุงยุบลงก็บอกว่ายุบลงหน่อยแล้วนะ ให้กำลังใจบ้าง ล้อบ้างหยอกบ้างแบบนี้ค่ะก็เหมือนมีกระตุ้นเขาบ้างให้กำลังใจบ้าง มันก็จะทำให้เขาพยายามไปเรื่อยๆนะค่ะ ซึ่งมันก็ได้ผลนะค่ะ" (คุณแม่ของบิ๊ก)

จากข้อมูลที่ได้ทำให้ผู้วิจัยทราบว่า การที่เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ที่โรงพยาบาลศิริราชนั้น จะสามารถลดและควบคุมคุมน้ำหนักได้ดีหรือไม่ จะต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่องนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยงข้องมากมายทั้งตัวเด็กและวัยรุ่นอ้วนเอง ผู้ปกครอง เพื่อน แพทย์ผู้ให้การรักษา ระบบการรักษา และโรงเรียน เช่น หากตัวเด็กและวัยรุ่นอ้วนมีความต้องการลดและควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง ก็จะเกิดความรู้สึกอยากทำ และหากได้รับการดูแลและได้รับกำลังใจ จากเพื่อน ผู้ปกครอง แพทย์ ก็จะมีพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่อง แต่หากเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่เป็นเด็กหรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้ทั้งเรื่องการกินและการออกกำลังกาย จำเป็นต้องได้รับควบคุมดูแลจากผู้อื่นตลอด เมื่อได้รับแรงกระตุ้นที่ไม่ดี เช่น เพื่อนชวนกิน หรือ เมื่อขาดแรงกระตุ้นที่ดี เช่น ขาดคนพาไปออกกำลังกาย หรือ ระยะเวลาในการนัดพบแพทย์นานขึ้น ทำให้ไม่สามารถลดและควบคุมพฤติกรรมได้ น้ำหนักจึงเพิ่มขึ้น หรือน้ำหนักขึ้นๆลงๆไม่สม่ำเสมอ ตามแต่ชนิดของแรงกระตุ้นที่ได้รับ

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนก่อนตัดสินใจการเข้ารับการรักษาในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และเพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ตามระบบการรักษาของโรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งศึกษาปัจจัยในการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่มลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มน้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มน้ำหนักขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงลึก ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต ดังนี้

6.1 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน

6.2 การตัดสินใจและเหตุผลในการเข้ารับการรักษา

6.3 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน ขณะรับการรักษา

6.1 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน

ปัญหาภาพลักษณ์ความสวยงาม สุขภาพ และโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากภาวะอ้วนของครอบครัว ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนตัดสินใจรับการรักษา

โรคทางกรรมพันธุ์ที่เกิดจากภาวะอ้วนของครอบครัว เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันในเส้นเลือด เป็นสิ่งที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครอง เกิดการรับรู้ เชื่อ และรู้สึกว่าโอกาสมีเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆได้ การได้รับข้อมูลเรื่องโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น และหากภาวะอ้วนก่อให้เกิดปัญหาที่สร้างความรุนแรงมากกว่าความสวยงาม คือ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การปวดเข่า ปวดขา นอนกรน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dietz WH, 1998 :518-525 และ Styne DM (2001:823-854) ที่พบว่า

Copyright by Mahidol University

การมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นนั้นก่อให้เกิดความผิดปกติของกระดูกและข้อได้ เด็กเคลื่อนไหวได้ลำบากจะทำให้เหนื่อยและออกกำลังกายได้น้อยลง และ ผลกระทบด้านจิตใจ เพราะรูปร่างที่อ้วนจะทำให้เสียบุคลิกภาพและเป็นที่ล้อเลียน ดังนั้นจึงทำให้เด็กอ้วนเกิดปมด้อยและมีความกดดันทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ ภาคธูป และรัชนีวรรณ รอส (2549) ที่พบว่า ความอ้วนส่งผลให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลำบาก เช่น หาเสื้อผ้าใส่ยาก ถูกล้อเลียน ทำให้เด็กที่เป็นโรคอ้วนรู้สึกเสียใจ ห่างเหินจากเพื่อน นอกจากนั้นยังทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดความรู้สึกไม่พอใจต่อรูปร่างของตนเอง ซึ่งกล่าวได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการและต้องการหลีกเลี่ยง นำไปสู่การกระทำในรูปแบบวิธีการต่างๆเพื่อลดและควบคุมน้ำหนักต่อไป

รูปแบบการกินของครอบครัว ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่นอ้วนได้

บางครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่มีรูปแบบการกินที่ก่อให้เกิดภาวะอ้วน เช่น รับประทานอาหารไม่พร้อมกัน ชวนกันกิน ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนมีโอกาสในการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล ศุภวรรธนะกุล และภัทรียา แก้วหนู (2545 : 7) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน สามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเภทดังนี้ หิวบ่อย (appetite drive) กินบ่อย (frequent eating) กินเร็ว (fast eating) ชอบกินอาหารที่มีไขมันสูง (high fat preference) ชอบกินอาหารที่มีน้ำตาลสูง (high sugar preference) จะเห็นได้ว่า การรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง ลักษณะการบริโภคนิสัยและเก็บพลังงานส่วนเกิน ในรูปของไขมันสะสมอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย คือเหตุของการมีภาวะโภชนาการเกินทำให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานในร่างกาย เพราะจำนวนพลังงานจากอาหารที่ได้รับมากกว่าจำนวนพลังงานที่ใช้ ทำให้เกิดการสะสมจนเป็นภาวะอ้วนได้

แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาเกิดจากผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ของเด็กและวัยรุ่นอ้วน

การจัดการกับภาวะอ้วนที่เกิดขึ้นในระยะแรกก่อนเข้ารับการรักษาโครงการวิจัยฯที่นั้น พบว่า การที่ทั้งเด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองได้รับผลกระทบที่เกิดจากการมีภาวะอ้วน เช่น ทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดเข่า ปวดขา เพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น ความกังวลกับรูปร่าง ความสวยงาม เพราะหุ่นที่ใหญ่ขึ้นทำให้หาเสื้อผ้าใส่ยากขึ้น หรือใส่แล้วไม่สวย ไม่หล่อ บางครั้งภาวะ

Copyright by Mahidol University

อ้วนยังก่อในเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ เพราะภาวะอ้วนทำให้เสียบุคลิกภาพและเป็นที่ล้อเลียน ทำให้เด็กอ้วนเกิดปมด้อยและมีความกดดันทางจิตใจ เด็กอ้วนบางคนแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน มีปัญหาในการเข้าสังคม มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียน จากการศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในผู้ป่วยเด็กโรคอ้วน 26 ราย อายุ 10-15 ปี ที่มาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 27 มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มบำบัดที่เน้นให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักได้ดี โดยไม่สัมพันธ์กับเพศ ภาวะซึมเศร้า หรือความภาคภูมิใจในตนเอง (Hongsanguansri S et al., 2003 :23-35) นอกจากนั้นการนอนกรน และความกังวลเรื่องความสูง เพราะได้รับทราบข้อมูลว่าการมีประจำเดือนมาเร็วกว่าที่ควร จะทำให้อัตราการเพิ่มความสูงน้อยลง เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนตัดสินใจเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่สามารถให้การรักษาได้ตามที่ต้องการ

ความเชื่อ และการมีทัศนคติทางโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความอ้วนในเด็กและวัยรุ่น

การควบคุมอาหารเป็นวิธีการลดความอ้วนที่สำคัญที่สุดและได้ผลดี แต่การมีทัศนคติทางโภชนาการที่ไม่ถูกต้องก็เป็นอุปสรรคทำให้การลดความอ้วนไม่ได้ผล ดังการศึกษาของวิศาล เยาวพงศ์ศิริ (2523:33) ที่พบว่า คนทั่วไปมักจะเชื่อว่า การกินอาหารไขมันเท่านั้นจึงจะทำให้อ้วน หรือบางคนคิดว่าถ้าไม่กินข้าวและกินแต่ผลไม้ก็จะลดความอ้วนได้เท่ากัน เพราะการที่ผู้ให้ข้อมูลจะมีภาวะอ้วนได้ง่ายนั้น มาจากพฤติกรรมการกินและนิสัยการกินของผู้ให้ข้อมูล พฤติกรรมการออกกำลังกาย และลักษณะการเลี้ยงดู (กิจติยา รัตนมณี 2547:2) เพราะการที่บิดา มารดา และผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสมในการซื้อหรือการประกอบอาหาร ก็จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่นกัน เพราะความรู้เป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และค่อนข้างถาวร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ 2536:16) การที่สมาชิกในครอบครัวมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อโรคอ้วน เช่น เชื่อว่า ภาวะอ้วนเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง แสดงถึงฐานะร่ำรวย อยู่ดีกินดี ดังการศึกษาของ คอร์นเนอร์ (1987: 77) ที่พบว่า คนในประเทศด้อยพัฒนา มักชอบให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน เนื่องจากจะแสดงถึงความอยู่ดีกินดี มีฐานะร่ำรวย ความสวยงาม ความเชื่อและค่านิยมดังกล่าวจึงถูกถ่ายทอดและส่งผลให้บิดา มารดา หรือ ผู้ใหญ่ในครอบครัวเลี้ยงดูบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวให้อ้วน เพราะความเชื่อจะเป็นการที่บุคคลยอมรับข้อมูลเท็จจริงต่างๆ ซึ่งความคิดของเขาอาจถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงก็ได้

ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน

Copyright by Mahidol University

ของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความกังวลจากอาการและปัญหาเพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น การมีปัจจัยเสี่ยงของครอบครัว เช่น ความดันสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ทำให้ผู้ปกครองแสวงหาข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงแหล่งและวิธีการรักษา รายละเอียดของโครงการวิจัย "ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน" ได้มาการแนะนำโดยแพทย์ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ มาก่อน จากญาติพี่น้องซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศิริราช จากเพื่อน และจากครูประจำชั้น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา ดำรงกิตติกุล (2533: 98) ที่พบว่า ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทต่อการให้คำแนะนำปรึกษา ในส่วนของการตัดสินใจลงความเห็นอาการของโรคเท้าช้าง และการประเมินความรุนแรงของอาการ รวมทั้งแนะนำวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาตามประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคตามที่เคยได้รับ เมื่อพบกับแพทย์ผู้ให้การรักษาในโครงการวิจัยฯ ได้รับข้อมูลและรายละเอียดของโรคอ้วน วิธีการและขั้นตอนต่างๆ ของของโครงการวิจัยฯ พบว่า เหตุผลที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองตัดสินใจเข้าร่วมการรักษา คือ ได้เรียนรู้วิธีการต่างๆเรื่องการลดน้ำหนัก ต้องการลดน้ำหนักเพราะต้องการให้ตนเองมีรูปร่างที่ดี การได้มีเพื่อน และความสะดวกในการเข้ารับบริการเพราะเป็นช่วงปิดเทอม ใกล้บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของภิญญุภา เปลี่ยนบางช้างและคณะ (2548) ที่ศึกษาผลของโครงการ "หุ่น สวย สุขภาพดี" ต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก พบว่า เหตุผลสำคัญในการลดน้ำหนัก คือ เพื่อความคล่องตัว ร้อยละ 89.3 ความสวยงาม ร้อยละ 86.3 และเพื่อสุขภาพที่ดี ร้อยละ 84.7 ส่วนเหตุผลของผู้ปกครอง คือ ได้ทราบสถานะสุขภาพของลูก ต้องการให้ลูกมีสุขภาพที่ดีไม่เป็นโรค การได้ความรู้และวิธีการในการลดน้ำหนัก ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความสะดวกสบายและการเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่างๆทางสังคมที่มีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการ(Suchman 1965: 145-161 อ้างในนริสา ศรีลาชัย 2540 : 9)

6.2 การตัดสินใจและเหตุผลในการเข้ารับการรักษา

ก่อนที่เด็กและวัยรุ่นอ้วนจะเข้ารับการรักษาในโครงการวิจัยฯ ของสาขาวิชา ต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช นั้น พบว่า เมื่อรับรู้ว่าเด็กและวัยรุ่นมีภาวะอ้วน ส่วนใหญ่ได้มีแก้ไขและจัดการกับความอ้วนที่เกิดขึ้น เช่น การเตือนหรือห้าม การรักษาด้วยตนเองโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

Copyright by Mahidol University

การไปพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของคิง (King 1966) ที่กล่าวว่า บุคคลจะกระทำการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยนั้น มีองค์ประกอบหลายประการ แต่องค์ประกอบที่สำคัญคือ การมอง หรือการรับรู้ เกี่ยวกับสถานการณ์ของความเจ็บป่วย และผลกระทบของโรภัยไข้เจ็บ ที่มีผลต่อตนเองและครอบครัว ถ้าการเจ็บป่วยนั้นผู้ป่วยรับรู้ว่ารุนแรงมาก ผู้ป่วยและครอบครัวจะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ถ้ารับรู้ว่ามีอาการรุนแรงน้อย หรือเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆผู้ป่วยและครอบครัวมักจะทำการเยียวยาเอง โดยวิธีการที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวรู้จักดี ซึ่งความแตกต่างของวิธีการที่แต่ละครอบครัวใช้เพื่อการจัดการกับความอ้วนของผู้ให้ข้อมูลนั้น บางครอบครัวกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา บางครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแล จึงทำได้เพียงการเตือนหรือห้ามเรื่องการกิน แต่ในขณะที่บางครอบครัวสามารถทำได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของเจมส์ ซี ยัง(Young 1981:499-507 ในเบญจวรรณ กำธรวัชระ2538: 29-30) ที่ได้ระบุว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญในการเลือกแหล่งบริการ คือ การเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้แหล่งบริการที่อยู่ใกล้เดินทางไปถึงสะดวกกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการเพียงพอ นอกจากนี้ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ยังรวมถึงเวลาที่ใช้ในการเดินทาง เวลาการรอคอยการตรวจรักษา และช่วงเวลาที่มารับบริการสุขภาพด้วย (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย 2339:14)

การขาดความร่วมมือและต่อเนื่องในการกระทำของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ทำให้การลดและการควบคุมน้ำหนักก่อนนั้นไม่ได้ผล เพราะภาวะความเป็นเด็กในเด็กและวัยรุ่นอ้วน ทำให้การยับยั้งชั่งใจ การควบคุมความหิว ความอยากด้วยตนเองยังมีน้อย เมื่อขาดการรับรู้ความรุนแรงและอันตรายของโรค ประกอบผู้ปกรองไม่มีเวลา หรือใช้วิธีการบังคับ ควบคุมมากเกินไป การไม่มีเพื่อนหรือไม่มีเวลาออกกำลังกาย การลดและควบคุมน้ำหนักก็จะทำได้ยากขึ้น ดังที่ ออเร็น (Oren 1971: 136 อ้างในกุลชลี ภุมรินทร์ 2535: 1-2) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กและจะค่อยๆสมบูรณ์ขึ้นเมื่อเป็นผู้ใหญ่ โดยอาศัยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และเจตติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ซึ่งพัฒนามาจากความสามารถของบุคคล (human agency) นั่นคือ บุคคลจะสามารถริเริ่มและมีการดูแลตนเองได้นั้น จะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพ มีทักษะในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เมื่อใดที่มีความสามารถในการดูแลตนเองก็จะเกิดกิจกรรมในการดูแลตนเองขึ้น แต่เมื่อใดก็ตามการดูแลตนเองถูกจำกัด (self-care limitation) ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการถูกจำกัดในความรู้ ความชำนาญหรือขาดแรงจูงใจก็ตาม กิจกรรมในการดูแลก็จะไม่เกิดขึ้น

Copyright by Mahidol University

แต่ความกังวลจากอาการและปัญหาต่างๆที่ยังคงมีอยู่ และการมีปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวร่วมด้วย เช่น ความดันสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ทำให้ผู้ปกครองแสวงหาข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงแหล่งและวิธีการรักษา พบว่า ข้อมูลของโครงการวิจัยฯ ของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช นั้น ได้มาการได้รับข้อมูล และการแนะนำ โดยแพทย์ และ การได้รับข้อมูลและการแนะนำ จากผู้อื่น ซึ่งแบ่งเป็น จากผู้ที่เคยเข้าร่วมในโครงการวิจัยฯ ที่โรงพยาบาลศิริราช จากญาติพี่น้องซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลศิริราช จากเพื่อน และจากครูประจำชั้น ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ บุปผา ดำรงกิตติกุล (2533: 98) ที่พบว่า ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทต่อการให้คำแนะนำปรึกษา ในส่วนของการตัดสินใจลงความเห็นอาการของโรคเท้าช้าง และการประเมินความรุนแรงของอาการ รวมทั้งแนะนำวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาตามประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคตามที่เคยได้รับมา

6.3 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน ขณะรับการรักษา

จากผลการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน ขณะเข้ารับการรักษา โครงการวิจัยฯ ของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชนั้น แบ่งพฤติกรรมที่สนใจออกเป็น 3 เรื่อง คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด จากเด็กและวัยรุ่นอ้วนทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น พบว่า มีพฤติกรรมทั้ง 3 เรื่องที่เหมือนกันบ้างแตกต่างกันบ้าง ดังนี้

ผลจากการวิจัย พบว่า การปรับพฤติกรรมการกินนั้นค่อนข้างเป็นเรื่องที่ยากมากสำหรับเด็กและวัยรุ่นอ้วนในกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น เพราะเด็กและวัยรุ่นอ้วนยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องของการควบคุมการกิน บางรายก็ใช้วิธีการผิดๆในการปรับพฤติกรรมการกิน เช่น อดอาหาร ต้องอาศัยผู้ปกครองในการควบคุมดูแลตลอดเวลา เพราะเมื่อผู้ปกครองไม่มีเวลาคอยควบคุมดูแลหรือควบคุมน้อยลง ก็จะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเองได้ เมื่อต้องเจอสิ่งเร้าทั้งที่บ้าน และโรงเรียน เช่น เพื่อนชวนกิน ที่โรงเรียนสามารถลงมาซื้อของกินได้ตลอดเวลา เลิกเรียนมีของทอด ของมัน น้ำอัดลมขายหน้าโรงเรียนเยอะมาก แต่กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากนั้น ส่วนใหญ่สามารถควบคุมการกินของตนเองได้ เพราะหลังจากที่ได้รับความรู้เรื่องอาหารชนิดและพลังงานของอาหารที่รับประทาน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ปกครองรายหนึ่งพูดว่า “*การที่เขา*

Copyright by Mahidol University

คุมได้นี่เพราะเขาได้รู้เรื่องหลักโภชนาการ อาหารแต่ละอย่าง อาหารที่กินแล้วทำให้เขาอ้วน พลังงานของอาหารที่กินเท่าไหร่" และ "*เข้าใจเยอะขึ้น อย่างอาหารบางอย่างที่เราไม่คิดว่ามันมีแคลอรี่เยอะ มันก็เยอะเช่นนมเปรี้ยว ก็เคยคิดว่ามันก็เป็นโปรตีน เป็นนมก็ไม่น่าให้แคลอรี่เยอะที่ไหนได้ ให้น้ำตงน้ำตาลแคลอรี่เยอะมาก เราก็ไม่รู้ เพราะเมื่อก่อนเราจะมีนมเปรี้ยวเสริมให้เขาบ่อยด้วย แล้วราดหน้าเส้นเป็นแป้งมันจะมีแคลอรี่เยอะ ลูกเอาผัดซีอิ๊วแทนแล้วกันลูก คือมันทำให้ความเข้าใจเรื่องอาหารของเรากระจ่างมากขึ้นเลยว่าจริงๆแล้วที่เราคิดมานั้นมันถูกหรือผิดอย่างไร*" ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้เพื่อการลดและควบคุมพฤติกรรมการกินได้ ดังที่ เฮ้าส์ (House,1981 cited by Tilden, 1985:201) กล่าวว่า แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลข่างสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาเรื่องสุขภาพ ไม่อยากอ้วน กังวลเรื่องภาพลักษณ์ความสวยงามของตนเอง ทำให้สามารถควบคุมอาหารได้ดีกว่าเพราะทำความต้องการของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของไวน์แมน (Wincmen 1980 อ้างในกรุณา ศิริบุญญา, 2535:21 และสุภลักษณ์ บุญความดี, 2541:84) พบว่า คนที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักได้นั้น เป็นผลมาจากการคำนึงถึงภาพลักษณ์แห่งตน (body image) ซึ่งเป็นความคิดของบุคคลที่มีต่อรูปร่างทางด้านร่างกายของตนเอง และจากการศึกษาของแอลเลน (Allan,1989:657-675 อ้างในสุภลักษณ์ บุญความดี, 2541:84) พบว่า ลักษณะของบุคคลที่ใช้ในการทำนายความสำเร็จในการลดน้ำหนัก คือ มีความเชื่อในความสามารถของตน ความสนใจในร่างกายของตนเองและห่วงใยสุขภาพ และแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura ที่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการลดน้ำหนักได้ว่า เมื่อวัยรุ่นเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถลดน้ำหนักได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถเหล่านี้มาจาก การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง คือ เมื่อเขาเคยลดน้ำหนักได้แล้ว เขาจะรับรู้ความสามารถของเขาว่าเขาสามารถทำได้ประสบผลสำเร็จ ส่วนกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอนั้น จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ก็มีความกังวลเรื่องภาพลักษณ์ความสวยงาม และสุขภาพ เหมือนกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดี แต่การควบคุมการกินไม่สม่ำเสมอ จะเห็นว่าในช่วง 1-3 เดือนแรกนั้นสามารถควบคุมการกินได้ตามที่แพทย์แนะนำ แต่หลังจากนั้นก็เริ่มไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ เพราะเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีแต่สิ่งกระตุ้น เช่น เป็นช่วงปิดเทอม ที่บ้านทำร้านอาหาร เพื่อนชวนกิน ประกอบกับผู้ปกครองให้การควบคุมดูแลน้อยลงจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลับไปกินอาหารแบบเดิมมากขึ้น แต่เมื่อได้รับการเตือน หรือดูแลก็จะกลับมาควบคุมได้แต่ไม่นาน เช่น หลังจากพบแพทย์ผู้รักษา

จากผลการวิจัยของพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ในช่วง1-3 เดือนแรกนั้น มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น แต่หลังจากนั้นพฤติกรรมการออกกำลังกายก็น้อยลงในทุกกลุ่ม แต่กลุ่มที่น้ำหนักขึ้นและกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอนั้น พบว่า

Copyright by Mahidol University

มีบางช่วงที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ในขณะที่กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากนั้นมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องแม้นระยะหลังๆจะไม่ได้ตามที่แพทย์แนะนำ แต่เมื่อไหร่ที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นก็รู้สึกว่าการออกกำลังกายสามารถเผาผลาญพลังงานส่วนเกินที่เกิดจากการกินได้ ดังคำพูดที่ว่า *"ตอนเดือนที่ 6 น้ำหนักขึ้นมาประมาณ 1 กิโล รู้สึกเครียด ก็เลยคิดวางแผนว่าต้องออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าเดิม"* ดังที่ เฮ้าส์ (House,1981 cited by Tilden, 1985:201) กล่าวว่า แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลข่างสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเป็นการตัดสินว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นการคาดหวังเป็นผลลัพธ์ของการออกกำลังกายจึงถือเป็นแรงขับเคลื่อนในการออกกำลังกายได้ (สมลักษณ์ ศุกระศร,2551:156) พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ เพราะผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาไปกับการเรียน การทำการบ้าน การเรียนพิเศษ ประกอบกับการไม่มีเพื่อนในการออกกำลังกาย การไม่มีพื้นที่และอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และบางรายยังคิดว่าการออกกำลังกายกลายเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ สอดคล้องกับการศึกษาของจินดา บุญช่วยเกื้อกูล (2541:68) ที่กล่าวว่า สถานที่ตั้งในการออกกำลังกายและสิ่งต่างๆที่เข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อการออกกำลังกาย อันอาจทำให้เพิ่มหรือลดประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย สถานที่และสิ่งแวดล้อม ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการออกกำลังกายด้วย

พฤติกรรมการมาตามนัดหมาย ผลจากการวิจัย พบว่า ในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากและกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอนั้นทั้งเด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองต่างให้ความสำคัญกับการมาตามนัด เพราะรู้สึกว่าการมาพบแพทย์ตามนัดนั้นเป็นการกระตุ้นอย่างหนึ่งให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนมีพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูด คือ *"พอเขาลดได้ก็มีกำลังใจและการไปหาคุณหมอก็เหมือนเป็นการกระตุ้นเขาด้วย เพราะถ้าไม่ไปมันจะยิ่งทำให้ไม่มีตัวกระตุ้นยิ่งใกล้วันหมอนัดเขายิ่งควบคุมมาก"* ประกอบกับเมื่อเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่สามารถลดน้ำหนักได้ ก็จะได้รับคำชมเชยจากแพทย์ผู้ให้การรักษาและเพื่อนในกลุ่มก็เกิดกำลังใจ ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน ดังที่ ไวส์ (Weiss, 1974 อ้างใน รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2548: 29) เพราะการที่บุคคลได้รับการยอมรับ ยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน ที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนลดลง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ปกครองในกลุ่มที่น้ำหนักขึ้นพูดว่า *"ช่วงหลังตัวพี่ก็ไม่ค่อยมีเวลา ก็เลยไม่ค่อยได้พาเขา แล้วพอน้ำหนักขึ้นมากก็เลย*

Copyright by Mahidol University

ไม่อยากไป อายเพื่อน แล้วตัวพี่เองก็เกรงใจคุณหมอ เพราะคุณหมอใส่ใจคนไข้มากเลยนะ" ในการมาพบแพทย์ของผู้ให้ข้อมูลในแต่ครั้งนั้นจะมีการติดตามถึงพฤติกรรมต่างๆก่อนมา จากการพูดคุยซักถาม ดูจากสมุดบันทึกอาหาร พร้อมทั้งมีการให้คำแนะนำและวิธีการแก้ไข ซึ่งทำให้แพทย์สามารถสะท้อนภาพและป้อนกลับข้อมูลพฤติกรรมของผู้ปกครองและเด็กและวัยรุ่นอ้วนได้ เพื่อให้สามารถนำไปปรับปรุงและแก้ไขได้นั้น ถือเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร จึงจะเกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง แพทย์ผู้ให้การรักษาจึงพยายามโทรตามและเปลี่ยนวันนัดให้ในกรณีที่เด็กและวัยรุ่นอ้วนแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ดังคำพูดของผู้ปกครองรายหนึ่งว่า "*นอกจากว่าติดจริงๆ อย่างครั้งถัดไปที่เขาจะผ่าทอลซิลก็จะโทรแจ้งอาจารย์ก่อน ซึ่งอาจารย์เขาก็จะเลื่อนวันให้เพื่อให้เรามาให้ครบ*"

ปัจจัยและเงื่อนไขในการลดและควบคุมน้ำหนัก

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยและเงื่อนไขที่ผลต่อพฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนขณะรับการรักษา ซึ่งทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนลดน้ำหนักได้หรือไม่ได้นั้น สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น คือ ความรู้ แรงจูงใจ และอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้ (knowledge) และการรับรู้ (perceive) จากผลการวิจัยพบว่า เมื่อเด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองได้รับความรู้และวิธีการต่างๆตลอดจนการรับรู้ว่าเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ จากแพทย์ผู้ให้การรักษา ตลอดการเข้าร่วมในโครงการวิจัยฯนั้น ในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากช่วง 1-3 เดือนแรกสามารถควบคุมพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นก็ได้นำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในการลดและควบคุมน้ำหนัก เพราะความกังวลเรื่องน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในช่วงที่การนัดหมายมีระยะห่างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรเซนสต็อค (Rocenstock, 1974: 328-335) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบพื้นฐานระยะแรกของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือการการรับรู้ ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของกุลชลี ภุมรินทร์ (2535, บทคัดย่อ) ที่กล่าวว่า ความรู้เรื่องการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน และการศึกษาของ กอซแมน (Gochman, 1970: 69-73 ; Gochman, 1971: 148-154 ; Gochman,

Copyright by Mahidol University

1972: 285-293 ; Gochman, 1972: 282-288) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุและโรคต่างๆของเด็กวัยเรียนสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัย และการรับรู้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม แต่ในกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอนั้น ความรู้ (knowledge) และการรับรู้ (perceive)ใช้ได้ในช่วง 1-3 เดือนแรกกับบางคนเท่านั้น แต่หลังนั้นเมื่อระยะของการนัดหมายห่างขึ้นผู้ให้ข้อมูลจะกลับมาควบคุมตนเองได้ดีหลังจากพบแพทย์ได้ไม่นานเท่านั้น และในกลุ่มที่น้ำหนักขึ้นนั้น พบว่า ความรู้ (knowledge) และการรับรู้ (perceive) นั้นไม่มีผลต่อการควบคุมพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนัก

2. แรงจูงใจ (motivation)จากการที่สามารถลดน้ำหนักได้ เพราะการลดและควบคุมน้ำหนักได้นั้น ย่อมต้องมีความตั้งใจที่แน่วแน่ ชัดเจน และมีความพยายามที่จะลดน้ำหนักได้ตามที่หวังไว้ ในทางกลับกันเด็กและวัยรุ่นอ้วนในกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอและน้ำหนักขึ้นเมื่อขาดกำลังใจในการลดและควบคุมน้ำหนัก แม้จะใช้ยาหรือวิธีการใดก็ไม่สามารถที่จะลดน้ำหนักได้ หรือ หากจะลดได้ก็เพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งและสุดท้ายก็คือ การกลับมามีน้ำหนักที่เกินมาตรฐานเช่นเดิม เพราะไม่สามารถฝืนกับแรงผลักดันทางจิตใจกับสิ่งแวดล้อมที่เย้ายวนจากอาหารหรือวิถีการดำเนินชีวิตในรูปแบบเดิมๆ ได้ เพราะการที่ผู้ป่วยจะลดน้ำหนักได้มากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ป่วยด้วย (วิชัย ตันไพจิตร, 2530:29 อ้างในสุภลักษณ์ บุญความดี, 2541:37) การสร้างแรงจูงใจในตัวเอง เมื่อมีการตั้งเป้าหมายของการลดน้ำหนักของตนเองร่วมกับแพทย์ผู้รักษาไว้ในระยะเวลาเท่าใด ถ้าสามารถลดน้ำหนักได้ตามที่ตั้งใจไว้ก็จะเกิดความภูมิใจ และมีแรงจูงใจในการลดน้ำหนักต่อไป ในรายที่สามารถลดน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามที่กำหนดไว้กับแพทย์ผู้รักษา จะเป็นเด็กที่มีความเข้มแข็งของจิตใจค่อนข้างสูง มุ่งมั่นในเป้าหมายของตนเอง แม้นบางครั้งต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย อาจมีการเผลอไปบ้าง แต่เด็กและวัยรุ่นอ้วนกลุ่มดังกล่าว ก็แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้น้ำหนักของตนเองกลับมาลดลงเหมือนเดิม เช่น การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเพื่อเผาผลาญพลังงานส่วนเกินที่กินเข้าไป ประกอบกับการที่ผู้ปกครองต่างก็ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางกลับกันเด็กและวัยรุ่นที่น้ำหนักขึ้นๆลงๆ หรือน้ำหนักขึ้นตลอดนั้น จะเป็นเด็กที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้คอยควบคุมเรื่องของการกิน และคอยกระตุ้นเรื่องการออกกำลังกายค่อนข้างมาก เมื่อผู้ปกครองไม่มีเวลาในการควบคุมดูแลเพราะ ต้องทำงาน ทำให้เด็กและวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวจะไม่สามารถควบคุมการกินได้ กลับมากินอาหารอย่างที่ชอบ อย่างที่อยากกิน หรือการไม่ออกกำลังกาย เพราะรู้สึกเบื่อ เหนื่อย เพราะการน้ำหนักไม่ลดลงตามเป้าหมาย เมื่อน้ำหนัก กลับมาขึ้นอีก ทำให้ไม่มีกำลังใจในการลดและควบคุมน้ำหนักต่อ

3. อายุ จากผลการวิจัย พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก คือ14.1$\pm$1.58 ปี กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ คือ 12.3$\pm$1.25 ปี และกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น คือ 11.8$\pm$1.69 ปี เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ one-way ANOVA และใช้ Tukey ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงซ้อน พบว่า ในกลุ่มที่ลดน้ำหนัก

Copyright by Mahidol University

ได้ดีมากอายุเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) กับอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น (ตารางที่ 6.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ พีเจียน (Pidgeon 1985: 32-33) กล่าวว่ามโนทัศน์ด้านความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วยพัฒนาขึ้นตามอายุ และการศึกษาของเรเดียส และคณะ (Radis et al. 1980: 229) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กนักเรียน อายุ 6-17 ปี โดยใช้แบบแผนความเชื่อของ เบคเกอร์ พบว่า ระดับความเชื่อจะสูงขึ้นตามอายุเช่นกัน

ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอายุในกลุ่มของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

		จำนวน (ราย)	ค่าเฉลี่ย	SD	p-value
อายุ	ลดน้ำหนักได้ดีมาก	9	14.12	1.58	
	น้ำหนักขึ้นๆลงๆ	8	12.31	1.25	
	น้ำหนักขึ้น	7	11.80	1.69	
					0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

4. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

4.1 ครอบครัว พบว่า ในกลุ่มที่สามารถน้ำหนักลดลงได้มากนั้น ผู้ปกครองให้ความสนใจดูแลและต่อเนื่องมากกว่า กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่น้ำหนักขึ้นนั้น ซึ่งพบว่าบิดามารดามักไม่ค่อยมีเวลาดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย รวมทั้งมักเป็นครอบครัวที่ค่อนข้างเลี้ยงลูกแบบตามใจ จากการศึกษาของนิตยา ตั้งชูรัตน์ (2526 อ้างในสมทรง สมควรเหตุ, 2541 : 20–21) พบว่า ครอบครัวผลต่อภาวะอ้วนเป็นอย่างมาก เช่น ความอุดมสมบูรณ์ของอาหารมีความเจริญทางอุตสาหกรรมอาหารที่สามารถจัดซื้อได้ง่ายและมีให้เลือกมากมาย มีรูปแบบการบริการในรูปต่าง ๆ ซึ่งเป็นแรงยั่วยุให้มีการบริโภคมากขึ้น นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในครอบครัวก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยเฉพาะครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกันจะมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ถ้าพ่อแม่ชอบอาหารที่มีไขมัน ลูกก็จะมีแนวโน้มที่จะชอบอาหารไขมันด้วย อีกทั้งจากการศึกษาของสมทรง สมควรเหตุ (2541 : 52–53) พบว่า นิสัยการกินที่ถ่ายทอดกันมาทั้งความนิยมในชนิดอาหาร รสชาติในการปรุง ทำให้เกิดการบริโภคที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้อาจเกิดจากการประกอบอาหารที่รสชาติถูกใจหรือถูกปากจากบุคคลในครอบครัวก็จะทำให้มีการบริโภคที่มากขึ้น จนเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ เพราะ

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรมการบริโภค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หากเด็กและวัยรุ่นอ้วนใจยังไม่แข็งพอ ก็ไม่สามารถควบคุมกำกับตนเองในการควบคุมการกินและการออกกำลังกายได้เช่นกัน ดังนั้น การที่บิดา มารดา หรือคนอื่นๆในครอบครัวให้ความร่วมมือ และปฏิบัติในทางเดียวกัน กินก็กินอาหารอย่างเดียวกันไม่แบ่งแยก ร่วมปฏิบัติในสม่ำเสมอ จะทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนที่ใจยังไม่แข็งพอ สามารถปฏิบัติเรื่องอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น เพราะในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีนั้น เป็นกลุ่มที่ทุกคนในครอบครัวจะช่วยเหลือ คอยกระตุ้น และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ เพราะการได้รับกำลังใจจากบิดา มารดา และญาติพี่น้อง จะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้มีกำลังใจและความตั้งใจที่ต่อเนื่องในการลดน้ำหนักได้

4.2 เพื่อน พบว่า เพื่อนจะเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องการกินและการออกกำลังกายได้ เช่น เพื่อนชวนกิน หรือการที่มีเพื่อนออกกำลังกายด้วยทำให้ได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพราะเด็กและวัยรุ่นอ้วนในกลุ่มที่ไม่สม่ำเสมอ และน้ำหนักขึ้นนั้น บางรายกลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่ชอบชวนไปกินอาหารที่มันๆทอด หรือขนม ดังนั้นจะเป็นการกระทำที่ยากมากสำหรับเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่ต้องอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ชวนกันกินตลอดเวลา แต่ในบางรายที่ลดน้ำหนักได้ดีนั้น ส่วนหนึ่งก็มาจากกลุ่มเพื่อนที่คอยสนับสนุนและคอยห้ามเวลาอยากทานขนม หรืออาหารที่ไม่ควรทาน ก็จะทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนสามารถควบคุมการกินเมื่ออยู่นอกบ้านได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา อรรถกฤษณ์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำของนักเรียนวัยรุ่นในเขตเมือง พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำของนักเรียน คือ แรงจูงใจจากเพื่อน และการศึกษาของ จริยา วิรุฬราช (2547) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ตัวชี้แนะการกระทำได้แก่ การรับรู้อิทธิพลจากเพื่อน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

1. ระยะเวลาในการนัดหมายควรไม่เกิน 1-2 เดือนเพราะการนัดหมายที่ห่างขึ้นในช่วงหลังของโครงการวิจัยฯ พบว่า ในกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอและน้ำหนักขึ้นนั้นเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้ด้วยตนเองในทุกครั้ง ต้องอาศัยการควบคุมจากภายนอก

Copyright by Mahidol University

เช่น ผู้ปกครอง เพื่อน และแพทย์ผู้ให้การรักษา ซึ่งพบว่า หากมีระยะเวลาในการนัดหมายถี่เหมือนกับช่วง 1-3 เดือนแรกนั้น จะทำให้เด็กและวัยรุ่นสามารถควบคุมพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้อีกทางหนึ่ง

2. เพิ่มการให้ความรู้ทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นอ้วนและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องในรายที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้ ก็จะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองสามารถควบคุมพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อค้นพบการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนและกลุ่มเพื่อนมีผลต่อพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ดังนั้นควรมีการควบคุมและป้องกันโรคอ้วน ก่อนที่เด็กและวัยรุ่นเหล่านั้นจะมีปัญหาเกิดขึ้น โรงเรียนเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญมากในการแก้ไขปัญหานี้ เพราะส่วนใหญ่เด็กใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนและรับประทานอาหารหลักมื้อเที่ยง และอาหารว่าง ที่โรงเรียน บางคนก็รับประทานมื้อเช้าที่โรงเรียน หรือถ้าเป็นโรงเรียนประจำ ก็ต้องกินนอนที่โรงเรียนตลอดเวลา ดังนั้นครูและโรงเรียนจึงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กได้ สามารถทำได้ดังนี้

1.1 การงดขายน้ำหวาน น้ำอัดลม หรือสร้างมาตรการที่เหมาะสมเรื่องน้ำดื่มในโรงเรียน

1.2 การขายอาหาร โดยเน้นผักและผลไม้ ลดอาหารทอดๆ มันๆ

1.3 งดการขายขนมกรุบกรอบ และกำหนดชนิดและคุณภาพของขนมที่จำหน่ายในโรงเรียน

1.4 ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น หรือเพิ่มเวลาในชั่วโมงของการเรียนวิชาพละ

2. การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า เด็กและวัยรุ่นอ้วนที่ไม่สามารถลดและควบคุมน้ำหนักตนเองได้นั้น จะเป็นเด็กที่มีลักษณะการพึ่งพิงผู้อื่นสูง โดยเฉพาะผู้ปกครอง ดังนั้น การศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มผู้ปกครอง เพื่อหาวิธีการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมดูแลกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่มีลักษณะพฤติกรรมพึ่งพิงผู้อื่นสูง โดยจัดเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ คำแนะนำ และแนวทางในการปฏิบัติ

3. เพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องการระบบการเลี้ยงดูของครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ที่เกิดจากการมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องด้านโภชนาการ เพื่อนำมาปรับเป็นรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมแก่เด็กและวัยรุ่นอ้วนที่มีปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลศิริราช
WEIGHT-CONTROL BEHAVIORS AMONG OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS AT SIRIRAJ HOSPITAL

สุเนตรา นุ่นลอย 4836103 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ปร.ด., ลักขณา เติมศิริกุลชัย, ปร.ด., จีรันดา สันติประภพ, พ.บ. , dip. American Sub-board of Pediatric Endocrinology

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ. 2548 ประมาณการว่า ประชากรอย่างน้อย 300 ล้านคนทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหาภาวะอ้วน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 17.6 ล้านคน (WHO, 2004) และยังพบว่า เด็กที่อ้วนมีแนวโน้มเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้ ร้อยละ 30 และผู้ใหญ่ที่อ้วนจะมีช่วงอายุขัยที่สั้นลง (Marilyn,1992 : 285-286) จากการสำรวจเด็กในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2544 พบว่า เด็กอายุระหว่าง 2-18 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 8.2 แต่กลุ่มที่พบเด็กมีภาวะอ้วนจำนวนมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 13-18 ปี ร้อยละ 8.6 รองลงมา เป็นเด็กในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 8.2 (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2548) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนในเด็กมากขึ้นนั้น เกิดจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการต่างๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีแหล่งการเข้าถึงที่ง่ายและมีความสะดวกสบายในการเลือกซื้อมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารฟาสต์ฟูด (ประณีต ผ่องแผ้ว, บรรณาธิการ, 2539 : 23) ประกอบกับการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลง เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเรียน การทำงาน หรือการเดินทางในสภาพการจราจรที่ติดขัด การไม่ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย จึงทำให้เด็กวัยรุ่นส่วนมากไม่นิยมการออกกำลังกาย

Copyright by Mahidol University

นอกจากนี้ภาวะอ้วนในเด็กทำให้เกิดผลกระทบ ตลอดจนโรคแทรกซ้อนที่มากมาย ร้ายแรงเหมือนในผู้ใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะทางเดินหายใจอุดตัน (วิชัย ตันไพจิตร, 2539) ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดติดอันดับ 1 ใน 3 สาเหตุหลักของการป่วยและตายของคนไทย ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 3-17 เท่าตัว ข้อมูลใน พ.ศ.2546 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้สูงถึง 40,092 ราย หรือชั่วโมงละ 5 คน

จากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วนที่เข้ารับการรักษาที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม จำนวน 125 คน ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2545 – 31 สิงหาคม 2549 เป็นเพศชาย 66 ราย เพศหญิง 59 ราย อายุเฉลี่ย 11.6 + 2.5 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 80 + 24.7 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 33.5 + 7.1 กิโลกรัม/(เมตร)^2 พบว่า มีจำนวน 4 รายเป็นเบาหวาน 33 รายมีระดับไขมันในเลือดสูง 45 รายเป็น Metabolic syndrome และ 25 ราย เป็นภาวะทางดินหายใจอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea หรือ OSA) หลังจากการติดตามผลการรักษาตามกระบวนการของแพทย์ พบว่า มีจำนวน 64 ราย (ร้อยละ50) ที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงไปทางที่ดีขึ้น (นพ.ไพฑูรย์ กาพิน, 2549) แสดงให้เห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้นมีโอกาสลดน้ำหนักได้สำเร็จ การรักษาโรคอ้วนประกอบด้วยการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบการได้กำลังใจและความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องติดต่อกันไปค่อนข้างนาน ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วนที่มารับการรักษาที่คลินิกแห่งนี้ เนื่องจากหากมีความเข้าใจในความคิดและกระบวนการตัดสินใจ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวแล้ว จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการปรับแผนสุขศึกษาเพื่อนำมาปรับใช้ในระบบการดูแลรักษาให้มีการลดน้ำหนักดีขึ้น และกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสามารถเรียนรู้ เข้าใจและปรับพฤติกรรมในการลดความอ้วนให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนก่อนตัดสินใจการเข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลศิริราช

Copyright by Mahidol University

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ตามระบบการรักษาของโรงพยาบาลศิริราช

3. เพื่อศึกษาปัจจัยในการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่มลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มน้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มน้ำหนักขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

1. ศึกษาเฉพาะกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโรงพยาบาลศิริราช ที่มีอายุระหว่าง 8-18 ปี เท่านั้น

2. ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งครอบคลุมในเรื่องกระบวนการคิด วิธีปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักตามที่ได้รับตามระบบการรักษาของโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของโรงพยาบาลศิริราช และการกระทำด้วยวิธีอื่นๆที่แตกต่างออกไป และรวมถึงปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

รูปแบบการวิจัย

ใช้ระเบียบและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative design) โดยใช้วิธีเก็บด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทำให้เข้าใจถึงสถานการณ์และความจริงตามทัศนะของผู้ถูกศึกษาในทุกมิติของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ศึกษา

เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนในโครงการวิจัย “ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน” ของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งโครงการวิจัยฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อนในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนและดูผลการรักษา โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนและได้รับคำแนะนำในการลดน้ำหนักที่ถูกต้อง ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี

Copyright by Mahidol University

โครงการวิจัยดังกล่าวได้เปิดรับสมัครผู้สนใจ ตั้งแต่วันที่ ตุลาคม พ.ศ. 2549 และได้ปิดรับสมัครไปเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการ 129 คน แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 69 คน เพศชาย 60 คน มีการให้ความรู้ ทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม มีทั้งสิ้น 25 กลุ่ม ซึ่งการจัดกลุ่มนั้นจะจัดตามวันที่เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเข้ารับการรักษา ถ้าวันที่ใกล้เคียงกันจะจัดอยู่กลุ่มเดียวกัน โดยใน 1 กลุ่มจะมีผู้เข้าร่วม 3-11 คน ขั้นตอนของการรักษา ประกอบด้วยการนัดหมายทั้งหมด 7 ครั้ง ดังนี้

1. การนัดหมายครั้งที่ 1 เป็นการนัดหมายให้เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเข้ารับการตรวจเพื่อหาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน ผู้เข้าร่วมโครงการต้องมาพร้อมผู้ปกครอง และต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาประมาณ 3 วัน ระหว่างนั้นเด็กและผู้ปกครองจะได้รับ

- ความรู้เรื่องโรคอ้วน ภาวะแทรกซ้อน อาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากแพทย์ผู้ให้การรักษาและนักโภชนาการ
- ก่อนกลับแพทย์ผู้ให้การรักษาจะให้สมุดประจำตัวเพื่อบันทึกรายละเอียดของอาหารและการออกกำลังกาย และให้นำมาในวันนัดครั้งต่อไป
- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนจะได้รับการรักษาต่อโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนั้นๆ

2. การนัดหมายครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนได้รับการ ประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)
- มีการให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนพร้อมทำกิจกรรมตอบคำถามเกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อน
- มีการประเมินการบันทึกรายละเอียดของอาหาร และการออกกำลังกาย

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

3. การนัดหมายครั้งที่ 3 (ห่างจากครั้งที่สองประมาณ 1 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการ ประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)

Copyright by Mahidol University

- มีการให้ความรู้และทำกิจกรรมเรื่องการออกกำลังกาย
- มีการประเมินการบันทึกรายละเอียดของอาหาร และการออกกำลังกาย

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

4. การนัดหมายครั้งที่ 4 (ห่างจากครั้งที่สามประมาณ 1 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)
- มีการให้ความรู้และทำกิจกรรมเรื่องอาหาร
- มีการประเมินการบันทึกรายละเอียดของอาหาร และการออกกำลังกาย

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

5. การนัดหมายครั้งที่ 5 (ห่างจากครั้งที่สี่ประมาณ 3 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)
- ทำกิจกรรมทดสอบความรู้เรื่องการลดน้ำหนัก อาหารและการออกกำลังกาย
- มีการประเมินการบันทึกรายละเอียดของอาหาร และการออกกำลังกาย

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

6. การนัดหมายครั้งที่ 6 (ห่างจากครั้งที่ห้าประมาณ 3 เดือน)

ภาคเช้า (8.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)

Copyright by Mahidol University

- มีการให้ความรู้ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน การประเมินภาวะอ้วนและยกตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการที่ลดน้ำหนักได้ เพื่อให้กำลังใจแก่เด็กและวัยรุ่นอ้วน รวมทั้งผู้ปกครอง

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนไปออกกำลังกายที่ตึกหอกีฬา ชั้น 13 โรงพยาบาลศิริราช

7. การนัดหมายครั้งที่ 7 (ห่างจากครั้งที่หกประมาณ 3 เดือน) เป็นการนัดหมายสุดท้ายครั้งสุดท้าย

ภาคเช้า (7.00-12.00 น.)

- เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ได้รับการตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะทางโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว)
- ตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาล การตรวจหาระดับไขมัน ค่าตับ เป็นต้น

ภาคบ่าย (13.30-15.00 น.)

- แพทย์ผู้ให้การรักษาจะแจ้งผลภาวะทางโภชนาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน

หมายเหตุ การให้ความรู้ และกิจกรรม ในการนัดหมายครั้งที่

2, 3, และ 4 สลับกันได้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

5 และ 6 สลับกันได้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

แหล่งข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลและเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1.1 เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ที่มีระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (ผ่านการนัดหมายครั้งที่ 5 เป็นต้นไป) แต่ไม่เกิน 3 เดือนหลังจากผ่านการนัดหมายครั้งสุดท้าย (การนัดหมายครั้งที่ 7)

Copyright by Mahidol University

1.2 ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (จากข้อที่ 2.1)

1.3 แพทย์ผู้รักษาเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

1.4 สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมตนให้ทำการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

2.1 ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถมาตามนัดหมาย หรือผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ให้ข้อมูล

2.2 ต้องการออกจากการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2552 มีการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 129 ราย ที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แต่เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1 จำนวน 79 ราย (ผ่านการนัดหมายครั้งที่ 7 นานเกิน 3 เดือน มี 73 ราย และยังไม่ผ่านการการนัดหมายครั้งที่ 5 มี 6 ราย) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยอีก 5 ราย ไม่สะดวกในการเดินทาง(อยู่ต่างจังหวัด)และไม่สะดวกให้สัมภาษณ์ในวันหยุด(เรียนพิเศษ)อีก 14 ราย ขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 5 ราย และมีปัญหาในการให้สัมภาษณ์(สมาธิสั้น) จำนวน 2 ราย จึงทำให้มีผู้ให้ข้อมูลผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพียง 24 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงหัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Case Record Forms หรือ CRF) เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลศิริราช ให้ดำเนินการวิจัย (รหัสโครงการ 199/2552 (EC2) วันที่รับรอง 03 ส.ค. 2552) หลังจากนั้นผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอความสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลและอธิบายรายละเอียดของการศึกษาวิจัย สำหรับการพบครั้งต่อๆ ไปนั้นจะเป็นสถานที่อื่นๆ โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้กำหนดเอง

Copyright by Mahidol University

ตามความสะดวกและสบายใจของผู้ให้ข้อมูล นอกจากการเก็บข้อมูลโดยการเผชิญหน้าแล้ว ผู้วิจัยยังใช้วิธีการโทรศัพท์สัมภาษณ์ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถมาพบและยินดีให้ข้อมูลทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือหลัก คือ ผู้วิจัย โดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนการวิจัย ดังนี้

1. ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาทำความเข้าใจเอกสารเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจ โดยอ่านเรื่องศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ ของชาย โพธิสิตา (2549) และมีการทดลองฝึกปฏิบัติเทคนิคการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. ด้านเนื้อหาเกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น โดยมีการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาธิสภาพ ระบาดวิทยาของโรคอ้วน

เครื่องมือเสริมในการวิจัย

1. เครื่องบันทึกเสียงและเทปบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการบันทึกเสียงต้องได้รับการอนุญาตให้ทำการบันทึกเสียง และรับรองในการปกปิดข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกซึ่งจะประกอบด้วยแนวคำถามในประเด็นหลักที่สร้างไว้ล่วงหน้าก่อนเก็บข้อมูลเมื่อผ่านการตรวจสอบแก้ไขแล้วจึงนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนวคำถามจะมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น ในการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล เพราะสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการพูด และความคิดของตนเองได้อย่างมีอิสระ

3. ข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Case Record Forms หรือ CRF) ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมการลดและควบคุมน้ำหนัก ในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Copyright by Mahidol University

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล

วิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น ใช้หลักการ Triangulation หรือหลักการสามเส้า ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงกันของข้อมูลโดยการถามคำถามเดิมซ้ำๆในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้มีการเปรียบเทียบของข้อมูลในแต่ละครั้งว่ามีความตรงกัน หรือ แตกต่างกันหรือไม่อย่างไรบ้าง เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงความจริงมากที่สุด และให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความหมายที่ผู้วิจัยวิเคราะห์เบื้องต้นว่าถูกต้องหรือไม่ นอกจากนั้นได้ทำการตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกัน โดยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมสุขภาพที่ดูแลอยู่ หรือจากคนใกล้ชิดผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ ในแต่ละวันหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะเขียนบันทึกข้อมูลที่ได้ในแต่ละครั้งอย่างละเอียด ข้อมูลจากการอัดเทปบันทึกเสียงจะทำการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำภายในวันที่สัมภาษณ์เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล

การจัดแฟ้มข้อมูล เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงบรรยาย สำหรับใช้ประโยชน์ในการค้นหา วิเคราะห์และเขียนรายงาน โดยแบ่งแฟ้มเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. แฟ้มข้อมูลทั่วไป เช่น บุคคล สถานที่

2. แฟ้มวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่ได้และแยกประเภทของข้อมูล เพื่อค้นหาความหมายและการหาความสัมพันธ์ของข้อมูล รวมทั้งการหาข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป หากมีข้อมูลที่ต้องเก็บเพิ่มจะบันทึกไว้เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

3. แฟ้มงานสนาม เป็นแฟ้มที่บันทึกเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการปฏิบัติงาน ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน แสดงในรูปของความถี่

Copyright by Mahidol University

1.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลอายุโดยใช้โปรแกรม SPSS for Window (version 11.5) สถิติที่ใช้ คือ one-way ANOVA และใช้ Tukey ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงซ้อน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อความสะดวกในการค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นต่างๆที่เป็นเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยทำเป็นตารางสรุปวิเคราะห์ ยึดหลักตามแหล่งข้อมูล ตามด้วยประเด็นคำถาม การถอดเทป การวิเคราะห์ข้อมูล และท้ายตารางเป็นประเด็นคำถามที่ต้องเก็บเพิ่ม ผู้วิจัยได้กำหนดการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ระยะ คือ

2.1 ระยะแรก คือ การวิเคราะห์ระหว่างเก็บข้อมูล เมื่อผู้วิจัยศึกษารวบรวมข้อมูลได้เพียงพอต่อการศึกษาตามวัตถุประสงค์แล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้นและสรุปออกมาเพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และหาข้อมูลเพิ่มเติม

2.2 ระยะที่สอง คือ การวิเคราะห์หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล และทำการเก็บรวบรวมเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

2.3 ระยะที่สาม คือ การวิเคราะห์ข้อมูลหลังได้ข้อมูลครบ ผู้วิจัยวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ได้ จัดระบบหาความสัมพันธ์ของข้อมูลและปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมให้เกิดความเข้าใจ

ผลการวิจัย

1. วิถีชีวิตของเด็กและวัยรุ่นและการจัดการกับความอ้วน

1.1 พัฒนาการของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน พฤติกรรมการกิน จากการสัมภาษณ์ ทำให้ทราบว่า ของเด็กและวัยรุ่นอ้วนนั้นมีปัจจัยการมีภาวะอ้วนจาก 2 ส่วน ส่วน คือ

1. ครอบครัว พบว่า การได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่ไม่มีเวลาในการดูแล เกิดจากปัจจัยเรื่องหน้าที่การงาน การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสมเรื่องอาหาร เรื่องโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อน ก็ทำให้ไม่เลือกชนิดของอาหารได้ไม่เหมาะสม และไม่จริงจังในการควบคุม ประกอบกับการมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความอ้วน เช่น "*เด็กมันกำลังโตเดี๋ยวมันก็ลงเองแหละ*" หรือ "*คิดว่าไม่น่าเป็นอะไร คิดว่าเดี๋ยวโตขึ้นคงผอมเอง*" หรือ "*เด็กมันกำลังโตเดี๋ยวมันก็ยืด..ก็ลง...ก็ผอมเอง*" และรูปแบบการกินของครอบครัวที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมการกินที่ไม่เหมาะสม เช่น การกินอาหารไม่พร้อมกัน การกินไม่เป็นเวลา ไม่เป็นมื้อ การชวนกันกิน ทำให้เด็ก

Copyright by Mahidol University

และวัยรุ่นอ้วน จึงได้รับพลังงานจากอาหารที่ทานเข้าไปมากเกินความต้องการของร่างกายเกิดเป็นภาวะอ้วนได้

2. โรงเรียน พบว่า ส่วนใหญ่อาหารที่จำหน่ายภายในโรงเรียนมีส่วนประกอบของผักน้อยมาก เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวกระเพราะไก่ไข่ดาว พะแนงไก่ เต้าหู้ทรงเครื่อง ไก่ทอดเฟรนฟราย น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ บางโรงเรียนไม่จำกัดเวลาซื้อ ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนสามารถลงมาซื้อได้ตลอดเวลา และการมีเพื่อนชวนกันกิน ยิ่งส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนเหล่านี้มีพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม จนเกิดมีภาวะอ้วนขึ้น

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันน้อย ก็เป็นอีกหนึ่งเหตุผลที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนเกิดภาวะอ้วนได้ พฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยหรือไม่ค่อยออกกำลังนั้น เพราะ ไม่ชอบ ไม่มีเวลา ต้องทำการบ้าน ต้องไปเรียนพิเศษ เด็กและวัยรุ่นอ้วนบางรายให้จะความสำคัญเรื่องการเรียนมาก เพราะกลัวจะเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อนบ้าง กลัวจะสอบเข้าเรียนต่อไม่ได้บ้าง เวลาที่มีจึงหมดไปกับการเดินทาง การเรียน จนรู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ไม่เคยรู้สึกว่าต้องทำ

1.2 รับรู้และยอมรับว่าอ้วน ผู้ปกครองสังเกตว่าเด็กและวัยรุ่นอ้วนมีรูปร่างอ้วนตั้งแต่เล็ก หรือ น้ำหนักมากกว่าเด็กในวัยเดียวกันตลอด คือ มีลักษณะรูปร่างที่อวบ หรือหุ่นเจ้าเนื้อตั้งแต่เล็กอยู่แล้ว ดังนั้นจึงสังเกตเห็นจากรูปร่างและน้ำหนักได้ชัดเจนที่สุด การรับรู้ว่าอ้วนจากน้ำหนักรูปร่างและพฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่นอ้วน พบได้มากกว่าการรับรู้ว่าอ้วนจากรูปร่างและน้ำหนักเพียงอย่างเดียว เพราะเด็กและวัยรุ่นอ้วนจะมีพฤติกรรมการกินที่กินเก่งขึ้น กินได้มากขึ้นร่วมด้วย ประกอบกับน้ำหนักก็เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีรูปร่างใหญ่ขึ้น โตขึ้น จนผู้ปกครองสังเกตและรับรู้ว่าอ้วน ส่วนการยอมรับว่าอ้วนของเด็กและวัยรุ่นอ้วนนั้นค่อนข้างแตกต่างกัน สามารถแบ่งได้เป็น 5 รูปแบบ คือ ปัญหาด้านรูปร่างและความสวยงาม เพราะหาเสื้อผ้าใส่ยากขึ้น ใส่เสื้อผ้าแล้วไม่สวยไม่หล่อ ทำให้รู้สึกยุ่งยากมากขึ้น เพราะต้องเปลี่ยนขนาดเสื้อผ้าบ่อยๆ ปัญหาเรื่องสุขภาพร่างกาย เพราะน้ำหนักที่มาก ทำให้ปัญหาเรื่องการปวดเข่า ปวดขา เวลาเดิน เวลาวิ่ง จึงทำให้ไม่ได้ออกกำลังกาย และจะรู้สึกเหนื่อยเมื่อต้องออกกำลังกาย ปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงามและสุขภาพทางร่างกาย พบว่า เพราะตัวใหญ่ขึ้นทำให้หาขนาดของเสื้อผ้าได้ยากขึ้น ต้องเปลี่ยนขนาดเสื้อผ้าบ่อยขึ้น สุขภาพร่างกาย ก็พบว่า มีนอนกรน คอดำ เหนื่อยง่าย ไม่กระฉับกระเฉง ป่วยบ่อย ปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงามและผลกระทบต่อจิตใจ การมีรูปร่างที่ใหญ่กว่าเพื่อนๆ ในห้อง โดยเฉพาะในห้องเรียนหรือโรงเรียนที่มีเด็กอ้วนน้อย เวลาโดนเพื่อนล้อ หรือ ไม่เล่นด้วย จึงเกิดความรู้สึกเสียใจ ปัญหาเรื่องรูปร่าง ความสวยงาม สุขภาพทางร่างกายและผลกระทบต่อจิตใจ ผลกระทบจากน้ำหนักที่มาก ทำให้มีรูปร่างใหญ่กว่าเพื่อนเมื่อต้องวิ่ง หรือ ออกกำลังกายจึงรู้สึกเหนื่อยง่าย เหนื่อยเร็ว ประกอบการ มีญาติๆ หรือเพื่อนบางคนแซว หรือบ่นว่าทำอะไรเชื่องช้าเรื่องรูปร่างทำให้รู้สึกไม่ชอบ

Copyright by Mahidol University

2. พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน หลังยอมรับว่าความอ้วนเป็นปัญหา

พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนหลังยอมรับว่าความอ้วนเป็นปัญหานั้น จากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่าแต่ละครอบครัวมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความอ้วนนั้นค่อนข้างมีความหลากหลาย สามารถสรุปเป็นรูปแบบได้ทั้งหมด 5 รูปแบบ คือ

1. การบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูด วิธีการดังกล่าวนี้ พบในเด็กและวัยรุ่นอ้วน ที่ผู้ปกครองไม่มีเวลาในการดูแลมากนัก เพราะปัจจัยเรื่องหน้าที่การงาน และมีความกังวลเรื่องความปลอดภัยและค่าใช้จ่ายในการลดน้ำหนัก ดังนั้น เมื่อผู้ปกครองเริ่มรับรู้ว่าเด็กและวัยรุ่นเหล่านี้ อ้วน การปรับเรื่องการกินจึงเป็นเรื่องที่จะเป็นวิธีการแรกๆที่ทำได้ แต่เพราะไม่มีเวลาดูแลอย่างใกล้ชิด จึงทำได้เพียงแค่ เตือน บอก หรือห้าม เมื่อรับประทานอาหารพร้อมกัน หรือ เมื่อรู้สึกว่าเด็กและวัยรุ่นอ้วนอ้วนขึ้น

2. การการบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูด และควบคุมการกิน พบว่าเกิดปัญหาจากการที่น้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นอ้วนเพิ่มขึ้นมาก จนทำให้ต้องซื้อเสื้อผ้าชุดใหม่บ่อยขึ้น การที่เด็กและวัยรุ่นอ้วนมีพฤติกรรมการกินเก่ง กินตลอดเวลานั้นเพราะการเลี้ยงดูของครอบครัวที่ผ่านมานั้นค่อนข้างตามใจเรื่องการกิน เมื่อต้องกินอาหารพรอมกัน ผู้ปกครองจึงใช้วิธีการควบคุมปริมาณและชนิดของอาหาร

3. การการบอกกล่าว เตือน หรือห้าม ด้วยคำพูดและควบคุมการกินร่วมกับการออกกำลังกาย วิธีการดังกล่าวพบมากที่สุดในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอ้วนเมื่อรับรู้และยอมรับว่าอ้วน เพราะรูปร่างที่ใหญ่ขึ้นจนทำให้เกิดปัญหาหาขนาดของเสื้อผ้ายาก และบางรายมีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดขา ปวดเข่า บางรายผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ร้องไห้เพราะเพื่อนไม่ให้เล่นด้วย ทำให้ผู้ปกครองเตือน ห้าม เรื่องอาหารการกิน คอยควบคุมดูแลเรื่องการกิน ปริมาณที่กิน และพาไปออกกำลังกาย แต่ทำได้ไม่นานก็ต้องเลิก เพราะแต่ละคนในครอบครัวที่ยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการดูแล ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความสงสาร ความใจอ่อน และการไม่มีเวลาพาเด็กและวัยรุ่นอ้วนไปออกกำลังกาย ทำให้การควบคุมการลดน้ำหนักนั้นไม่สามารถกระทำอย่างต่อเนื่องได้

4. การเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล การใช้วิธีการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล เพราะรูปร่างของเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่ใหญ่ขึ้น จนทำให้เกิดปัญหาเรื่องการหาซื้อเสื้อผ้ายากขึ้น และความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างและความสวยงามของตนเอง ทำให้ผู้ปกครองตัดสินใจพาเข้ารับการรักษาเรื่องความอ้วน แต่ผู้ปกครองกลับไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่นอ้วนได้ และไม่เข้าใจเรื่องอาหาร เพราะไม่มีนักโภชนาการที่แนะนำเรื่องอาหาร โดยเฉพาะประกอบกับเมื่อแพทย์ที่รักษาในขณะนั้น ดุ เพราะน้ำหนักเพิ่มขึ้นทุกครั้ง ทำให้ ไม่รักษาต่อ

5. การเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล และควบคุมการกินร่วมกับการออกกำลังกาย รู้สึกว่าความอ้วนเป็นปัญหา เช่น หาซื้อเสื้อผ้ายาก การมีประจำเดือนมาเร็ว ด้วยความกังวล จึง

Copyright by Mahidol University

ตัดสินใจเข้ารับการรักษา แต่หลังจากที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาต่อ เพราะไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ หรือครบระยะเวลาในการรักษา ผู้ปกครองจึงใช้วิธีการควบคุมด้วยตนเอง แต่ก็ไม่สามารถลดน้ำหนักได้อย่างที่ต้องการ

3. พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วนของเด็กและวัยรุ่น ขณะรับการรักษา

3.1 การตัดสินใจและเหตุผลในการเข้ารับการรักษาในโครงการวิจัยฯ ของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะความกังวลจากการที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และการเกิดปัญหาสุขภาพแก่ร่างกายและจิตใจแก่เด็กและวัยรุ่นอ้วนหลังจากยอมรับว่าตนเองอ้วน ทำให้แต่ละครอบครัวมีการแก้ไปปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีภาวะอ้วนต่างๆกัน แต่เพราะการควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นเด็กและวัยรุ่นนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย จึงปฏิบัติได้ไม่นานก็ต้องเลิก เพราะขาดความร่วมมือจากเด็กและวัยรุ่นอ้วนบ้าง จากผู้ปกครองที่ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลเรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย หรือคนอื่นๆในครอบครัว ทำให้น้ำหนักของกลับมาเพิ่มขึ้นอีก แหล่งของข้อมูลและเหตุผลที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วน เลือกเข้ารับการรักษาในโครงการวิจัยฯ ที่โรงพยาบาลศิริราชนั้น พบว่า สามารถแยกได้เป็น 3 เหตุผล คือ

1. แพทย์แนะนำ เพราะมีโรคประจำตัวที่และรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชอยู่ก่อนแล้ว แต่น้ำหนักที่มากขึ้นทุกปี ทำให้แพทย์ผู้ให้การรักษาแนะนำให้เข้าร่วม และบางรายมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่นบางราย เกิดการเจ็บป่วย ไม่สบาย บางรายมีประจำเดือนมาเร็วกว่าปกติ แต่เพราะน้ำหนักที่มากเกินเกณฑ์ แพทย์ผู้รับรักษาจึงแนะนำเพื่อให้ลดน้ำหนักลง และส่งต่อ ทำให้ทราบเรื่องโปรแกรมการลดน้ำหนัก

2. ผู้อื่นแนะนำ บางครอบครัวมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น ความดันสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง จึงรู้สึกกังวลเพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ จึงค้นหาข้อมูลเพื่อการรักษา เช่น สอบถามจากผู้มีประสบการณ์ เพราะเคยพาลูกเข้าร่วมในโปรแกรมของโรงพยาบาลศิริราชมาก่อน หรือ สอบถามข้อมูลจาก ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลศิริราช และรู้ข้อมูลจากครูประจำชั้น

3. น้องสาวไม่สบาย การมาเฝ้าน้องซึ่งไม่สบาย และนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อแพทย์ผู้ให้การรักษามีโอกาสได้พบ จึงแนะนำให้เข้าร่วมโครงกาวิจัยเพราะอ้วนมาก

Copyright by Mahidol University

3.2 พฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน

1. กลุ่มที่ 1 ลดน้ำหนักได้ดี จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การมาตามนัดช่วง 1-3 เดือนแรก มี 7 รายเท่านั้นที่ไม่เคยขาดเลย เพราะ ทั้งตัวเด็กและผู้ปกครองต่างให้ความสนใจ และกระตือรือร้นในทุกครั้งที่นัดหมาย เพราะคิดว่าการมาพบแพทย์ตามที่นัดหมายเป็นการกระตุ้นให้ทั้งตัวเด็ก และผู้ปกครอง และการที่แพทย์ผู้ให้การรักษาอำนวยความสะดวกให้โดยการเปลี่ยนวันนัดหมายให้ หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลที่ยังคงมาครบตามนัดหมายทุกครั้งน้อยลงเพราะปัญหา เรื่องการเรียน เช่น วันนัดตรงกับวันที่สอบ ทำให้ไม่สามารถมาตามนัดได้ พบว่า ปัญหาดังกล่าวนี้ ทำให้บางรายน้ำหนักกลับเพิ่มขึ้นได้ แต่เพราะความเข้าใจที่มีมากขึ้น ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนคิดก่อนกินอาหารทุกครั้ง และการให้ความร่วมมือระหว่างเด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองจึงสามารถควบคุมน้ำหนักกลับลงมาได้ก่อนถึงวันที่แพทย์นัด

พฤติกรรมการกิน พบว่า ตลอดระเวลาในการเข้ารับการรักษา ทั้งเด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองระวังเรื่องปริมาณและชนิดของอาหารที่กินมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถมีปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เพราะมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ และ จากการที่สามารถลดน้ำหนักได้ จึงทำให้รู้สึกมีกำลังใจที่จะกระทำต่อ แต่ก็มีบางรายที่เริ่มรู้สึกเบื่อ อยากกินเพราะไม่ได้กินมานาน แต่ก็สามารถจัดการกับน้ำหนักได้ก่อนมาพบแพทย์

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3 เดือนนั้น บางรายที่เข้ามาเพราะอยากลดน้ำหนัก เมื่อได้ทราบวิธีการจึงทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีในการทำ ประกอบกับผู้ปกครองให้ความสนใจร่วมด้วย จึงเป็นแรงกระตุ้นให้ทำได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ออกกำลังกายน้อยกว่าที่แพทย์แนะนำ เพราะปัญหาเรื่องการเรียน การเดินทาง ทำให้ออกกำลังกายได้น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ และเวลาที่ใช้ออกกำลังกายประมาณ 20-60 นาที หลังจากนั้น พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายก่อน ทุกรายมีการออกกำลังกายลดน้อยลง เพราะเรียนหนักขึ้น ต้องเรียนพิเศษ รู้สึกเบื่อกับการออกกำลังกายแบบเดิม และการไม่มีเพื่อนออกอำลังกาย แต่เมื่อได้รับคำแนะนำและการกระตุ้นของแพทย์ ทำให้บางครอบครัวเริ่มกลับมาคอยกระตุ้น และดูแลเพิ่มมากขึ้น

2. กลุ่มที่ 2 น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ช่วง 1-3 เดือนแรก มีเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่มาครบตามที่นัดหมายทั้งหมด 5 ราย เพราะมีความตั้งใจและรู้สึกดีที่น้ำหนักลดลง ประกอบกับบางรายทางโรงเรียนสามารถให้ลาได้ จึงทำให้มาได้อย่างต่อเนื่อง แต่อีก 4 ราย ที่ขาดนัดไป 1 ครั้งในช่วง 3 เดือนแรกนั้น เพราะมีปัญหาเรื่องการเรียน ลาเรียนไม่ได้ ตรงกับวันสอบ และบางรายก็มีเหตุการณ์ที่ไม่ทราบล่วงหน้า คือ มีญาติเสียชีวิต ทำให้ต้องขาดนัดไป แต่หลังจากนั้น เด็กและวัยรุ่นอ้วนในกลุ่มนี้ที่ไม่มาพบแพทย์ตามที่นัดหมาย เพราะผู้ปกครองติดปัญหาเรื่องหน้าที่การงาน หรือน้ำหนักขึ้น และเรื่องการเรียน ทำให้ไม่ได้มาพบแพทย์ตามที่นัดหมาย

Copyright by Mahidol University

เรื่องพฤติกรรมการกิน พบว่า พฤติกรรมการกินในช่วงแรกที่นัดหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกินไปในทางที่ดีขึ้น เช่น จากที่กินแต่ของทอดของมัน ก็เปลี่ยนเป็นต้มแทน น้ำอัดลมน้ำหวานก็กินน้อยลง แต่หลังจากนั้นในการนัดหมายในครั้งต่อๆมา พฤติกรรมการกินอาหารส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำมากขึ้น เพราะเริ่มรู้สึก อดใจไม่ไหว เมื่อเห็นอาหารที่ชอบ หรือ เมื่อมีคนชวนชวน บางรายโรงเรียนปิดเทอมอยู่บ้านทั้งวัน ทำให้กินอาหารมากขึ้น เพราะน้ำหนักตัวที่ไม่ค่อยลดลง ทำให้ขาดกำลังใจในการทำต่อ มีบางรายที่กลับมาหลังจากพบแพทย์ก็จะควบคุมพฤติกรรมการกิน ทำได้แต่ในระยะไม่นาน ก็กลับปฏิบัติอย่างเดิม

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ในช่วง 1-3 เดือนนั้น จะไม่ค่อยเป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ คือ ออกกำลังกายแต่ไม่ทุกวัน และเวลาก็น้อยกว่า 40 นาที เพราะรู้สึกเหนื่อย มีเพียง 1 ราย ที่สามารถออกกำลังกายได้ทุกวัน เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ เพราะต้องการลดน้ำหนัก และกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อน แต่หลังจากนั้น พบว่า เด็กและวัยรุ่นอ้วนทุกรายไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างที่แพทย์แนะนำ เพราะเริ่มรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำ หรือถ้าออกกำลังกายก็จะไม่ได้ตามที่แพทย์แนะนำ เพราะ การบ้านมากขึ้น กลับมาเหนื่อย ประกอบกับการไม่มีเวลาดูแลของผู้ปกครอง ในการพาไปออกกำลังกายทำให้เด็กกลุ่มนี้เริ่มออกกำลังกายน้อยลง แต่เมื่อน้ำหนักที่ปรับเพิ่มขึ้นมาก จนรู้สึกเป็นกังวล ก็มีการปรับพฤติกรรมเพิ่มการออกกำลังกายมากขึ้น

3. กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่น้ำหนักขึ้น พฤติกรรมการมาตามนัด ส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้ พบว่าช่วง 3 เดือนแรกนั้น เด็กและวัยรุ่นอ้วนไม่สามารถมาพบแพทย์ตามที่นัดหมายได้ จำนวน 3 ราย เพราะปัญหาในเรื่องการศึกษา คือ ติดเรียน ติดสอบ ทำให้ไม่สามารถมาได้ และการนัดหมายในครั้งต่อๆมา เพราะน้ำหนักขึ้นมาก ทำให้รู้สึกอายเพื่อน และเกรงใจคุณหมอ จึงทำให้ไม่มาตามนัด มีเพียง 2 เท่านั้นที่สามารถมาตามนัดได้ เพราะผู้ปกครองต้องการให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนลดน้ำหนักได้

เรื่องพฤติกรรมการกิน พบว่า พฤติกรรมการกินตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมการลดและควบคุมน้ำหนักของนั้น ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่แพทย์แนะนำทั้งหมด เช่น บางรายใช้วิธีการอดอาหาร บางรายก็ซื้อขนมที่โรงเรียนทาน บางรายเริ่มดื้อเริ่มไม่เชื่อฟังและต่อรองมากขึ้น บางรายน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นทำให้หมดกำลังใจ ไม่อยากควบคุมต่อ รู้สึกหมดกำลังใจ ประกอบกับ โรงเรียนปิดเทอมบ้าง อยู่กับคนที่ตามใจไม่บังคับบ้าง

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ในช่วง 1-3 เดือนแรก มีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนเข้าร่วมโครงการมากขึ้น บางรายจากที่เล่นกีฬาเฉพาะวันที่มีกิจกรรมพละที่โรงเรียน มีเพียง1 รายเท่านั้น ที่สามารถออกกำลังกายได้ทุกวัน วันละ 40 นาทีขึ้นไป นอกนั้นมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามที่แพทย์ผู้ให้การรักษาแนะนำ แต่หลังจากนั้น พบว่า เด็กและวัยรุ่นอ้วนที่เคยออกกำลังกายได้

Copyright by Mahidol University

ตามที่แพทย์แนะนำก็ออกกำลังกายน้อยลงกว่า 1-3 เดือนแรก เพราะผู้ปกครองไม่มีเวลาคอยดูแลบ้าง เหนื่อย ขี้เกียจ ไม่มีเวลาเพราะต้องทำการบ้าน

การอภิปรายผล

1. ปัญหาภาพลักษณ์ความสวยงาม สุขภาพ และโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากภาวะอ้วนของครอบครัวทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนตัดสินใจรับการรักษา

โรคทางกรรมพันธุ์ที่เกิดจากภาวะอ้วนของครอบครัว เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันในเส้นเลือด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครอง เกิดการรับรู้ เชื่อ และรู้สึกว่าโอกาสมีเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆได้ การได้รับข้อมูลเรื่องโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น และหากภาวะอ้วนก่อให้เกิดปัญหาที่สร้างความรุนแรงมากกว่าความสวยงาม คือ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การปวดเข่า ปวดขา นอนกรน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dietz WH, 1998 :518-525 และ Styne DM (2001:823-854) ที่พบว่า การมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นนั้นก่อให้เกิดความผิดปกติของกระดูกและข้อได้ เด็กเคลื่อนไหวได้ลำบากจะทำให้เหนื่อยและออกกำลังกายได้น้อยลง และ ผลกระทบด้านจิตใจ เพราะรูปร่างที่อ้วนจะทำให้เสียบุคลิกภาพและเป็นที่ล้อเลียน ดังนั้นจึงทำให้เด็กอ้วนเกิดปมด้อยและมีความกดดันทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ ภาคธูป และรัชนีวรรณ รอส (2549) ที่พบว่า ความอ้วนส่งผลให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลำบาก เช่น หาเสื้อผ้าใส่ยาก ถูกล้อเลียน ทำให้เด็กที่เป็นโรคอ้วนรู้สึกเสียใจ ห่างเหินจากเพื่อน นอกจากนั้นยังทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดความรู้สึกไม่พอใจต่อรูปร่างของตนเอง ซึ่งกล่าวได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการและต้องการหลีกเลี่ยง นำไปสู่การกระทำในรูปแบบวิธีการต่างๆเพื่อลดและควบคุมน้ำหนักต่อไป

2. รูปแบบการกินของครอบครัว ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่นอ้วนได้

บางครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นอ้วนมีรูปแบบการกินที่ก่อให้เกิดภาวะอ้วน เช่น กินอาหารไม่พร้อมกัน ชวนกันกิน ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนมีโอกาสในการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล ศุภวรรธนะกุล และภัทรียา แก้วหนู (2545 : 7) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน สามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเภทดังนี้ หิวบ่อย (appetite drive) กินบ่อย

Copyright by Mahidol University

(frequent eating) กินเร็ว (fast eating) ชอบกินอาหารที่มีไขมันสูง (high fat preference) ชอบกินอาหารที่มีน้ำตาลสูง (high sugar preference) จะเห็นได้ว่า การรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง ลักษณะการบริโภคนิสัยและเก็บพลังงานส่วนเกิน ในรูปของไขมันสะสมอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย คือเหตุของการมีภาวะโภชนาการเกินทำให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานในร่างกาย เพราะจำนวนพลังงานจากอาหารที่ได้รับมากกว่าจำนวนพลังงานที่ใช้ ทำให้เกิดการสะสมจนเป็นภาวะอ้วนได้

3. แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาเกิดจากผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ของเด็กและวัยรุ่นอ้วน

การจัดการกับภาวะอ้วนที่เกิดขึ้นในระยะแรกก่อนเข้ารับการรักษาโครงการวิจัยฯของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นั้น พบว่า การที่ทั้งเด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองได้รับผลกระทบที่เกิดจากการมีภาวะอ้วน เช่น ทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดเข่า ปวดขา เพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น ความกังวลกับรูปร่าง ความสวยงาม เพราะหุ่นที่ใหญ่ขึ้นทำให้หาเสื้อผ้าใส่ยากขึ้น หรือใส่แล้วไม่สวย ไม่หล่อ บางครั้งภาวะอ้วนยังก่อในเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ เพราะภาวะอ้วนทำให้เสียบุคลิกภาพและเป็นที่ล้อเลียน ทำให้เด็กอ้วนเกิดปมด้อยและมีความกดดันทางจิตใจ เด็กอ้วนบางคนแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน มีปัญหาในการเข้าสังคม มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียน จากการศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในผู้ป่วยเด็กโรคอ้วน 26 ราย อายุ 10-15 ปี ที่มาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 27 มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มบำบัดที่เน้นให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักได้ดี โดยไม่สัมพันธ์กับเพศ ภาวะซึมเศร้า หรือความภาคภูมิใจในตนเอง (Hongsanguansri S et al. , 2003 :23-35) นอกจากนั้นการนอนกรน และความกังวลเรื่องความสูง เพราะได้รับทราบข้อมูลว่าการมีประจำเดือนมาเร็วกว่าที่ควร จะทำให้อัตราการเพิ่มความสูงน้อยลง เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วน ตัดสินใจเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่สามารถให้การรักษาได้ตามที่ต้องการ

4. ความเชื่อ และการมีทัศนคติทางโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความอ้วนในเด็กและวัยรุ่น

การควบคุมอาหารเป็นวิธีการลดความอ้วนที่สำคัญที่สุดและได้ผลดี แต่การมีทัศนคติทางโภชนาการที่ไม่ถูกต้องก็เป็นอุปสรรคทำให้การลดความอ้วนไม่ได้ผล ดังการศึกษาของวิศาล เยาวพงศ์ศิริ (2523:33) ที่พบว่า คนทั่วไปมักจะเชื่อว่า การกินอาหารไขมันเท่านั้นจึงจะทำให้อ้วน หรือบางคนคิดว่าถ้าไม่กินข้าวและกินแต่ผลไม้ก็จะลดความอ้วนได้เท่ากัน เพราะการที่ผู้ให้ข้อมูลจะมีภาวะอ้วนได้

Copyright by Mahidol University

ง่ายนั้น มาจากพฤติกรรมการกินและนิสัยการกินของผู้ให้ข้อมูล พฤติกรรมการออกกำลังกาย และลักษณะการเลี้ยงดู (กิจติยา รัตนมณี 2547:2) เพราะการที่บิดา มารดา และผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสมในการซื้อหรือการประกอบอาหาร ก็จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่นกัน เพราะความรู้เป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และค่อนข้างถาวร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ 2536:16) การที่สมาชิกในครอบครัวมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อโรคอ้วน เช่น เชื่อว่า ภาวะอ้วนเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง แสดงถึงฐานะร่ำรวย อยู่ดีกินดี ดังการศึกษาของ คอร์นเนอร์ (1987: 77) ที่พบว่า คนในประเทศด้อยพัฒนา มักชอบให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน เนื่องจากจะแสดงถึงความอยู่ดีกินดี มีฐานะร่ำรวย ความสวยงาม ความเชื่อและค่านิยมดังกล่าวจึงถูกถ่ายทอดและส่งผลให้บิดา มารดา หรือ ผู้ใหญ่ในครอบครัวเลี้ยงดูบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวให้อ้วน เพราะความเชื่อจะเป็นการที่บุคคลยอมรับข้อมูลเท็จจริงต่างๆ ซึ่งความคิดของเขาอาจถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงก็ได้

5. ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วนของสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความกังวลจากอาการและปัญหาเพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น การมีปัจจัยเสี่ยงของครอบครัว เช่น ความดันสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ทำให้ผู้ปกครองแสวงหาข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงแหล่งและวิธีการรักษา รายละเอียดของโครงการวิจัย “ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน” ได้มาการแนะนำโดยแพทย์ ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ มาก่อน จากญาติพี่น้องซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศิริราช จากเพื่อน และจากครูประจำชั้น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุปผา ดำรงกิตติกุล (2533: 98) ที่พบว่า ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทต่อการให้คำแนะนำปรึกษา ในส่วนของการตัดสินใจลงความเห็นอาการของโรคเท้าช้าง และการประเมินความรุนแรงของอาการ รวมทั้งแนะนำวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาตามประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคตามที่เคยได้รับ เมื่อพบกับแพทย์ผู้ให้การรักษาในโครงการวิจัยฯ ได้รับข้อมูลและรายละเอียดของโรคอ้วน วิธีการและขั้นตอนต่างๆ ของของโครงการวิจัยฯ พบว่า เหตุผลที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองตัดสินใจเข้าร่วมการรักษา คือ ได้เรียนรู้วิธีการต่างๆเรื่องการลดน้ำหนัก ต้องการลดน้ำหนักเพราะต้องการให้ตนเองมีรูปร่างที่ดี การได้มีเพื่อน และความสะดวกในการเข้ารับบริการเพราะเป็นช่วงปิดเทอม ใกล้บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของภิญญภา เปลี่ยนบางช้างและคณะ (2548) ที่ศึกษาผลของโครงการ “หุ่น สวย สุขภาพดี” ต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก พบว่า เหตุผลสำคัญใน

Copyright by Mahidol University

การลดน้ำหนัก คือ เพื่อความคล่องตัว ร้อยละ 89.3 ความสวยงาม ร้อยละ 86.3 และเพื่อสุขภาพที่ดี ร้อยละ 84.7 ส่วนเหตุผลของผู้ปกครอง คือ ได้ทราบสถานะสุขภาพของลูก ต้องการให้ลูกมีสุขภาพที่ดีไม่เป็นโรค การได้ความรู้และวิธีการในการลดน้ำหนัก ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความสะดวกสบายและการเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่างๆทางสังคมที่มีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการ (Suchman 1965: 145-161 อ้างในนริสา ศรีลาชัย 2540 : 9)

6. พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย และพฤติกรรมมาตามนัด มีผลต่อการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นอ้วน

ผลจากการวิจัย ทำให้ทราบว่า กลุ่มที่น้ำหนักขึ้นนั้น จะเป็นกลุ่มที่เด็กและวัยรุ่นอ้วนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องของการควบคุมการกิน ต้องอาศัยผู้ปกครองในการควบคุมดูแลตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเองได้ เมื่อต้องเจอสิ่งเร้าทั้งที่บ้าน และโรงเรียนและการใช้วิธีการผิดๆในการปรับพฤติกรรมการกิน เช่น อดอาหาร แต่เด็กและวัยรุ่นอ้วนในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากนั้นสามารถควบคุมการกินของตนเองได้ เพราะแรงจูงใจเรื่องที่เกิดจากสุขภาพของร่างกายและความสวยงามของรูปร่าง เมื่อได้รับความรู้เรื่องอาหาร ชนิดและพลังงานของอาหารที่รับประทาน ทำให้รู้วิธีการและแนวทางในการลดและควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้อง ดังที่ เฮ้าส์ (House,1981 cited by Tilden, 1985:201) กล่าวว่า แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลข่างสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และการศึกษาของไวน์แมน (Wincmen 1980 อ้างในกรุณา ศิริบุญญา,2535:21 และสุภลักษณ์ บุญความดี, 2541:84) พบว่า คนที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักได้นั้น เป็นผลมาจากการคำนึงถึงภาพลักษณ์แห่งตน (body image) ซึ่งเป็นความคิดของบุคคลที่มีต่อรูปร่างทางด้านร่างกายของตนเอง และจากการศึกษาของแอลเลน (Allan,1989:657-675 อ้างในสุภลักษณ์ บุญความดี, 2541:84) พบว่า ลักษณะของบุคคลที่ใช้ในการทำนายความสำเร็จในการลดน้ำหนัก คือ มีความเชื่อในความสามารถของตน ความสนใจในร่างกายของตนเองและห่วงใยสุขภาพ

จากผลการวิจัยของพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ของเด็กและวัยรุ่นอ้วนทั้ง 3 กลุ่ม ในช่วง 1-3 เดือนแรกนั้น มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น แต่ในระยะเพียงไม่นาน พฤติกรรมการออกกำลังกายก็น้อยลงในทุกกลุ่ม แต่กลุ่มที่น้ำหนักขึ้นและกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอนั้น พบว่า มีบางช่วงที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ในขณะที่กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากนั้นมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องแม้นระยะหลังๆจะไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่แพทย์ผู้ให้การรักษาแนะนำ แต่พบว่า เมื่อไหร่ที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นเด็กและวัยรุ่นอ้วนในกลุ่มดังกล่าว จะมี

Copyright by Mahidol University

ความกระตือรือร้นเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก เช่น ใช้วิธีการการออกกำลังกายเผาผลาญพลังงานส่วนเกินที่เกิดจากการกิน ดังที่ เฮ้าส์ (House,1981 cited by Tilden, 1985:201) กล่าวว่า แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลข่างสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเป็นการตัดสินว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นการคาดหวังเป็นผลลัพธ์ของการออกกำลังกายจึงถือเป็นแรงขับเคลื่อนในการออกกำลังกายได้ (สมลักษณ์ ศุกระศร,2551:156) พบว่า สาเหตุที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนเหล่านี้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ นั้น เกิดจาก การเรียน การทำการบ้าน การเรียนพิเศษ ประกอบกับการไม่มีเพื่อนในการออกกำลังกาย การไม่มีพื้นที่และอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และบางรายยังคิดว่าการออกกำลังกายกลายเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ

พฤติกรรมการมาตามนัดหมาย ผลจากการวิจัย พบว่า ในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากและกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอนั้นทั้งเด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองต่างให้ความสำคัญกับการมาตามนัด เพราะรู้สึกว่าการมาพบแพทย์ตามนัดนั้นเป็นการกระตุ้นอย่างหนึ่งให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนมีพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับเมื่อเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่สามารถลดน้ำหนักได้ จะมีแรงจูงใจในที่เกิดจากการลดและควบคุมน้ำหนักได้ และการได้รับคำชมเชยจากแพทย์ผู้ให้การรักษาและเพื่อนในกลุ่ม ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน ดังที่ ไวส์ (Weiss, 1974 อ้างใน รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2548: 29) เพราะการที่บุคคลได้รับการยอมรับ ยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนลดลง ในการมาพบแพทย์ของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ในแต่ครั้งนั้นจะมีการติดตามพฤติกรรมต่างๆก่อนมา โดยการพูดคุย ซักถาม และจากสมุดบันทึกอาหาร พร้อมทั้งมีการให้คำแนะนำและวิธีการแก้ไข ซึ่งทำให้แพทย์สามารถสะท้อนภาพและป้อนกลับข้อมูลพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองได้ เพื่อให้สามารถนำไปปรับปรุงและแก้ไขได้ และการอำนวยความสะดวกในการมาพบแพทย์ โดยการโทรสอบถามล่วงหน้า เพื่อเปลี่ยนวันนัดให้ในกรณีที่เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองไม่สามารถมาได้ ถือเป็นการกระทำหนึ่งที่สนับสนุนให้เกิดเกิดประสิทธิภาพและประโยชน์ต่อเด็กและวัยรุ่นอ้วนได้

Copyright by Mahidol University

7. ปัจจัยและเงื่อนไขในการลดและควบคุมน้ำหนัก

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยและเงื่อนไขที่ผลต่อพฤติกรรมการจัดการกับความอ้วน ขณะรับการรักษา ซึ่งทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนลดน้ำหนักได้หรือไม่ได้นั้น สามารถสรุปได้ 3 ประเด็นคือ ความรู้ แรงจูงใจ และอายุ ดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) และการรับรู้ (perceive) จากผลการวิจัย ในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากช่วง 1-3 เดือนแรกสามารถควบคุมพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง และมีการนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในการลดและควบคุมน้ำหนัก เมื่อพบว่าน้ำหนักของตนเองเพิ่มขึ้นในช่วงที่การนัดหมายมีระยะห่างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรเซนสต็อค (Rocenstock, 1974: 328-335) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบพื้นฐานระยะแรกของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือการการรับรู้ ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของกุลชลี ภุมรินทร์ (2535, บทคัดย่อ) ที่กล่าวว่า ความรู้เรื่องการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน และการศึกษาของ กอซแมน (Gochman, 1970: 69-73 ; Gochman, 1971: 148-154 ; Gochman, 1972: 285-293 ; Gochman, 1972: 282-288) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุและโรคต่างๆของเด็กวัยเรียนสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัย และการรับรู้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแต่ในกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอนั้น ความรู้ (knowledge) และการรับรู้ (perceive) ใช้ได้ในช่วง 1-3 เดือนแรกกับบางคนเท่านั้น แต่หลังนั้นเมื่อระยะของการนัดหมายห่างขึ้นเด็กและวัยรุ่นอ้วนจะกลับมาควบคุมตนเองได้ดีหลังจากพบแพทย์ได้ไม่นานเท่านั้น และในกลุ่มที่น้ำหนักขึ้นนั้น พบว่า ความรู้ (knowledge) และการรับรู้ (perceive) นั้นไม่มีผลต่อการควบคุมพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนัก

2. แรงจูงใจ (motivation) ที่เกิดน้ำหนักที่ลดลงได้ เพราะการที่จะสามารถลดและควบคุมน้ำหนักได้นั้น ย่อมต้องมีความตั้งใจที่แน่วแน่ ชัดเจน และมีความพยายามที่จะลดน้ำหนักได้ตามที่หวังไว้ ในทางกลับเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอและน้ำหนักขึ้นเมื่อขาดกำลังใจในการลดและควบคุมน้ำหนัก แม้จะใช้ยาหรือวิธีการใดก็ไม่สามารถที่จะลดน้ำหนักได้ หรือ หากจะลดได้ก็เพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งและสุดท้ายก็คือ การกลับมามีน้ำหนักที่เกินมาตรฐานเช่นเดิม เพราะไม่สามารถฝืนกับแรงผลักดันทางจิตใจกับสิ่งแวดล้อมที่เย้ายวนจากอาหารหรือวิถีการดำเนินชีวิตในรูปแบบเดิมๆได้ เพราะการที่ผู้ป่วยจะลดน้ำหนักได้มากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ป่วยด้วย (วิชัย ตันไพจิตร,2530:29 อ้างในสุภลักษณ์ บุญความดี, 2541:37) กล่าวว่า การสร้างแรงจูงใจในตัวเอง เมื่อมีการตั้งเป้าหมายของการลดน้ำหนักของตนเองร่วมกับแพทย์

Copyright by Mahidol University

ผู้รักษาไว้ในระยะเวลาเท่าใด ถ้าสามารถลดน้ำหนักได้ตามที่ตั้งใจไว้ก็จะเกิดความภูมิใจ และมีแรงจูงใจในการลดน้ำหนักต่อไป ในรายที่สามารถลดน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามที่กำหนดไว้กับแพทย์ผู้รักษา จะเป็นเด็กที่มีความเข้มแข็งของจิตใจค่อนข้างสูง มุ่งมั่นในเป้าหมายของตนเอง แม้นบางครั้งต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย อาจมีการเผลอไปบ้าง แต่เด็กกลุ่มดังกล่าว ก็จะต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้น้ำหนักของตนเองกลับมาลดลงเหมือนเดิม เช่น การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเพื่อเผาผลาญพลังงานส่วนเกินที่กินเข้าไป ประกอบกับการที่ผู้ปกครองต่างก็ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางกลับกันเด็กและวัยรุ่นที่น้ำหนักขึ้นๆลงๆหรือน้ำหนักขึ้นตลอดนั้น จะเป็นเด็กที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งเรื่องการควบคุมการกิน และการออกกำลังกายค่อนข้างมาก เมื่อผู้ปกครองไม่มีเวลาในการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เด็กและวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เพราะเกิดความรู้สึกเบื่อ เหนื่อย ไม่มีกำลังใจในการลดและควบคุมน้ำหนักต่อ

3. อายุ จากผลการวิจัย พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก คือ14.1$\pm$1.58 ปี กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ คือ 12.3$\pm$1.25 ปี และกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น คือ 11.8$\pm$1.69 ปี เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ one-way ANOVA และใช้ Tukey ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงซ้อน พบว่า ในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมากอายุเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value $<$ 0.05) กับอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ และอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พีเจียน (Pidgeon 1985: 32-33) กล่าวว่ามโนทัศน์ด้านความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วยพัฒนาขึ้นตามอายุ และการศึกษาของเรเดียส และคณะ (Radis et al. 1980: 229) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กนักเรียน อายุ 6-17 ปี โดยใช้แบบแผนความเชื่อของ เบคเกอร์ พบว่า ระดับความเชื่อจะสูงขึ้นตามอายุเช่นกัน

3. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

4.1 ครอบครัว พบว่า ในกลุ่มที่สามารถน้ำหนักลดลงได้มากนั้น ผู้ปกครองให้ความสนใจดูแลและต่อเนื่องมากกว่า กลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอและกลุ่มที่น้ำหนักขึ้นนั้น ซึ่งพบว่า มักครอบครัวที่ค่อนข้างเลี้ยงลูกแบบตามใจ ไม่ค่อยมีเวลาดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย จากการศึกษาของนิตยา ตั้งชูรัตน์ (2526 อ้างในสมทรง สมควรเหตุ, 2541 : 20–21) พบว่า ครอบครัว มีผลต่อภาวะอ้วนเป็นอย่างมาก เช่น ความอุดมสมบูรณ์ของอาหารมีความเจริญทางอุตสาหกรรมอาหารที่สามารถจัดซื้อได้ง่ายและมีให้เลือกมากมาย มีรูปแบบการบริการในรูปต่าง ๆ ซึ่งเป็นแรงยั่วยุให้มีการบริโภคมากขึ้น นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในครอบครัวก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยเฉพาะครอบครัวที่อาศัยอยู่

Copyright by Mahidol University

รวมกันจะมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ถ้าพ่อแม่ชอบอาหารที่มีไขมัน ลูกก็จะมีแนวโน้มที่จะชอบอาหารไขมันด้วย ดังนั้นการที่บิดา มารดา หรือคนอื่นๆในครอบครัวให้ความร่วมมือ และปฏิบัติในทางเดียวกัน กินก็กินอาหารอย่างเดียวกันไม่แบ่งแยก ร่วมปฏิบัติในสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลที่ใจยังไม่แข็งพอ สามารถปฏิบัติ เรื่องอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น เพราะในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีนั้น เป็นกลุ่มที่ทุกคนในครอบครัวจะช่วยเหลือ คอยกระตุ้นและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ เพราะการได้รับกำลังใจจากบิดามารดา และญาติพี่น้อง จะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้มีกำลังใจและความตั้งใจที่ต่อเนื่องในการลดน้ำหนักได้

4.2 เพื่อน พบว่า เพื่อนจะเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องการกินและการออกกำลังกายได้ เช่น เพื่อนชวนกิน หรือการที่มีเพื่อนออกกำลังกายด้วยทำให้ได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพราะเด็กและวัยรุ่นอ้วนในกลุ่มที่ไม่สม่ำเสมอและน้ำหนักขึ้นนั้น บางรายกลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่ชอบชวนไปกินอาหารที่มันๆทอด หรือขนม ดังนั้นจะเป็นการกระทำที่ยากมากสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ต้องอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ชวนกันกินตลอดเวลา แต่ในบางรายที่ลดน้ำหนักได้ดีนั้น ส่วนหนึ่งก็มาจากกลุ่มเพื่อนที่คอยสนับสนุนและคอยห้ามเวลาอยากทานขนม หรืออาหารที่ไม่ควรทาน ก็จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถควบคุมการกินเมื่ออยู่นอกบ้านได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา อรรถกฤษณ์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำของนักเรียนวัยรุ่นในเขตเมือง พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำของนักเรียน คือ แรงจูงใจจากเพื่อน และการศึกษาของ จริยา วิรุฬราช (2547) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ตัวชี้แนะการกระทำ ได้แก่ การรับรู้อิทธิพลจากเพื่อน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

1. ระยะเวลาในการนัดหมายควรไม่เกิน 1-2 เดือนเพราะการนัดหมายที่ห่างขึ้นในช่วงหลังของโครงการวิจัยฯ พบว่า ในกลุ่มที่น้ำหนักไม่สม่ำเสมอและน้ำหนักขึ้นนั้นเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้ด้วยตนเองในทุกครั้ง ต้องอาศัยการควบคุม

Copyright by Mahidol University

จากภายนอก เช่น ผู้ปกครอง เพื่อน และแพทย์ผู้ให้การรักษา ซึ่งพบว่า หากมีระยะเวลาในการนัดหมายถี่เหมือนกับช่วง 1-3 เดือนแรกนั้น จะทำให้เด็กและวัยรุ่นสามารถควบคุมพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้อีกทางหนึ่ง

2. เพิ่มการให้ความรู้ทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นอ้วนและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องในรายที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักได้ ก็จะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะทำให้เด็กและวัยรุ่นอ้วนและผู้ปกครองสามารถควบคุมพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อค้นพบการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนและกลุ่มเพื่อน มีผลต่อพฤติกรรมการลดและควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ดังนั้นควรมีการควบคุมและป้องกันโรคอ้วน ก่อนที่เด็กและวัยรุ่นเหล่านั้นจะมีปัญหาเกิดขึ้น โรงเรียนเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญมากในการแก้ไขปัญหานี้ เพราะส่วนใหญ่เด็กใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนและรับประทานอาหารหลักมื้อเที่ยงและอาหารว่าง ที่โรงเรียน บางคนก็รับประทานมื้อเช้าที่โรงเรียน หรือถ้าเป็นโรงเรียนประจำ ก็ต้องกินนอนที่โรงเรียนตลอดเวลา ดังนั้นครูและโรงเรียนจึงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กได้ สามารถทำได้ดังนี้

1.1 การงดขายน้ำหวาน น้ำอัดลม หรือสร้างมาตรการที่เหมาะสมเรื่องน้ำดื่มในโรงเรียน

1.2 การขายอาหาร โดยเน้นผักและผลไม้ ลดอาหารทอดๆ มันๆ

1.3 งดการขายขนมกรุบกรอบ และกำหนดชนิดและคุณภาพของขนมที่จำหน่ายในโรงเรียน

1.4 ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น หรือเพิ่มเวลาในชั่วโมงของการเรียนวิชาพละ

2. การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า เด็กและวัยรุ่นอ้วนที่ไม่สามารถลดและควบคุมน้ำหนักตนเองได้นั้น จะเป็นเด็กที่มีลักษณะการพึ่งพิงผู้อื่นสูง โดยเฉพาะผู้ปกครอง ดังนั้น การศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มผู้ปกครอง เพื่อหาวิธีการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมดูแลกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอ้วนที่มีลักษณะพฤติกรรมพึ่งพิงผู้อื่นสูง โดยจัดเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ คำแนะนำ และแนวทางในการปฏิบัติ

3. เพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องการระบบการเลี้ยงดูของครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นอ้วน ที่เกิดจากการมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องด้านโภชนาการ เพื่อนำมาปรับเป็นรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมแก่เด็กและวัยรุ่นอ้วนที่มีปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Copyright by Mahidol University

WEIGHT CONTROL BEHAVIORS AMONG OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS AT SIRIRAJ HOSPITAL

SUNETRA NUNLOI 4836103 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DR. PRASIT LEERAPUN, Ph.D., LUKKHANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D., JEERUNDA SUNTIPRAPOP, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

The World Health Organization has estimated that in the year 2005 at least 300 millions of the population were being obese, of whom, 17.6 million were children under 5 years old (WHO, 2004) and 30 percent of the obese children will tend to be obese adults who will have a short life-expectation (Marilyn, 1992: 285-286). According to the survey of children in Thailand in 2001, 8.2 percent of the children aged 2-18 years were found to be obese while 8.6 percent were found in the children aged 13-18 years and 8.2 percent were found in the children under 3 years old (Ladda Mohsuwan et al., 2005). The factors that were found leading to obesity among children were the technological and academic developments including the changes of lifestyles and undesirable behaviors. For example, people prefer to consume foods that are easily accessible and convenient to get, e.g. fast food (Praneet Phongpaew, editor, 1996: 23); coupled with being inactive due to spending most their time studying, working, or traveling during congested traffic time, and no awareness of the significance and benefits of exercise. These factors caused most of the adolescent to dislike exercise.

Copyright by Mahidol University

Obesity among children has many impacts as well as various complications that are as severe as in obese adults, for example diabetes mellitus, heart disease, cerebrovascular diseases, obstructive sleep apnea (Wichai Tunpaichit, 1996). According to the data of the Ministry of Public Health, it was found that coronary heart disease ranked first among three leading causes of death among Thai people. During the past 5 years, the number of patients with coronary heart disease who were hospitalized has increased 3-17 times whereas in 2003, the number of deaths due to this disease was as high as 40,092 cases, or 5 cases per hour.

The pilot study made with 125 obese children and adolescents who received the treatment at the Department of Endocrine Gland and Metabolism during July 1, 2002-August 31, 2006, showed that; there were 66 males and 59 females with the mean age of 11.6+2.5 years; mean weight of 80+24.7 kilograms, and the mean Body Mass Index of 33.5+7.1 kilogram/metri2. Four of the samples had diabetes, 33 cases had high cholesterol, 45 cases had metabolic syndrome, and 25 cases had obstructive sleep apnea (OSA). The results of the follow-up medical treatment found that 64 cases (50%) have participated in the treatment continuously and shown improvement (Dr. Paitoon Kapin, 2006). This finding revealed that the patients who participated in the treatment continuously had better chances of accomplishing their goal. The treatment for obesity consisted of educating children and their guardians, control of food-intake, regular exercise, and proper daily-life behaviors including providing psychological support and assistance from family members. Since continuous treatment is needed for a lengthy period of time, patients therefore need to get the proper treatment and followed up regularly.

From the aforementioned reasons, the researcher was interested in studying obese children and adolescents who received treatment at this clinic with the goal to understand thoroughly the thoughts, decision-making processes, and the factors affecting weight control behaviors of these obese children and adolescents. Therefore the results will be extremely useful in improving the health education program for the weight control treatment system in order to help lead to better outcomes and ultimately for these obese children and adolescents to learn and change their behaviors for weight loss effectively.

Copyright by Mahidol University

Research Objectives

1. To study health service seeking behaviors of obese children and adolescents before getting the treatment at Siriraj Hospital.

2. To study weight control behaviors of obese children and adolescents in accordance with the treatment system in Siriraj Hospital.

3. To study the factors influencing the weight control of the obese children and adolescents who receive the treatment at Siriraj Hospital in the group that could control weight successfully, the group with irregular weight, and the group that gained weight.

Scope of the Research

1. This research was carried on with the obese children and adolescents, who participated in the Weight Control Program of Siriraj Hospital and aged between 8-18 years.

2. This research was carried on with the obese children and adolescents who participated in the Weight Control Program of Siriraj Hospital where the study concentrated on the development of thinking processes, weight control behaviors in accordance with the treatment system of the Weight Control Program at Siriraj Hospital, and other weight control behaviors. These include the factors presented while performing weight control behaviors of the obese children and adolescents who were receiving treatment at Siriraj Hospital.

Research Design

Descriptive qualitative design was employed and in-depth interviews were given in order to collect data with the goal to help us understand thoroughly the situation and facts in accordance with the perspectives of the target group.

Copyright by Mahidol University

The Target Group and Study Area

The target group was the obese children and adolescents who participated in a Research Project on “Complications form Obesity and Treatment Outcomes among Obese Children and Adolescents”. This Research Project was aimed to assess complications in obese children and adolescents and the treatment outcomes. The participants have received the complication check-up as well as recommendations about appropriate weight control methods. The follow-up program has been done with the patients for one year. This Research Project has recruited the interested persons during October 2006-December 2009. The total of 129 obese children and adolescents were recruited, 69 females and 60 males. The activities of the program were concerned with organizing educational activities and group activities where the patients were divided into 25 groups in accordance with the appointment dates of the obese children and adolescents who went for treatment. For those who had appointment dates closer to others, they were grouped in the same group. There were 3-11 patients in each group. The treatment procedures composed of the 7 appointments as follows:

Appointment 1: This appointment was aimed to check complications from obesity of the obese children and adolescents. The participated patients were asked to come to the hospital with theirs parent/guardians and hospitalized for 3 days. During this period the children and their parents have received:

- Knowledge about obesity, complication, nutrition, and appropriate exercise by the doctor who gave the treatment and nutritionists.
- Before leaving the hospital, the doctor who provided treatment gave each patient a notebook for recording details about diet intake and exercise in which the patient were required to bring the notebooks for each appointment.
- The patients with complications will get treatment from specialists.

Copyright by Mahidol University

Appointment 2: (One month apart from 1st appointment)

The activities were as follows:

Morning Session (8.00-12.00 Hours)

- The obese children and adolescents were assessed in terms of their nutritional status (weighing body weight, measuring height, and waist-circumference).
- Organizing teaching / activities regarding obesity and complications including question-answer session in regard to obesity and complication.
- Assessing diet intake and exercise as recorded in their notebook.

Afternoon Session (13.30-15.00 Hours)

- Having the obese children and adolescents exercised at the Sport Building, 13th floor, Siriraj Hospital.

Appointment 3: (One month apart from the 2nd appointment)

Morning Session (8.00-12.00 Hours)

- The obese children and adolescents had a nutritional assessment (weighing body weight, measuring height and waist-circumference)
- Organizing teaching activities and exercise activities
- Assessing the diet intake and exercise as recorded in the notebook.

Afternoon Session (13.30-15.00 Hours)

- Having obese children and adolescents exercise at the Sport Building, 13th Floor, Siriraj Hospital.

Appointment 4 (One month apart from the 3rd appointment)

Morning Session (8.00-12.00 Hours)

- The obese children and adolescents had a nutritional assessment (weighing body weight, measuring height and waist circumference)
- Organizing teaching, activities about nutrition
- Assess diet intake and exercise as recorded in the notebook

Copyright by Mahidol University

Afternoon Session (13.30-15.00 Hours)

- Having the obese children and adolescents exercise at the Sports Building, 13th Floor, Siriraj Hospital

Appointment 5 (About 3 months apart from the 4th appointment)

Morning Session (8.00-12.00 Hours)

- The obese children and adolescents had a nutritional assessment (weighing body weight, measuring height and waist circumference)
- Measuring knowledge about weight control, nutrition, and exercise of the obese children and adolescents
- Assessing diet intake and exercise as recorded in the notebook

Afternoon Session (13.30-15.00 Hours)

- Having the obese children and adolescents exercised at the Sports Building, 13th Floor, Siriraj Hospital

Appointment 6 (3 months apart from the 5th appointment)

Morning Session (8.00-12.00 Hours)

- The obese children and the adolescents had a nutritional assessment (weighting body weight, measuring height and waist circumference)
- Organize teaching activities in order to assess the complications from obesity and using the participants who could successfully control their body weight become role models with the aim to encourage other obese participants and their guardians.

Afternoon Session (13.30-15.00 Hours)

- Having the obese children and adolescents exercised at the Sport Building, 13th Floor, Siriraj Hospital

Appointment 7 (About 3 mounts apart from the 6th appointment)

This is the last appointment.

Copyright by Mahidol University

Morning Session (7.00- 12.00 Hours)

- The obese children and adolescents had a nutritional assessment
- Assessing complications from obesity including checking blood sugar level, blood cholesterol, liver's function, etc.

Afternoon Session (13.30-15.00 Hours)

- The physician who provided the treatment informed the participants the results of blood tests and nutritional status

Note: Regarding teaching activities in the appointments 2, 3and 4, the activities could be alternate and in the appointments 5 and 6, the activities could also be alternate accordingly with physician's judgment.

Sources of Data

Informants and Inclusion Criteria

1. The obese children and adolescents who had participated in the Research Project on "Complications from Obesity and Treatment Outcomes Among Obese Children and Adolescents" at the Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital for 6 months and longer (participated in the activities of the Appointment 5 and more) but not longer than 3 months after having participated the last appointment (Appointment 7)

2. The guardians of the obese children and adolescents who met the criterion number 1.

3. The physicians who provided the treatment for the obese children and adolescents.

4. The patients who were willing to participate in the project by signing the consent forms.

Exclusion Criteria

1. The informants who could not keep the appointment or the researcher could not get in touch with.

Copyright by Mahidol University

2. Those who wanted to withdraw from the project.

The researcher has started collected the data since November 1, 2009. The screening of 129 informants has been made from the obese children and adolescents who participated in the Research Project on “Complications from Obesity and Treatment Outcomes Among Obese Children and Adolescents” at the Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. There were 79 cases that did not meet the Inclusion Criterion Number 1 (73 cases have participated in the appointment 7 for longer than 3 months and 6 cases have not participated in the Appointment 5). There were 5 cases who did not want to join the program, 14 cases felt that it was inconvenient to travel to Bangkok (lived in other provinces) and to be interviewed in the weekend (had to take a special tutoring course), 5 cases participated in the program irregularly, and 2 cases had issues with providing information due to short concentration levels. In result, there were a total of 24 cases selected.

Data Collection

The researcher submitted an official letter of Mahidol University to the Head, Department of Pediatrics in order to get permission for collecting data from the Case Record Forms (CRF). After permission was granted and the approval for carrying on the research was granted from the committee on the Research in the Human Subjects of Siriraj Hospital (Document Number 199/2552 (EC2)), the researcher met with the selected informants in order to ask their permission to provide information as well as to explain about the details of the research project. For the next meetings, the informants in accordance with what was convenient and comfortable for them determined the meeting places. An in-depth interview was made personally with the informants, and a telephone-interview was also made in case that the informants could not meet with the researcher and they were willing to give information through telephone.

Copyright by Mahidol University

Instruments used for Data Collection

The principal instrument was the researcher herself where the following activities were made ready to carry out the research:

1. Research methods. The researcher studied literature in regard to qualitative research. The book entitled "Science and Arts on Qualitative Research" of Chai Pothisita (2006) was studied by the researcher as well as practicing in-depth interviews in real life.

2. Contents about obesity. The related literature had been reviewed by the researcher in regard to obesity in children and adolescents, for example, pathology and epidemiology of obesity.

Other Research instruments:

1. Tape Recorder and Tapes. This instrument was used to record the information while carrying on in-depth interviews. Before recording, the interviewers must give permission and the researcher needs to inform them about keeping the information confidential.

2. In-depth Interview Guideline. The instrument was comprised of the question guidelines in regard to the main issues, which were checked by the experts. Open- ended questions were used in this guideline in order to make them easy for the informants to express their feeling and opinions freely.

3. Information in the Case Record Forms (CRF) of the sampled obese children and adolescents who participated in the weight Control Program of the Research Project at Siriraj Hospital.

Reliability Checking of the Data

Triangulation method was used to check the reliability of the data. The researcher checked the compatibility and reliability of the data collected by asking the same questions at different times with the goal to compare the consistency and the differences of the data collected each time. The informants were also asked to confirm the meanings of the preliminary analysis made by the researcher. In addition, the data

Copyright by Mahidol University

was checked with different data sources by asking additional information from health team members who provided care or were close to the informants.

Data Analysis

Preparing the Data for the Analysis. Each day after the data collection was finished, the researcher recorded the detailed information collected. The data from the tape records was transferred word-by-word on the day of the interview in order to avoid missing any data.

Filing the Data. In order to categorize and group the data, including the descriptive data, in order to collect the findings, analyze, and write the report, three types of the files were set up as follows:

1. General information file as regards to the samples' characteristics, places, etc.

2. Preliminary data analysis file. After finishing the data collection each day, the researchers studied the data and categorized the data with the aim to find the meaning and the relationship of the data including finding the missing information. If additional information was needed to be collected, the note about the information needed was made in order to collect the data in the next interview session.

3. Field file. This file was used for recording the steps and methods of data collection, working procedures, problems, and solutions made.

Types and Subcategories of the Data. There were two types of the data collected as follows:

1. Quantitative data.

1.1 Descriptive statistic. Studied aspects of basic population and social by using frequencys.

1.2 Age of data was analyzed by using the programmed computer SPSS for windows (version 11.5) and the statistics used were one - way ANOVA. Tukey analysis of variance was used for cluster data analysis.

Copyright by Mahidol University

2. Qualitative data. For the convenience of finding and analyzing the qualitative data, the researcher developed the summary analysis table basically on the sources of data in accordance with the questions, issues, decoding the tape recorder for data analysis and finally, the question guidelines for the additional data needed. The three stages of data analysis were set as follows:

2.1 First Stage. This stage was the analysis made during collecting data. After the researcher had collected enough data in accordance with the research objectives, the research did the preliminary data analysis. The conclusions were made as the guideline for furthering data analysis and finding additional data.

2.2 Second Stage. This stage was the analysis made after finishing data collection and additional data needed were collected.

2.3 Third Stage. This stage was made after getting all the completed data. The researcher analyzed the events collected, developed the system to find the relationship of the data and other episodes occurred in order to understand the behaviors studied.

Results

1. Lifestyles and Obesity Management of the Sampled Children and Adolescents

1.1 Development of the Obese Children and Adolescents: Consumption Behavior. The data from the interview made showed that food consumption behaviors of the obese children and adolescents were influenced by the factors from the following 2 sectors:

1. Family. It was found that the children, who were not nurtured by their families due to the following factors in regard to work, lack of appropriate knowledge and understanding about nutrition, obesity and complications. This situation led to the poor selection of foods and not strictly controlling their diet, coupled with the misconception and disbelief concerning the issues involving obesity. For example, “This child is growing up, the bodyweight will be lower automatically”; “I think that it does not matter when you grow

Copyright by Mahidol University

up you will be taller and then thinner", etc. In addition, the family's food consumption patterns could also be conducive to poor food consumption behaviors. For example, not eating together at the same time, not consuming food punctually, persuading family members to eat too much, etc. These food consumption patterns caused children and adolescent to become obese because they ate greater amounts of food than the energy burned which leads to obesity.

2. School. Most of the foods available in schools composed of less vegetables, for example, rice cooked with chicken soup and chicken (Koaw-mun-kai), rice with fried pork with Thai basils and over-easy egg, chicken curry, tofu with fried meet and vegetable, fried chicken French- fried, sweeten beverages, soda beverages, crispy snacks, etc. In some schools, there were no time limits for purchasing these foods, so the obese children could buy food at anytime. Another factor included having friends persuade them to eat.

Exercise Behavior. It was found that less exercise behavior or utilizing less energy in daily life was one factor that caused obesity among children and adolescents. Less exercise behavior occurred due to many reasons, for example, children did not like to, and did not have time to exercise, or they had to do homework or participate in special tutorial courses, etc. Some obese children and adolescents put more emphasis on their studies, preferred to socialize with friends, or focused on the entrance exams for university, etc., rather than their health. In addition, most of their time was spent on travel and study, etc. and therefore they did not think that exercise was an important activity.

1.2 Perception and Acceptance of Obesity. The samples' guardians noticed that their children were obese or had a higher bodyweight compared to other children of the same age. It was found that the guardians perceived their children as obese by recognizing their own body weight and body shape as well as their food consumption behaviors. Most of the obese children and adolescents were found to consume more food. Their increased body weight and bigger body structure made their guardians notice and perceive their children as being obese. Regarding the acceptance of obesity among obese children and adolescents, it was found to be different from their guardians, which could be divided into five patterns. Firstly, the

Copyright by Mahidol University

problems concerning body shape and beauty due to obesity, including difficulty finding the appropriate size of clothing and their feeling that those clothes did not make them look intelligent or beautiful. In addition, they had to change the size of their clothes frequently, which was difficult. Secondly, health problems, due to the increased body weight, they had pains in their knees and legs while they walking or running. Therefore they did not exercise and felt tired why exercising. Thirdly, problems about body shape, beauty, and physical health, it was difficult for them to find the right size of clothing. In regard to their physical body, there were found to snore heavily, have skin discolorations on the neck, become easily tired, be inactive, fall sick often, etc. Fourthly, concerning body shape, beauty, and psychological impacts, these problems were due to their bigger body size compared to other classmates. They felt uncomfortable and resulted in being teased or bullied. Fifthly, problems concerning body shape, beauty, physical health problems, and the psychological impact, occurred due to the fact that they had a bigger body. When they had to exercise they are were easily tired and performed activities slowly coupled with being teased contributed to the issues of self-image and low self-esteem.

2. Obesity Management Behavior after Accepting that Obesity was a Problem

The data regarding obesity management behaviors after the samples accepted that obesity was a problem were collected through interviews. It showed that each family had their own management methods to solve their problems caused by obesity. Five management methods used were presented as follows:

2.1 Informing, reminding or forbidding by words of mouth. This was found among the obese children and adolescents whose guardians did not have time to take care of their children due to their responsibilities at work and worrying about the safety and expenses of controlling their weight. Therefore, when the guardians started to acknowledge that their children were obese, the modification of food consumption behavior was the first thing they did. But, because they did not have time to take close care all they could do was remind, inform or forbid them of their eating habits. This only occurred when they were eating together or when they felt that their obese children had gained additional weight.

Copyright by Mahidol University

2.2 Informing, reminding or forbidding and diet control. It was found that due to the increase in body weight among obese children and adolescents, they had to purchase new clothes for their children frequently. Past nurturing pattern of these children has formed their food consumption behaviors that caused them to be obese. So when they eat together, the guardians tried to control the quantity and types of food consumption of their children.

2.3 Informing, reminding or forbidding, diet control, and exercise. These methods were mostly found among obese children and adolescents after they acknowledged and accepted that they were obese. Because of bigger body size, it caused them problems in finding the right size of clothing and some of them had health problems. Some health issues included, having leg pains, knee pains, etc. Some of the samples had psychological impacts, for example, crying when their friends teased them and when their friends did not play with them, etc. In addition, their guardians reminded and forbade their children about excessive food consumption and food intake control. They used to take their children to exercise but the obese children and adolescents quit exercising because their family members had different beliefs and opinions, experienced feelings of pity and did not want to force their children, or did not have time to take their children to exercise at Siriraj hospital. These situations made the obese children and adolescents unable to carry out the proper weight control behaviors.

2.4 Getting treatment from a hospital. The reason for getting treatment at a hospital was due to their increased body size and that they were facing problems purchasing new clothes as well as worrying about body shape and image. These situations made their guardians decide to seek medical treatment. The guardians could not control their children’s weight-control behaviors and they were not knowledgeable about nutrition and did not seek the help of a nutritionist who could have made suggestions about food consumption. In addition, the physician who provided treatment was very strict because the obese children and adolescents continuously gained weight. In result some patients stopped receiving medical treatment.

Copyright by Mahidol University

2.5 Getting treatment from the hospital, and control of diet intake along with exercise, and the feeling that obesity caused health problems. The following problems found were: difficulty in finding the appropriate size of clothing, early menstruation, etc. Due to their concerns, they decided to seek treatment at the hospital but after wards they were not allowed to continue the treatment because of their inability to control their weight or participate in the program regularly. Therefore, the guardians attempted to manage the obesity problems by using self-control methods but were unsuccessful.

3. Obesity Management Behaviors While Receiving Treatment

3.1 Making the decision and reasons for seeking treatment in the Research Project on "Complications from Obesity and Treatment Outcomes Among Obese Children and Adolescents" at the Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine. Worry, including having family members with obesity, diabetes, hypertension, coronary heart disease, and other physical and mental health problems. After they accepted that they were obese, each family managed to have different methods to cope with the eating problems. Due to the difficulty in controlling behaviors of the obese informants like performing compliance behaviors for only a short period of time, they eventually quitted. One reason for quitting was the lack of cooperation from the obese children and adolescents, guardians, and other family members. The guardians did not have time to monitor their children's food consumption and exercise routines. The sources of information and the reasons for the obese children and adolescents to choose the treatment with the Weight Control Program at Siriraj Hospital could be grouped as follows:

3.1.1 Recommendations from Physicians. Some of the sampled obese children and adolescents had received medical treatment of their concomitant diseases at Siriraj Hospital and due to the increase of body weight every year, their physicians recommended that they participate in this Weight Control Program. Some of the samples had other health problems like early menstruation, etc. and because they were overweight, their physicians referred them to this project.

3.1.2 Recommendations from others. Some families were at high risk to some diseases, for example, hypertension, heart disease, high blood

Copyright by Mahidol University

cholesterol, etc. Therefore they had concerns about their children's increasing body weight and inability to control their body weight. They in result tried to seek information about treatment from various sources, for example, asking those who had taken their children to participate in this program, asking information from their relatives or friends who worked in Siriraj Hospital, and acquiring information from classroom teachers.

3.1.3 Younger sister was hospitalized. One sampled informant indicated that when he visited his younger sister who received medical treatment at Siriraj Hospital, the physician who took care of his sister recommended that he participate in the Weight Control Program.

3.2 Obesity Management Behaviors

3.2.1 Group 1: Have a Good Level of Weight Loss. The findings showed that there were 7 cases of patients that kept all of their medical appointments during the first 1-3 months without any absences. These samples and their guardians were very interested and enthusiastic about the program. They believed that keeping their appointments and participating in the program was a motivator for both the obese children and adolescents and their guardians. In addition, the physicians allowed them the flexibility to change their appointment dates in accordance with the informants' convenience. Some informants were able to keep some appointments due to the issues about their studies; for example, the appointment date was the same date as of their examination, etc. Because of this problem, some patients gained more weight. But, because of their increased understanding and knowledge about the concerns of obesity, the children and adolescents mentioned that they thought twice before consuming foods; and because of the cooperation of the children and their guardians, the sampled obese children and adolescents could lose weight before their appointment date.

In regard to food consumption behaviors, it was found that during the time that they participated in the treatment, both, the obese children and adolescents and their guardians were more conscious about the quantity and types of foods consumed than before participating in the Weight Control Program. They could perform appropriate food consumption behaviors continuously because of their intention to perform compliance behaviors as recommended by physicians. Because they could

Copyright by Mahidol University

control their weight effectively, they were encouraged to continue their compliance behaviors. There were some cases that the patients felt bored and wanted to eat more since they have not eaten what they craved for a long period of time. However, they could control their weight before their appointment dates.

Regarding exercise behaviors, it was found that during the 3-month exercise practices, because they wanted to loose weight, they were motivated to exercise. In addition, the guardians put a great deal of interest in this program that encouraged the informants to exercise continuously. For those who exercised less than the physician' recommendations due to their studies and time spent in transportation, they could exercise less than 3 times a week and for less than 20-60 minutes/time. All of the samples were found to exercise less because of their studies, for instance having to take special tutorial courses, being boring with the same methods of exercise, and the need to exercise with someone. But when they received recommendations and encouragement from physicians, some families have provided more encouragement and care for their obese children.

3.2.2 Group 2: Irregular Body Weight. The data analysis showed that during the first 1-3 months, there were 5 obese children and adolescents who had participated in the program completely, because of their intention and good feeling about their accomplishment in losing weight. Some samples indicated they were allowed by their teachers to quit classes for attending this program. Therefore they could attend the program continuously. However, there was 1 case that skipped one appointment during the first 3 months of the program due to a problem regarding an examination, unexpected important situations, for example, the death of relatives, etc. For those who could not keep appointment, it was found that their guardians could not take them to the clinic because their guardians had to work, and some of the samples gained weight and also had problems with their studies.

Regarding food consumption behaviors, better food consumption behaviors were found among the samples during the first period of the program. For example, changing eating habits such as consuming fried foods to boiled foods, consuming less soda beverages, etc. But after that period their food consumption behaviors did not coincide with the recommendations given by their physicians because they were too tempted when they

Copyright by Mahidol University

saw the foods they liked or could not control their eating habits when someone persuaded them. Some samples said that during school vacation they stayed at home all day so they consumed a greater deal of food. Because of their failure to lose weight, they were discouraged and failed to continue their compliance behaviors. Some samples mentioned that after seeing a physician, they could control their food consumption for some period of time but later on, they relapsed.

In regard to exercise behaviors, it was found that during the first 1-3 months the samples' exercise behaviors were not found to meet with the physicians' recommendations. This is because they did not exercise everyday and each time they did, it was less than 40 minutes because they were tired. Only one sample did maintain the recommended exercise routine because he wanted to lose weight and worried about the complications. But after that, all obese children and adolescents did not perform exercise behaviors correctly. The main reasons mentioned were: being bored, not wanting to do, could not do as recommended, having a lot of homework, being tired from school, and their parents did not have the time to take them to the clinic. Even though they did not practice exercise regularly, when they gained weight they ultimately should have tried to exercise more.

3.2.3 Group 3: Those Who Gained Weight. In regard to keeping medical appointments, it was found that 3 of the obese children and adolescents could not keep their appointments due to issues with their study, having to take special classes or to take an examination. For the next appointments they did not come because of their increased body weight and felt ashamed or embarrassed in front of their friends and the physicians and therefore did not come to the clinic. There were only 2 samples that kept all their appointments because their guardians had a great desire for them to lose weight.

In regard to food consumption behaviors, it was found that this group could not perform all the compliance behaviors in regard to food consumption. For example, some cases fasted, some bought snacks at school, some did not want to follow the recommendations and tried to negotiate, some had gained weight and felt discouraged and in result did not want to control their weight. In addition during

Copyright by Mahidol University

school vacations they stayed home and consumed a greater amount of food and some groups were often times surrounded by people who allowed them to eat a great deal.

Regarding exercise behavior, it was found that exercise behavior of this group has changed a lot during the first 1-3 months. Besides taking physical education classes at schools, there was only one case that exercised everyday, 40 minute and longer, the rest exercised more intensively, but did not follow the exact recommendations of physicians. After the first 1-3 months, the obese group who used to exercise regularly as recommended by physicians, exercised less than during the first 1-3 months. This was due to the fact that the guardians did not have the time to take care of them and the obese children were tired, lazy, and did not have time due to much homework.

Discussions

1. Problem about Image, Beauty, Health, and Heredity of the Family that Made Family and Obese Children and Adolescents Decided to Get Treatment

In the hereditary factors that cause obesity, for example, diabetes, hypertension, high blood cholesterol, etc. It is necessary for that they understand that they are more susceptible to getting those diseases. Receiving information about obesity and its complications helped the informants know about the dangers that may occur. In addition, they also were aware that obesity caused many severe problems beyond image that include physical health problems, for example, pain of knees and legs, snore, etc. This finding was supported by the studies of Dietz WH (1998: 518-525) and Styne DM (2001: 823-854) who found that increased body weight produced abnormality of bones and joints which caused difficulty in moving among obese children which made them tired easily while exercising. Obesity also affected the mental health of obese children and adolescents since it correlates directly with their own image and self-confidence and in addition were teased or bullied by other children. Therefore these obese children and adolescents often times have an inferiority complex as well as depression. This finding was supported by the study of Maneesatna Parkthoop and Ruchaneewan Ross (2006). They both found that obesity caused difficulty in daily living, for example, difficulty in finding appropriate sizes of clothing and

Copyright by Mahidol University

being teased regularly, etc. This situation made obese children feel sad, discriminated against, have a lack of self-confidence, and a general unsatisfactory feeling about their own body shape. It could be said that perceived susceptibility of getting this disease along with the perceived severity of the disease made the guardians and informants more aware of the threats and more knowledgeable on the affects of the disease. Therefore the informants tried a variety of methods to lower and control their body weight.

2. Food Consumption Patterns of the Family That Caused Obese Children and Adolescents to Lose Control of Their Food Consumption Behaviors

Some families of the obese children and adolescents had food consumption behaviors that led to obesity; for example, not eating together at the same time, persuading family members to eat, etc. Therefore, the obese children and adolescents had a greater chance to eat more. This finding is similar to the study of Narumon Supawattanakul and Pattareeya Kaewnoo (2002:7) who stated that obesity-related food consumption behaviors can be categorized into 5 groups-appetite drive, frequent eating, fast eating, high-fat food preference, and high sugar preference. We can see that consuming high calorie foods, food consumption habits, and the deposit of extra fat to various parts of the body, are various causes of malnutrition which leads to weight gain. If the level of food consumption outweighs the amount of energy burned, it turns into fat that leads to obesity.

3. Motivation to Seek Treatment of the Impacts of the Physical and Mental Health of Obese Children and Adolescents

In regard to the obesity management methods used during the first period before receiving treatment from the Research Project at Siriraj Hospital, it was found that the impacts of obesity and the physical health problems found among obese children and adolescents included pain of the knees, legs, etc. Their concerns were about their body shape, image, and finding the appropriate sizes of clothing. Sometimes they were not satisfied with their bodies that affected their mental health. For example, obesity can lead to personality disorders or low self-esteem that can lead to bullying and teasing; ultimately these feelings of inferiority can cause psychological depression. Some obese children may withdraw from their friends, have problems

Copyright by Mahidol University

participating in social activities, and have behavioral and study problems. According to the study of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, which studie 26 obese children aged 10-15 years old; group therapy was used to solve the obesity problem. It was found that 27 percent of the patients were found to have mental depression. The group therapy provided the knowledge and behavioral motivation to help these patients lose weight effectively. However, this effectiveness did not relate to sex, mental depress or self-esteem (Hongsanguansri S et al., 2003: 23-35). In addition, among obese children, they had various worries such as snore loudly and issues with their height because they were informed that early menstruation could affect their growth spurt. Therefore they decided to get treatment at Siriraj Hospital in order to avoid these issues.

4. Misbeliefs and Negative Attitudes toward Nutrition That Caused Obesity among Children and Adolescents

Diet control is the most important and effective method to reduce body weight. But having negative attitudes toward nutrition could also be the obstacle of weight loss. According to the study of Wisarn Yawapongsiri (1990:33), who found that generally people believed that only consuming fatty foods caused obesity or some people thought that no consumption of rice and only fruits could help to lose weight. On the contrary, obesity was caused by food consumption behaviors and habits, exercise, and nurturing characteristics (Kijtiya Ratanamanee, 2004:2). If parents or guardians lacked appropriate knowledge about buying or preparing foods, the informants may consume unhealthy foods since knowledge is the foundation for behavioral change and changed behaviors are usually the permanent (Prapapen Suwan and Swing Suwan, 19993:16). Having misconceptions on obesity of family members, for example, “Obesity is the sign of being healthy”, “Obesity is the symbol of wealthy and good nutritional status”, etc., may lead to children’s obesity. According to the study of Corner (1987: 77), people in underdeveloped countries are more likely to be overweight because it is evidence of good and rich lifestyles. Those beliefs and misconceptions caused parents and adults in families to unconsciously aid in their child’s weight gain, which will lead to obesity. In general, what people believe are often times different from scientific facts and data.

Copyright by Mahidol University

5. Family and Social Networks that Affected Decision Making to Get Treatment in the Research Project on "Complications from Obesity and Treatment Outcomes Among Obese Children and Adolescents" at the Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine.

The worries of guardians about the risks from increased body weight include hypertension, high blood cholesterol, etc., made them seek information in order to solve any health problems, and research treatments methods, etc. The information of the Research Project on "Complications of Obesity and Treatment Outcomes among Obese Children and Adolescents" received were from the physicians, the guardians of obese children and adolescents who have ever participated in this research project, and from relatives of Siriraj Hospital personnel, friends, classroom teachers. This finding was supported by the study of Boobpha Dumrongkittikul (1990: 98) who found that family and social networks play an important role in providing counseling, decision-making on opinions concerning filariasis (Elephant Leg disease) and the assessment of its severity including the suggestions about treatment methods or sources for the treatment in accordance with their past experiences on the disease. When the guardians met with the physicians who provided treatment in the Research Project, they received detailed knowledge about obesity, and treatments methods and procedures specific to the research project. It was found that obese children and adolescents and their guardians decided to seek treatment at Siriraj hospital because: they learned about various methods for losing weight; had a desire to losing weight because they wanted to be in good shape; wanted to meet and make new friends; and it was a convenient service because it took place during school vacation and the hospital was close to their houses. This finding was supported with the study of Pinyupha Plienbangchang et al. (2006) who studied the effects of the project on "Beautiful Shape and Good Health" on weight loss. It was found that the important reasons for weight loss were: body flexibility (89.3%), beauty (86.3%), and health (84.7%). Among the guardians, the reasons were: knowing about the health status of their children; desire to help their children be healthy; receiving knowledge about weight control methods; cost of the treatment; convenience and access to service; and influences of various groups on selecting the necessary services (Suchman, 1965:145-161 cited in Narisa Srilachai, 1996:9).

Copyright by Mahidol University

6. The Effect of Behavior Regarding Food Consumption, Exercise, and Keep Appointment on Weight Control among Obese Children and Adolescents

The research results showed the samples who gained weight were the obese children and adolescents who could not control themselves in regards to food consumption. They were dependent on their guardians for self-control at all times whenever were tempted to eat at home and at school. They used improper methods for modifying their food consumption behaviors, for example, fasting, etc. But among the obese children and adolescents who could control their body weight effectively, they could also control their food consumption behaviors. This ability was due to their motivation derived from physical health, beauty, and concern about their body shape. When they gained knowledge about nutrition in regard to the types of foods and energy from the foods consumed, they knew methods and guidelines for effective control of body weight. House (1981 cited in Tiden, 1985:201) indicated that the providing support information like giving suggestions, direction, guidelines, etc., enabled people to solve their own eating problems. According to the studies of Wineman (1980 cited in Karuna Siribunya, 1992: 21) and Supaluk Boonkuamdee, 1998:84), people who could control their weight effectively were those who were concerned with his/her body image and opinions on his/her physical shape. The study of Allen (1989: 657-675 cited in Supaluk Boonkuamdee, 1998:84) found that people characteristics that were found to exhibit successful weight control were self-efficacy, interest in their own body, and care about their own health.

The result of the analysis of the data concerning exercise behaviors showed that during the first 1-3 months of the program all 3 groups of obese children and adolescents performed better exercise behaviors but later their exercise routines decreased in every group. Among the groups that gained weight and had irregular body weight, at some point the sample did not exercise at all. But the group who could control their weight effectively was found to perform the recommended exercise behavior continuously even though during the later period they did not exercise regularly. They found that even though this group gained weight, and were enthusiastic to exercise more intensively in order to burn the extra energy from food intake. As indicated by House (1981 cited by Tilden, 1985:201) the support

Copyright by Mahidol University

information including recommendation, counseling, directions, guidelines, and information can be used for solving problems. The concept was supported with the concept developed by Bandura (1997), that efficacy is the process of determining a person's ability to work while outcome-expectation is the process of determining the consequences of an action. Therefore outcome-expectation in performing exercise behaviors could be recognized as the drive to exercise (Somkuk Sukrason, 2008:156). It was found that the reasons for obese children and adolescents not exercising in accordance with their physician's recommendations were because of studies, homework, special tutoring courses, no company while exercising, no places or equipment to use while exercising, and some samples thought that exercise was beyond their daily routine activities.

Appointment keeping behaviors. The group of samples who could control their body weight effectively and those who had irregular body weight were found to keep their medical appointments regularly due to the fact that they realized the importance of keeping their appointments because it encouraged them to practice weight control regularly. Besides, being successful in controlling body weight among obese children and adolescents was a motivator for them and they were pleased when they received compliments from their physicians and friends. This helped to build patient's self-esteem (Weiss, 1974 cited in Roongroj Poomriew, 2005: 29). If a person is accepted, admired, and appreciated by their family and friends, they can be responsible at all times. If a person lacks this type of support his/her self-esteem will be lowered. At every appointment, the obese children and adolescents' past behaviors were followed-up through a question and answers session and recorded in a notebook by the physicians. This way they could provide recommendations and methods to cope with any problems. The activities would help physicians reflect back on the profiles and give feedback in regard to the behaviors of obese children and adolescents and of the guardians. This would help the informants and the guardians improve and solve their problems. In addition, the clinic was flexible in changing appointment times. This allowed the obese children and adolescents to be effective and take full benefit of the services provided.

Copyright by Mahidol University

7. Factor and Conditions in Lowering and Controlling Body Weight

1. Knowledge and Perception. It was found that among the group that could control weight effectively, during the first 1-3 months, the samples could control food consumption and exercise behaviors continuously as well as utilize the knowledge gained in lowering and controlling their body weight. The later appointments were further apart from the first 1-3 months that resulted in weight gain. This finding was supported by the study of Rosenstock (1974: 328-335) that showed that the primary fundamental components of the Health Belief Model are a person's perception and motivation. In order to avoid having any disease, a person has to hold beliefs or perceptions that he/she is susceptibility to getting that disease. Also understanding that the disease is severe and will affect his/her life, and that action is beneficial in order to lower the chances of getting any disease; for example, expenses, convenience, pain, and feeling shame, etc. This finding was supported by the study of Kulchalee Poomarinr (1992: Abstract) that stated that there was a positive relationship between knowledge regarding self-care and self-care behaviors among school children. Also the studies of Gochman (1970: 69-73); Gochman (1971: 148-154); Gochman (1972: 285-293): Gochman (1972: 282-288) found that there was a relationship between perceived susceptibility of having accidental danger and various illness and health behaviors of school student, and it was also found that perception was effective in motivating behaviors. But in the group of samples that had irregular body weight, knowledge and perception were effectively used during the first 1-3 months among some of them, but for the later appointments the sample were found to be able to control weight effectively only after they visited the clinic. Among the group who gained weight, knowledge and perception were not found to be effective in weight control. This finding was supported with the study of Radius et al. (1980: 229 sited in Chookhuam Pinsakol, 1990:48 and Taewee Rugwanich, 1993:45) who studied health beliefs of school students aged 6-17 years by applying Baker's Health Belief Model. It was found that health beliefs were higher in accordance with the age and sex of the sample. It was also found that in regard to perceived susceptibility and severity of illness among students age 6-9 years, perceptions of male students was higher than of the female students, but among the age group of 10-13 years, perceived susceptibility of male students was lower than the female group.

Copyright by Mahidol University

2. Motivation. Motivation was found to affect weight control behavior of the sampled obese children and adolescents since in order to be able to lower and control body weight effectively the samples needed to have certain and explicit intension and enough effort. On the contrary, among the group who had irregular body weight and who gained weight, they did not have the motivation for lowering and controlling body weight. Even though, this samples used medicines or various methods, they were not able to lose weight due to the inability to tolerate the psychological drive to avoid food in various environments associated in their previous lifestyles. The degree of weight control effectiveness depends largely on a patient's intention (Wichai Tunpaichit, 1987; 29 cited in Supalugs Boonnkuamdee, 1998; 37). In order to develop patient's motivation, the patients need to set a goal for their weight control with the physicians who provide medical treatment. If they succeed in controlling their body weight effectively in accordance with their goal, they will gain the confidence and motivation to continue this weight control behavior. For those who could control their body weight continuously in accordance with the physician's recommendations, these children display mental strength and motivation to reach their goals despite the fact that sometimes they were in environments that had many temptations. This group needed to solve these problems in order to lower their body weight regularly. For example, increasing exercise behaviors in order to burn extra calories from food consumption and continuous support from their guardian. On the contrary, among the sample groups who had irregular body weight or those who had gained weight, these children were found to be dependent on others to regulate their food consumption and exercise. Therefore, when their guardians did not have enough time to take close care of their children, the sampled obese children and adolescents lost control of their eating habits due to boredom and discouragement.

3. Age. The results of the research showed that the mean age of the group who could control their body weight effectively was found to be 14.1±1.58 years and of the group who had irregular body weight and who gained weight were 12.3±1.25 years and 11.8±1.69 years respectively. After applying one-way ANOVA, significant differences were found between the mean age of the group who could control weight effectively and of the group who gained weight (p-value<0.05), but not

Copyright by Mahidol University

significant differences of the group who irregular body weight. And the mean age of the group who irregular body weight not significant difference between the group who gained weight. This finding was supported by the concept developed by Pidgeon (1985; 32-33) who stated that illness and causes of illness develops in accordance with age. And according to the study of Radis et al. (1980: 229), who studied about health beliefs of school students aged 6-17 years by applying the concept of Baker's Health Belief Model. The study found that the level of beliefs was higher in accordance with older age patients.

4. Social Support

4.1 Family. It was found that in the group of obese children and adolescents who could control their body weight effectively, the guardians were found to be more interested in taking care of their children continuously; especially in comparison with the group who had irregular body weight and those who gained weight. It was found that most of the families of the last two groups did not have enough time to take a close care of their children including their food consumption and exercise behaviors. According to the study of Nittaya Tungchoorattan (1983 cited in Somsong Somkhunhate, 1998: 20-21), it was found that family influenced obesity greatly; for example, the availability of foods, the development of the food industry that allows people to buy a variety of food in addition to easy access to different types of food service. In addition, family's atmosphere was one of the reasons for overweight children, especially where family members eat together. If the parents like high fat foods, the tendency of children is to love high fat foods as well. Therefore, the cooperation of parents and family members in regard to food consumption behaviors, for example, consuming similar types of healthy foods regularly, eating together, performing the same food consumption behaviors, etc, will help the patients greatly. This will help children perform the appropriate food consumption behaviors continuously. The group who could control their weight effectively had family members who helped, provided encouragement and psychological support continuously. This encouragement and psychological support from parents and relatives is a great motivator for children in order to lose weight continuously.

4.2 Friend. It was found that friends were the group that influenced decision making and the change of food consumption and exercise

Copyright by Mahidol University

behavior, for example, friends persuaded to eat more foods, friends exercised with, etc. Among the groups that was found to have irregular body weight and who gained weight, some of the informants mentioned that their friends always took them to have high fat foods or sweets. Therefore, it was difficult for them to control their weight while they were among friends who loved to eat frequently. But there were some informants who could control weight effectively, this accomplishment was partly due to their friend who provided support and forbid them not to consume high calories foods when they wanted to consume sweets or 'taboo' foods. So this group could control food consumption regularly. This finding was congruent with the study of Suniaa Uttakrisna (2005) who studied low-nutritious food consumption behaviors of adolescent's students in urban area. It was found that the factor related to low-nutritious food consumption behaviors was motivation from friends. The similar finding was found in the study of Jariya Wirunraj (2004) who studied the factors affecting food consumption behaviors of grade 6 students in the school under the administration of Bangkok Metropolis, which was found that perception and influence from friends were the predictors of the behaviors.

Recommendations

Recommendations of Development in the Research Project on "Complications from Obesity and Treatment Outcomes Among Obese Children and Adolescents" at the Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine.

1. There was greater time between appointments during the last part of the research project because it was found that among the group who had irregular body weight and those who gained more weight, these groups could not control their body weight themselves. They needed external support, for example, their guardians, friends, and physicians who provided treatment. If the time between appointments was made shorter like in the first 1-3 month, it may help the obese children and adolescents lower and control their body weight.

Copyright by Mahidol University

2. Other alternative may include enhancing knowledge through telephone calls in order to follow-up with the patients and provide continued psychological support for those who could not control body weight.

Recommendations for Furthering Researches

1. The findings of this study revealed that school environments and peers affected weight control behaviors of the obese children and adolescents. Thus, in order to prevent and control obesity among children and adolescents, schools should play an important role in helping these students since children spend most of their time in school. In addition they eat lunch and snacks at school and eat breakfast as well. In case of the boarding school, students have to eat at school for every meal. Therefore, teachers and schools play a very important role in preventing obesity among school children, as follows:

1.1 Do not allow the selling of soda beverages, sweet juices, and educate students on the importance of drinking water in school;

1.2 The foods sold at schools should include vegetables and fruits, and less fried food;

1.3 Not selling and control quality of snacks in the school and

1.4 Promoting exercise at schools or providing additional time in Physical Education.

2. This study showed that obese children and adolescents who could not lower and control their body weight were those who were highly dependent on other persons, specifically their guardians. Therefore, a quasi-experimental research should be done among the guardians with aim to find effective methods to develop behaviors for controlling and taking care of obese children and adolescents who are highly dependent on others. The program may be organized by enhancing knowledge, providing suggestions, and practice guidelines.

3. Qualitative research should be done in the area of creating a nurturing system for families of the obese children and adolescents, specifically for those who were affected by negative attitudes or misconceptions to nutrition. The data can be used for planning and organizing the appropriate health education program for obese children and adolescents.

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธาณสุข. (2530). มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประเทศไทย อายุ 1 วัน- 19 ปี. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

_____ .(2547). พฤติกรรมเด็กลดน้ำหนัก. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2547.Online : http//advisor.anamai.moph.go.th/274/27412.html-77k.14/08/2005.

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงเพื่อประเมินภาวการณ์เจริญเติบโตของเด็กไทย.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2547).พฤติกรรมเด็กลดน้ำหนัก วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน2547. moph.go.th/274/27412.html - 77k.14/08/2005.

_____ . (2529).รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ,ครั้งที่ 3.

_____ . (2538)รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย(ร่าง), ครั้งที่ 4.

กุลชลี ภุมรินทร์.(2535) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย.(2539). ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 203

ชาย โพธิสิตา. (2549). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชูขวัญ ปิ่นสากล. (2533). การศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาและเด็กและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดุษณี สุทธปรียาศรี.(2527). ภาวะโภชนาการเกิน. โภชนศึกษาสาธารณสุข (หน่วยที่ 1-7 หน้า 17-532). กรุงเทพฯ: สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Copyright by Mahidol University

_____ .(2532).โภชนาศาสตร์คลินิก. กรุงเทพฯ:โครงการตำราวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เทวี รักวานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัยและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์].กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536

ธงชัย สันติวงศ์.(2535). พฤติกรรมองค์กร : ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพมหานคร.

นริสา ศรีลาชัย. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นฤมล เด่นทรัพย์สุนทร.(2551). รายงานการสำรวจภาวะโภชนาการอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546. Holistic Approach in obesity ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง, กวีวรรณ ลิ้มประยูร, โสภาพรรณ เงินฉ่ำ, กลีบสไบ สรรพกิจ, ธราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ). กุมารเวชศาสตร์ทันยุค (New frontier in Pediatrics). (หน้า 77-99), พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพ: เฮาแคนดู.

น้ำฝน ทองตันไตรย์.(2541). การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทิยา ทวีศักดิ์.(2531). ความรู้และการปฏิบัติของครูผู้รับผิดชอบโครงการอาหารกลางวันเกี่ยวกับสารเคมีที่เป็นพิษในอาหารของโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจวรรณ กำธรวัชระ. การนำแนวคิดและทฤษฎีของต่างประเทศมาใช้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทย. นครปฐม: ภาควิชาสังคมศาสตร์และมนุษศาสตร์ มหาวิทยลัยมหิดล, 2538.

เบญจภา สนามทอง. (2548). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กโรคอ้วนที่อยู่ในโปรแกรมการควบคุมน้ำหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของแก่น.

ประชุม รอดประเสริฐ.(2535). นโยบายและการวางแผน : หลักการและทฤษฎี , พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.

ประณีต ผ่องแผ้ว.(2539).โภชนศาสตร์ชุมชน: ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว.กรุงเทพฯ: เลิฟวิ่งทรานส์ มีเดีย.

Copyright by Mahidol University

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ.(2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ปาริชาต กาญจนะ.(2538). อาหารบริโภคและระดับไขมันในเลือดของวัยรุ่นอ้วนเพศชาย: กรณีศึกษาโรงเรียนบูรณะ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2548). ทฤษฎีและโมเดลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ในสุปรียา ตันสกุล (บรรณาธิการ).ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (หน้า 20-24), พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพ : โรงพิมพ์ยุทธรินทร์

ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2548). สถานการณ์โรคอ้วนในเด็ก. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : http:// www.inmu.mahidol.ac.th. (15 พฤศจิกายน 2549).

ลัลลิยา ธรรมประทานกุล และธีราเดช คุปตานนท์.การนอนหลับและปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก ในดุสิต สถาวร, ฤดีวิไล สามโกเศศ, สมศักดิ์ โล่เลขา บรรณาธิการ. Advance in Pediatrics II. กรุงเทพ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด, 2553. หน้า 53.

วไลพรรณ ชลสุข.(2540). การศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัชรี หิรัญพฤกษ์.(2546). ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิชัย ตันไพจิตร.(2539). โภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อักษรสมัย.

วิเชียร ทวีลาภ.(2521). หลักบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีณา จีรแพทย์. “ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก” วารสารพยาบาล ปีที่ 39 3(กรกฎาคม-กันยายน) 2533: 216-227.

_____ . “ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ตอนที่ 2” วารสารพยาบาล ปีที่ 40 2(เมษายน-มิถุนายน) 2534: 160-185.

วุฒิชัย จำนงค์.(2523). พฤติกรรมการตัดสินใจ ,พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

สมชาย ดุรงค์เดช. “ปัจจัยทางสังคมกับการเกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน.” วารสารโภชนาการ 36,2(2547):76-82.

Copyright by Mahidol University

สมทรง สมควรเกตุ.(2541). การศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมยศ นาวีการ.(2522). การบริหาร. กรุงสยามการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร.

สารี อ๋องสมหวัง.(บรรณาธิการ.).(2539). ทำไมต้องกินฟาสฟู้ดให้น้อยลง.กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรถงเทพฯ: สำนักิมพ์ไทวัฒนาพานิช, 2542.

สุรีย์ จันทรโมลี. “การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นระถมศึกษาปีที่ 5, 6 และผู้ที่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดบุรีรัมย์” วารสารสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน 2528: 175-184.

สุรางค์ จันทร์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต, 2525.

แสงทอง แหงมงาม.(2533). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2539). โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ. “สังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง.” รายงานการสำรวจเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธาณสุข, 2524.

ศิวพร อุดมสิน.(2541). การศึกษาบริการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริบงกช ดาวดวง.(2545). ความหมายของความอ้วนกับการใช้ยาของวัยรุ่นในสถาบันอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีรัตน์ พินธุ.(2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดมูลจินดาราม จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ. Obesity in Adolescent. ในสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา บรรณาธิการ. รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชมรมสุขภาพวัยรุ่น, 2549. หน้า 16.

อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ, Obesity in Adolescent. ในสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา บรรณาธิการ. รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชมรมสุขภาพวัยรุ่น, 2549. หน้า 19-29.

Copyright by Mahidol University

อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ, จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน, นลินี จงวิริยะพันธุ์, Obesity. ในสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, นลินี จงวิริยะพันธุ์, ปานียา เพียรวิจิตร, ปริยสุดา เหตระกูล บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ แนวทางวินิจฉัยและการรักษา เล่ม 2.กรุงเทพฯ. บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2547. หน้า 884-9.

Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome a new world-wide definition. A Consensus Statement From The International Diabetes Federation. Diabet Med 2006;23(5):469-80.

Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome a new world-wide definition. Lancet 2005; 366(9491):1059-62.

Bandura, A.(1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs,NJ:Practice-Hall.

Billingsley J.(2002). Family members awarded points for success in changing lifestyles. Health Scout News,Nov.26

Caterson, I.(1997) Obesity Part of the Metabolic Syndrome, The clinical Biochemist Reviews, 18;1.pp11-21.

Chambliss, C.A., and Murry, E.J.(1979).Efficacy attribution : Locus of control and weight Cognitive Theory Research 3, 349-353.

Cobb, S.(1976). Social support as a moderated of life stress. Psychosomatic Medicine, 38 (September- Ocober): 300-314.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1240-3.

Chrisman, N.I. “The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness.” Culture, Medicine and Psychiatry.1 (1977): 351-377.

Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. Pediatrics 1998;101(3 Pt 2):518-25.

Dietz WH. Robinson TN. Clinical practice. Overweight children and adolescents. N Engl Med 2005; 352:2100-9.

Dudex, S. Nutrition Handbook for Nursing Practice. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1987.

Epstein, L.H. “Family based behavioral intervention for obese children.” International Journal of obesity 20 (September 1996): 14-21.

Copyright by Mahidol University

Fabrega, H. Toward a model of illness behavior.*Medical Care*. 1973,*11*, 470-484.

Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ and Johnson CL. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. International Journal of Obesity. 1998; 22: 39-47

Forbes GB. Body composition In: Brown ML, editor. Present knowledge in nutrition. 6th ed. Washington DC: ILSI, 1990:7-12.

Frost R, et al. Depression, restraint and eating behavior. Behavior Research and Therapy 1992;20:113-21.

Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH, et al. American Hearth Association; American Academy of Pediatrics. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners: consensus statement from the American Hearth Association. Circulation 2005;112:2061-75.

Ginioux, C. Grousset, J. Mestari, S and Ruiz, F. (2006). Prevalence of obesity in children and adolescents attending school in Seine Saint-Denis. (onling). Available: http://www.sciencedirect.com. (2006, September 18).

Gochman, D.S. “Children’s Perceptions o Vunerability to illness and Accident”. Public Health Report. 85”(January 1970): 69-73.

Green, L. W., and Kreuter, M. W. (1999). Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, 3rd edition. Mountain View, CA: Mayfield.

Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. (2004). Overweight and obesity among US children, adolescents, and adults,1999-2002. JAMA 291:2847-50.

Herman C, Pollvy J. Social and psychological factors in obesity. NewYork: Erlbaum, 1987.

Hongsanguansri S, Suthutvoravut U, Rotjananirunkit O, Chatvutinun S, Somsopon A, Tiyabootr C, et al. Group education and behavioral group therapy for obese children. J Phychiatr Assoc Thai 2003;48:23-35.

Igun UA. Stages in health seeking: a descriptive model. *Soc Sci Med*. 1979;13:445-456.

Worawan Ngamsubphanich.(1993).The effect of malnutrition on physical performance in urban male adolescence. Rama Med J.

Kleinman, A. Patients and healers in yhe context of culture. Berkely: University of California Press, 1980.

Copyright by Mahidol University

Lauer RM, Clarke WR, Mahoney LT, Witt J. Childhood Predictors for high adult blood pressure. The Muscatine Study. Pediatr Clin North Am 1993;40:23-40.

Lander CM, Hoppin AG. Evaluation and management of obesity. In: Walker WA, Watkins JB, Duggan C, ed. Nutrition in Pediatric: Basic Science and Clinical Application. London: B.C. Decker Inc. Plublisher, 2003;917-34.

Likitmaskul S, Kiattisathavee P, Chaichanwatanakul K, Punnakulta L, Angsusingha K, Tuchinda C. Increasing prevalence of type 2 diabetes mellitus in Thai children and adolescents associated with increasing prevalence of obesity. J Pediatr Endocrinol Metab 2003;16:71-7.

Lissau I, et al. Maternal attitude to sweet eating habits. International Journal of Obesity 1993 ; 17 : 125-9.

Marilyn,T.E.(1992). Behavior disorders of children and adolescents : Assessment, etiology and intervention. New Jersey : Englewood cliffs.NJ : Prentice-Hall.

Mary C J Rudolf, Pinki Sahota, Julian H Barth and Jenny Walker.Increasing prevalence of obesity in primary school children: cohort study. *BMJ* 2001;322;1094-1095.

Maslow, Dorothy R. Text Book of Pediatric Nursing 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1988.

Mei Z, Grummer-Strawn LM, Pietrobelli A, Gouding A, Goran MI, Dietz WH. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. Am J Chin Nutr 2002; 75:978-85.

Mohamed Rguibi. (2008). Body size preferences and sociocultural influences on attitudes towards obesity among Moroccan Sahraoui women. Body Image. 3(4) . 395-400.

Monteiro CA, Mondini L, Medeiros de Souza AL,Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. *Eur J Clin Nutr.* 1995;49:105–113.

Moore. (1993). Development of eating behavior and its relation to physical growth in normal weight pre-school children. Appetite 14, 45-57.

Mullis RM, Blair SN, Aronne LJ, Bier DM, Denke MA, Dietz W, et al. American Hearth Association. Prevention Conference VII: obesity, a worldwide epidemic related to hearth disease stroke: Group VII : prevention/treatment. Circulation 2004;110:e484-8

Copyright by Mahidol University

Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

_____ .Nursing: Concept of Practice. New York: McGraw-Hill Book Company, 1971.

Penchansky, R. "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction." Medical Care. (February 1981) : 127-140.

Pieto L. Depressive symptoms and weight change in a national cohort of adults. International Journal of obesity 1992;16:745-53.

Rosenstock. J.M. "Historical Origins of the Health Belief Model". Health Education Monograph. 2(Number 4,1974): 3.

Styne DM. Childhood and adolescent obesity. Prevalence and significance. Pediatr Clin North Am 2001;48:823-54.

Whitaker RC, Wright JA Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood and parental obesity. N Engl J Med 1997;337:869-73.

WHO Consultation on Obesity. Obesity: preventing and managing the global epidemic.Geneva: World Health Organization, 1998.

WHO MONICA Project : Risk Factor. International Journal of Epidemiology.1989 : 46-55.

World health statistics annual 2005. Geneva. World Health Organization.

Young, J.C. "Non-Use of Physicians: Methodological Approaches, policy Implications and the Utility of Decision Models." Social Sciences & Medicine. 15 (1981) : 499-507.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1

Case Record Form สำหรับแพทย์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

Group เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ☐ 8-12 ปี ☐ 13-18 ปี

☐ ลดน้ำหนักได้ดีมาก
☐ น้ำหนักขึ้นๆลงๆ
☐ น้ำหนักขึ้น

แนวทางแบบสัมภาษณ์แพทย์ผู้ให้การรักษาของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเพศชาย และเพศหญิง ในแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มน้ำหนักขึ้นๆลงๆ และกลุ่มน้ำหนักขึ้น (สำหรับผู้สัมภาษณ์)

1. ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วนก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลศิริราช

1. แนวทางการดูแล/รักษาเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน เป็นอย่างไร

.....

.....

2. เหตุจูงใจอะไรที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เพราะอะไร

.....

.....

3. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษาเคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาที่อื่นบ้างหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

4. จากพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาตามนัดของเด็กและวัยรุ่นโรคที่มีภาวะอ้วน และผู้ปกครอง แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในการเข้ารับการรักษาหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2. ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ตามแนวคิด และแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

1. พฤติกรรมการมาตามนัดของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ผู้ปกครองเป็นอย่างไร และแก้ไขปัญหาอย่างไร

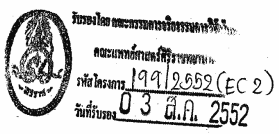
.....

.....

2. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้มากน้อยเพียงไร เพราะอะไร และได้แก้ไขปัญหาอย่างไร

.....

.....



Copyright by Mahidol University

3. ความร่วมมือของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนและผู้ปกครอง เป็นอย่างไร เพราะอะไร และได้แก้ไขปัญหาอย่างไร

.....

.....

3. ศึกษาเงื่อนไขและปัจจัยในการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่มลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มน้ำหนักขึ้นๆลงๆ และกลุ่มน้ำหนักขึ้น

1. พฤติกรรม เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตามนัด ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเพศชาย และเพศหญิง ในแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มที่น้ำหนักขึ้นๆลงๆ และกลุ่มที่ลดน้ำหนักไม่ได้เลย เป็นอย่างไร สาเหตุเพราะอะไร และได้ทำอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552 (EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

1

Case Record Form

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

Patient number .....

Group ☐ ผู้ป่วย เพศ ☐ ชาย อายุ ☐ 8-12 ปี ☐ ลดน้ำหนักได้ดีมาก
☐ หญิง ☐ 13-18 ปี ☐ น้ำหนักขึ้นๆลงๆ
☐ น้ำหนักขึ้น

☐ ผู้ปกครอง ความเกี่ยงข้อง ☐ บิดา มารดา
☐ อื่น ระบุ .....

☐ แพทย์

ประวัติส่วนตัว

เรียนอยู่ชั้น ..... เกรดเฉลี่ย .....ภูมิลำเนา .....
เงินค่าขนมไปโรงเรียน ..... บาท

ประวัติครอบครัว

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ..... เป็นบุตรคนที่ .....
บิดาอายุ ..... ปี น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ความสูง ..... เซนติเมตร
ระดับการศึกษา ☐ ปริญญาโท/ปริญญาเอก ☐ ปริญญาตรี
☐ อนุปริญญา/ปวช./ปวส. ☐ มัธยมศึกษา
☐ ประถมศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน

อาชีพ ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ รับราชการ
☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

มารดาอายุ ..... ปี น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ความสูง ..... เซนติเมตร
ระดับการศึกษา ☐ ปริญญาโท/ปริญญาเอก ☐ ปริญญาตรี
☐ อนุปริญญา/ปวช./ปวส. ☐ มัธยมศึกษา
☐ ประถมศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน

อาชีพ ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ รับราชการ
☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

รายได้รวมของครอบครัว ..... บาท

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552 (EC2)
วันที่รับรอง 03 ต.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

ประวัติโรคประจำตัวของบุคคลในครอบครัว

ความดันโลหิตสูง ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

โรคหัวใจขาดเลือด ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

เบาหวาน ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

เส้นเลือดในสมองแตก อัมพาต ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

ไขมันในเลือดสูง ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

โรคอ้วน ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

การตรวจร่างกาย

Visit ☐ First admission

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ความสูง ..... เซนติเมตร

ภาวะของน้ำหนักตัว ☐ mild obesity ☐ moderate obesity

☐ severe obesity ☐ morbid obesity

Percent weight for height .....

ภาวะแทรกซ้อน ☐ Type 2 diabetes ☐ Impaired glucose tolerance

☐ Hyperinsulinism ☐ Metabolic syndrome

☐ Polycystic ovarian syndrome

☐ Dyslipidemia

☐ high TG ☐ low HDL-C ☐ high LDL-C

☐ Hypertension

☐ Obstructive sleep apnea

☐ Non-alcoholic steatohepatitis

☐ Proteinuria

☐ Slipped capital femoral epiphysis

☐ Blount's disease

☐ Other .....

Visit ☐ 6th ☐ 9th ☐ 12th

ความสูง ..... เซนติเมตร

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ☐ เพิ่มขึ้น ..... กิโลกรัม

☐ ลดลง ..... กิโลกรัม

☐ เท่าเดิม

ภาวะของน้ำหนักตัว ☐ mild obesity ☐ moderate obesity

☐ severe obesity ☐ morbid obesity

Percent weight for height .....

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552(EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

3

ภาวะแทรกซ้อน
- ☐ Type 2 diabetes
- ☐ Impaired glucose tolerance
- ☐ Hyperinsulinism
- ☐ Metabolic syndrome
- ☐ Polycystic ovarian syndrome
- ☐ Dyslipidemia
  - ☐ high TG
  - ☐ low HDL-C
  - ☐ high LDL-C
- ☐ Hypertension
- ☐ Obstructive sleep apnea
- ☐ Non-alcoholic steatohepatitis
- ☐ Proteinuria
- ☐ Slipped capital femoral epiphysis
- ☐ Blount's disease
- ☐ Other .....

หมายเหตุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่โครงการ 191/2552(EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

แนวทางแบบการสัมภาษณ์สำหรับผู้วิจัยเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน และผู้ปกครอง

1. ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

แนวทางแบบสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน (สำหรับผู้สัมภาษณ์)

1. เริ่มอ้วนตั้งแต่เมื่อไร
   .....
2. ชีวิตประจำวันที่บ้านในแต่ละวัน
   .....
3. ชีวิตประจำวันที่โรงเรียนในแต่ละวัน
   .....
4. รู้สึกอย่างไรต่อความอ้วนของตนเอง
   .....
   .....
5. ผลกระทบจากความอ้วนที่มีต่อตนเอง
   .....
   .....
6. พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับความอ้วนเป็นอย่างไร ได้ผลหรือไม่ เพราะอะไร
   .....
   .....
7. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาที่อื่นก่อนมาที่โรงพยาบาลศิริราช
   .....
   .....
8. เหตุผลในการเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช
   .....
   .....

แนวทางแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (สำหรับผู้สัมภาษณ์)

1. คิดอย่างไรต่อความอ้วนของลูก แก้ปัญหาอย่างไร และใครเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหาร
   .....
   .....
2. ประสบการณ์การพาลูกเข้ารับการรักษาที่อื่นก่อนมาที่โรงพยาบาลศิริราช
   .....
   .....
3. เหตุผลในการเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช
   .....
   .....

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552 (EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

2. ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ตามแนวคิด และแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

แนวทางแบบสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (สำหรับผู้สัมภาษณ์)

1. ปริมาณอาหารที่กำหนดภายใน 1 วัน และตัวอย่างปริมาณและชนิดอาหารที่รับประทาน 1-2 วัน

.....

.....

2. อาหารมีกี่หมวด กี่หมู่ อะไรบ้าง ให้พลังงานอย่างไร (ข้าว 1 ทัพพีให้พลังงานเท่าไร หมูติดมัน 1 ส่วนให้พลังงานเท่าไร)

.....

.....

3. มีการออกกำลังกายอย่างไรบ้าง กี่นาทีต่อวัน กี่วันต่อสัปดาห์ คิดว่าเป็นไปตามที่แพทย์กำหนดหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

4. สามารถควบคุมอาหารตามที่ได้รับคำแนะนำหรือไม่ ทำได้หรือไม่ได้เพราะอะไร

.....

.....

5. พฤติกรรม เช่น เวลาดูโทรทัศน์ เล่นคอมพิวเตอร์ ทำงานบ้าน การเข้าร้านสะดวกซื้อ เปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

6. ปัญหาความเครียดเนื่องจากภาวะอ้วนมีบ้างหรือไม่ อย่างไร และได้รับกำลังใจจากผู้ปกครองหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

7. มีความกังวลจากภาวะแทรกซ้อนบ้างหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

แนวทางแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (สำหรับผู้สัมภาษณ์)

1. ผู้ประกอบอาหารคือใคร ทำอย่างไร สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุตร/หลาน (ชนิด และปริมาณ) เป็นอย่างไร สามารถควบคุมอาหารตามที่ได้รับคำแนะนำหรือไม่ เพราะอะไร

.....

.....

3. พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุตร/หลาน เปลี่ยนไปหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552(EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

4. จากการสังเกต พฤติกรรมของบุตร/หลาน เช่น เวลาดูโทรทัศน์ เล่นคอมพิวเตอร์ ทำงานบ้าน การเข้าร้านสะดวกซื้อ เปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

5. ผู้ปกครองแบ่งเวลาในการเลี้ยงดูบุตร/หลาน อย่างไร คิดว่าเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

3. ศึกษาเงื่อนไขและปัจจัยในการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่มที่ลดน้ำหนักได้ดีมาก กลุ่มที่น้ำหนักขึ้นๆลงๆ และกลุ่มที่น้ำหนักขึ้น

แนวทางแบบสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (สำหรับผู้สัมภาษณ์)

1. อะไรเป็นสิ่งที่ยากที่สุดในการควบคุมน้ำหนัก เพราะอะไร

.....

.....

2. อะไรเป็นสิ่งที่ง่ายที่สุดในการควบคุมน้ำหนัก เพราะอะไร

.....

.....

3. คิดอย่างไรกับดูแลของผู้ปกครองต่อการควบคุมน้ำหนักของตนเอง

.....

.....

4. คิดว่าการที่สามารถลดน้ำหนักได้ดีมาก น้ำหนักขึ้นๆลงๆ และลดน้ำหนักไม่ได้เลย เป็นเพราะอะไร และ ได้แก้ไขอย่างไร

.....

.....

5. การมาหรือไม่สามารถมาตามนัดได้ เป็นเพราะเหตุใด อย่างไร

.....

.....

แนวทางแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (สำหรับผู้สัมภาษณ์)

1. อะไรบ้างที่ทำให้การควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนลดน้ำหนักได้ดีมาก น้ำหนักขึ้นๆลงๆ และน้ำหนักขึ้นและได้ทำอย่างไรบ้าง

.....

.....

2. การพาลูกมาหรือไม่สามารถมาตามนัดได้นั้น เป็นเพราะเหตุใด อย่างไร

.....

.....

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552(EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบาย จนกว่า จะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน
ศึกษากรณี : ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อผู้วิจัย

1. สุเนตรา นุ่นลอย (Miss Sunattra Nunloi)
สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 5676

2. รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ (Assistant Professor Prasit Leerapan)
420/1 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 02-3548553

3. **ผศ.ดร.ลักขณา เติมศิริกุลชัย** (Assistant Professor Luckkhana Temsirikulchai)
420/1 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 02-3548553

4. ผศ.พญ.จีรันดา สันติประภพ (Assistant Professor Jeerunda Santiprabhob)
สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 5676

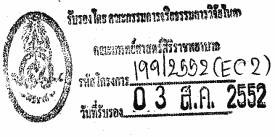
สถานที่วิจัย

1. สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด เช่น ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ทุน ไม่มี

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการวิจัย

ปัจจุบันการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้จำนวนของคนที่เป็นโรคอ้วนมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจาก การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะ หรืออาหาร ฟาสัตฟูด มากขึ้น เนื่องจากรสชาติอร่อย และบริการที่ทันสมัย สะดวกรวดเร็ว



Copyright by Mahidol University

ประกอบกับการใช้เวลาในการดูโทรทัศน์และการเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากขึ้น ส่งผลให้เกิดการขาดการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายน้อย ทำให้มีการสะสมของไขมันในร่างกายมากขึ้น

โรคอ้วนเป็นบ่อเกิดของโรคอีกหลายโรคตามมา เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของกระดูกและข้อ จากน้ำหนักที่มากเกินไป เช่น อาการปวดเข่า ปวดข้อเท้า และปวดหลัง พบได้เสมอในเด็กที่อ้วนมากๆ เมื่อเด็กเคลื่อนไหวได้ลำบากก็ทำให้ออกกำลังกายได้น้อย ก็จะยิ่งส่งเสริมให้อ้วนมากขึ้น ความผิดปกติของผิวหนัง บริเวณซอกคอ ด้านหลังของคอ รักแร้ ใต้ราวนม และข้อพับของเด็กที่อ้วนมากจะมีสีคล้ำหรือสีดำคล้ำ มีการอักเสบและแผลเปื่อย บางคนผิวหนังบริเวณดังกล่าวมีลักษณะเป็น อะแคนโทสิส นิกกริแคน คือ เป็นปื้นสีดำหนาและขรุขระ ซึ่งอาการดังกล่าวจะดีขึ้นเมื่อลดน้ำหนัก

ปัญหาทางจิตใจ เช่น โรคอ้วนทำให้เสียบุคลิกภาพและเป็นที่ล้อเลียน ดังนั้นจึงทำให้เด็กอ้วนเกิดปมด้อยและมีความกดดันทางจิตใจ เด็กอ้วนบางคนแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน มีปัญหาในการเข้าสังคม มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียน จากการศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในผู้ป่วยเด็กโรคอ้วน 26 ราย อายุ 10-15 ปี ที่มาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 27 มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มบำบัดที่เน้นให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักได้ดี

ปัญหาที่ตามมาของโรคอ้วน คือโรคเรื้อรังทั้งหลาย ซึ่งไม่เพียงแต่จะบั่นทอนสุขภาพ แต่ยังมีผลต่างๆตามมาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม เพราะโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายและไม่ตาย ใช้งบประมาณในการรักษามากและยาวนาน หากประเทศใดมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากเท่าไหร่ ก็ต้องมีการใช้งบประมาณในด้านการรักษามากเท่านั้น อีกทั้งยังต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าในการพัฒนาประเทศชาติอีกด้วย

ซึ่งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้วิจัยต้องการทราบถึงพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชว่าเป็นอย่างไร ทำได้หรือไม่ได้นั้นเกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง และก่อนหน้าที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ได้ไปรักษาที่ไหนมาบ้าง แล้วเป็นอย่างไร โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่ดูแลนั้นมีความสำคัญมากเนื่องจาก ผู้วิจัยจะนำเสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพัฒนาระบบการดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชคนอื่นๆ ต่อไป

เหตุผลที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญมากในการให้ข้อมูลและรายละเอียดต่างๆที่จะเป็นประโยชน์ในเรื่องของพฤติกรรมด้านต่างๆ ของเด็กและวัยรุ่นที่ให้สัมภาษณ์

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นโรคที่มีภาวะอ้วน
2. ยินยอมให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

จำนวนของผู้เข้าร่วมการวิจัย

จำนวน 30 คน

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552 (EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

วิธีการศึกษาวิจัย (intervention)

1. การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ เพศ อายุ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว รายได้รวมของครอบครัว ประวัติโรคต่างๆในครอบครัว ข้อมูลการตรวจร่างกาย การลดน้ำหนัก โดยขออนุญาตใช้ข้อมูลใน CRF form ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยภาวะ แทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน
2. ใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ โดยกำหนดแนวคำถามซึ่งได้ออกแบบให้ตรงตามวัตถุประสงค์และตามกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ
    1. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน จำนวน 30 คน
    2. ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน จำนวน 30 คน
    3. แพทย์ผู้ให้การรักษาเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน จำนวน 1 คน

ขั้นตอนในการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (สัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง)

1. การนัดหมาย

เมื่อผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกต่อการให้การสัมภาษณ์ เช่น โรงพยาบาล ที่บ้านของผู้ปกครองเอง เป็นต้น

2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์

2.1 ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้ปกครองต้องอ่านและเซ็นเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 สัมภาษณ์โดยการพูดคุยกับผู้ปกครองตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษา และขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งในขณะการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเสียงไว้ เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูลด้วย

2.3 เมื่อสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะทำการนัดสัมภาษณ์อีก 1-2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ปกครองอธิบายในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม

ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย

12 เดือน (1 พฤษภาคม 2552– 1 พฤษภาคม 2553)

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดผลข้างเคียงหรือฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อประชากรที่เข้าร่วมการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้ปกครองอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจขึ้นได้ในระหว่างการให้ข้อมูลขณะการสัมภาษณ์ อันเนื่องมาจากผู้วิจัยต้องมีการบันทึกเสียงไว้ขณะการสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะทำลายไฟล์บันทึกเสียงนั้นหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย หรือในกรณีที่ปกครองต้องการไฟล์บันทึกเสียง

ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มีค่าใช้จ่าย

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552 (EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

ค่าชดเชยที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้

1. การศึกษาวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

2. หากอยู่ระหว่างขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เต็มใจที่จะให้บันทึกข้อมูลก็สามารถบอกได้ และจะไม่มีการบันทึกสิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ต้องการให้บันทึก และหากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ต้องการให้ข้อมูลสามารถยกเลิกได้ทันที โดยไม่เกิดผลเสียหายแก่ผู้ให้สัมภาษณ์

1. สุเนตรา นุ่นลอย
ที่ทำงาน 02-4197000 ต่อ 5676
มือถือ 084-321-8932
2. รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์
ที่ทำงาน 02-354-8553
มือถือ 081-936-9378
3. ผศ.ดร.ลักขณา เติมศิริกุลชัย
ที่ทำงาน 02-354-8553
มือถือ 081-439-7184
4. ผศ.พญ.จีรันดา สันติประภพ
ที่ทำงาน 02-4197000 ต่อ 5676
มือถือ 089-442-24689

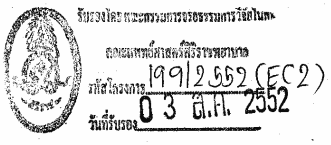
หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมวิจัยวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ สำนักงานคณะจริยธรรมวิจัยในคน ตึกอดุลเดชวิกรม ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช เบอร์โทร. (02) 419-7000 ต่อ 6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ ...../ วันที่ .....

(.....)



Copyright by Mahidol University

V. 3

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบาย จนกว่า จะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน
ศึกษากรณี : ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อผู้วิจัย

1. **สุเนตรา นุ่นลอย** (Miss Sunattra Nunloi)
สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 5676
2. **รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์** (Assistant Professor Prasit Leerapan)
420/1 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 02-3548553
3. **ผศ.ดร.ลักขณา เติมศิริกุลชัย** (Assistant Professor Luckkhana Temsirikulchai)
420/1 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 02-3548553
4. **ผศ.พญ.จีรันดา สันติประภพ** (Assistant Professor Jeerunda Santiprabhob)
สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 5676

สถานที่วิจัย

1. สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด เช่น ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล

วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย

การที่พี่มาสัมภาษณ์หนูในครั้งนี้ พี่อยากรู้ว่าหนูทำอะไรบ้างเพื่อควบคุมน้ำหนักของหนู ทำได้หรือไม่ได้นั้นเป็นเพราะอะไร และก่อนหน้าที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลศิริราชนั้น หนูไปรักษาที่อื่นมาบ้างหรือเปล่า แล้วเป็นอย่างไร โดยข้อมูลที่ได้นั้น พี่จะนำเสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพัฒนาระบบการดูแลรักษาน้องๆ คนอื่นๆ ที่มีปัญหาโรคอ้วนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ต่อไป

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552 (EC2)
วันที่รับรอง 03 ส.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

เหตุผลที่หนูได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากหนูเป็นเด็กที่ได้เข้าร่วม "โครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาโรคอ้วน" ที่โรงพยาบาลศิริราช และยังเป็นเด็กที่มีความน่าสนใจในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งพี่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อเด็กคนอื่นๆ

จำนวนของผู้เข้าร่วมการวิจัย

จำนวน 30 คน

หากหนูสมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้ (สัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง)

1. การนัดหมาย

เมื่อหนูสมัครใจเข้าร่วมโครงการ พี่จะทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกต่อการให้การสัมภาษณ์ เช่น โรงพยาบาล ที่บ้านของหนูเอง เป็นต้น

2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์

2.1 ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์หนูต้องอ่านและเซ็นเอกสารยินยอมเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 สัมภาษณ์โดยการพูดคุยกับหนูตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษา และขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งในขณะการสัมภาษณ์นั้น พี่จะทำการบันทึกเสียงไว้ เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูลด้วย

2.3 เมื่อสัมภาษณ์เสร็จแล้ว พี่จะทำการนัดสัมภาษณ์อีก 1-2 ครั้ง เพื่อให้หนูอธิบายในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับหนูในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ในการวิจัยนี้หนูอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจขึ้นได้ในระหว่างการให้ข้อมูลขณะการสัมภาษณ์ อันเนื่องมาจากพี่ต้องมีการบันทึกเสียงไว้ขณะการสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยพี่จะทำลายข้อมูลเสียงที่บันทึกไว้หลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย หรือในกรณีที่หนูต้องการข้อมูลเสียงโดยพี่จะจัดส่งให้หลังสิ้นสุดโครงการวิจัยเช่นกัน

ค่าใช้จ่ายในการที่หนูเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มีค่าใช้จ่าย

หนู (ด.ช. / ด.ญ.) ..... อายุ ..... ปี ขอสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยที่หนูทราบว่าหนูไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยก็ได้

ลงชื่อ ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย วันที่ .....

(.....)

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552(EC2)
วันที่รับรอง 03 ส.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
สำหรับผู้ปกครองและเด็กอายุมากกว่า 17 ปีขึ้นไป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ..... อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน .....
ตำบล ..... อำเภอ .....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ศึกษากรณี : ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีหะพันธ์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 02-354-8553 ผศ.พญ.จีรันดา สันติประภพ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 5676 และ นางสาวสุเนตรา นุ่นลอย โทรศัพท์ 084-321-8932

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช โทร (02) 419-7000 ต่อ 6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือจะเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

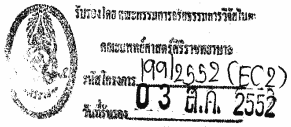
ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม / วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ..... จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/ วันที่.....
(.....)



Copyright by Mahidol University

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
สำหรับผู้ปกครองของเด็กอายุ 8-17 ปี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ..... อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน .....
ตำบล ..... อำเภอ .....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ศึกษากรณี : ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ ดร.ประสิทธิ์ ลีหะพันธ์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 081-936-9378 และ นางสาวสุเนตรา นุ่นลอย โทรศัพท์ 084-321-8932

หากเด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช โทร (02) 419-7000 ต่อ 6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือลดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม / วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/ วันที่.....
(.....)

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 199/2552 (EC2)
วันที่รับรอง 03 มี.ค. 2552

Copyright by Mahidol University

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700

Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY
Since 1888

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no.Si 361/2009

Protocol Title : WEIGHT-CONTROL BEHAVIOR AMONG OBESE CHILDREN AND ADOLESCENT: CASE STUDIES AT SIRIRAJ HOSPITAL

Protocol number : 199/2552(EC2)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Sunattra Nunloi / Department of Pediatrics
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Participant Information Sheet and Informed Consent Form for child
3. Participant Information Sheet for parent
4. Informed Consent Form for parent
5. Case Record Form
6. Case Record Form for doctor

Approval date : August 3, 2009

Expired date : August 2, 2010

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

(Prof. Jariya Lertakyamanee, M.D.)
Chairperson

August 5, 2009
date

(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

August 10,2009
date

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2341 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023252

Copyright by Mahidol University

All Siriraj Institutional Review Board Approved Investigators must comply with the Following :

1. Conduct the research as required by the Protocol ;
2. Use only the Consent Form bearing the Siriraj Institutional Review Board "APPROVED" stamp ;
3. Report to Siriraj Institutional Review Board all of serious illness of any study subject ;
4. Promptly report to Siriraj Institutional Review Board any new information that may adversely affect the safety of the subjects or the conduct of the trial ;
5. Provide reports to Siriraj Institutional Review Board concerning the progress of the research, when requested ;
6. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and provide the potential subject sufficient opportunity to consider whether or not to participate.

Copyright by Mahidol University

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ภาษาไทย)

2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 361/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ศึกษากรณี : ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

รหัสโครงการ : 199/2552(EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : น.ส.สุเนตรา นุ่นลอย / ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็ก
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
5. แบบบันทึกข้อมูล
6. แบบบันทึกข้อมูลสำหรับแพทย์

วันที่รับรอง : 3 สิงหาคม 2552

วันหมดอายุ : 2 สิงหาคม 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจริยา เลิศอรรฆยมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
5 สิงหาคม 2552
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
10 สิงหาคม 2552
วันที่

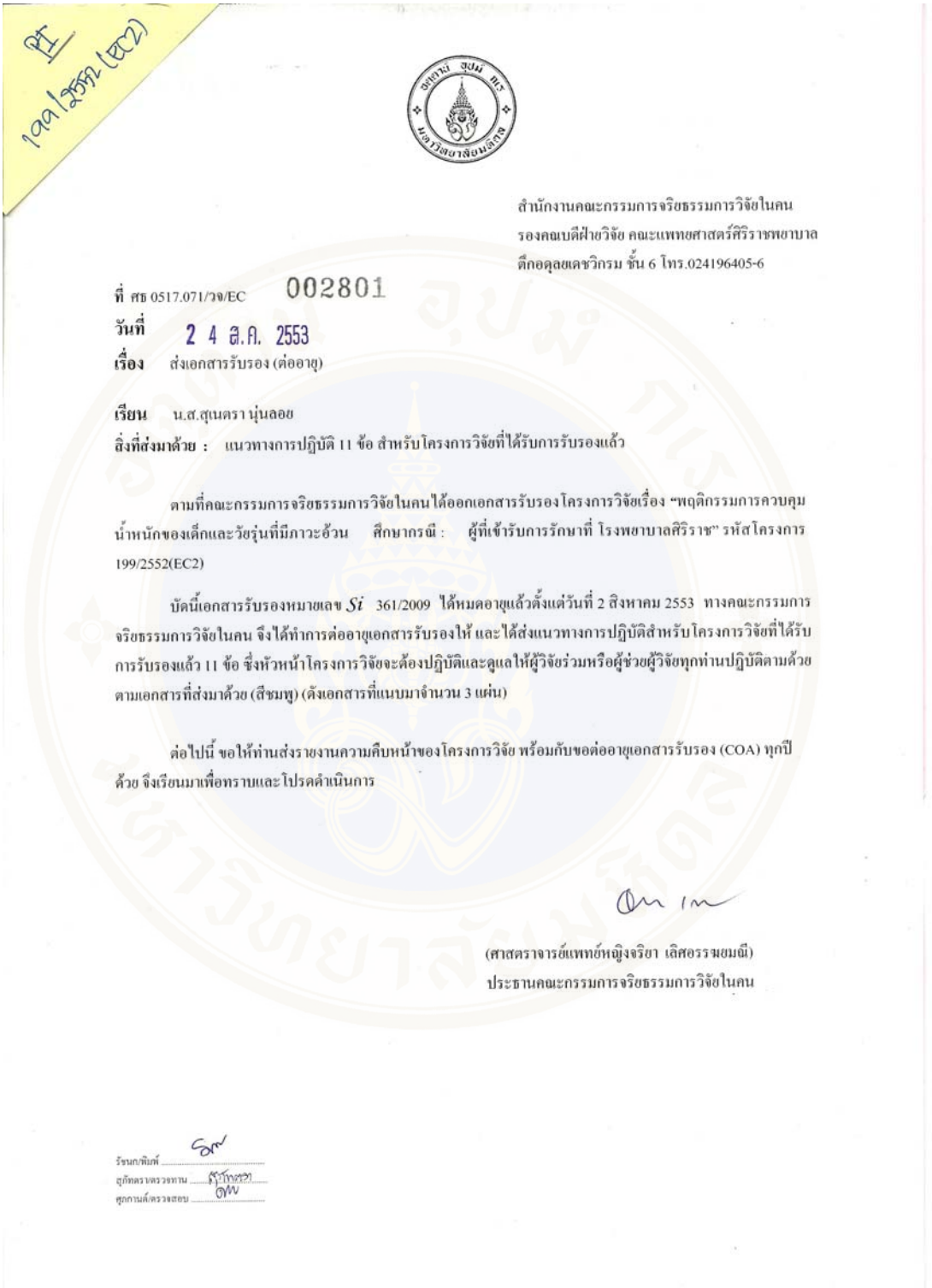
หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023253

Copyright by Mahidol University

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะปฏิบัติตามระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดังต่อไปนี้

1. จะดำเนินการวิจัยตามโครงร่างวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยเคร่งครัด
2. จะใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับล่าสุดเท่านั้น
3. จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในทุกกรณี
4. จะรายงานข้อมูลใหม่ที่ได้รับซึ่งจะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างรวดเร็วและไม่ปิดบัง
5. จะรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดและเมื่อได้รับการร้องขอ
6. จะดำเนินกระบวนการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลแสดงเจตนาที่ยินยอมหรือไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง โดยปราศจากการข่มขู่หรือคุกคามด้วยวิธีการใดๆ

Copyright by Mahidol University



PI
199/2552 (EC2)

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 6 โทร.024196405-6

ที่ ศธ 0517.071/วจ/EC 002801
วันที่ 24 ส.ค. 2553
เรื่อง ส่งเอกสารรับรอง (ต่ออายุ)

เรียน น.ส.สุเนตรา นุ่นลอย
สิ่งที่ส่งมาด้วย : แนวทางการปฏิบัติ 11 ข้อ สำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว

ตามที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ศึกษากรณี : ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช" รหัสโครงการ 199/2552(EC2)

บัดนี้เอกสารรับรองหมายเลข Si 361/2009 ได้หมดอายุแล้วตั้งแต่วันที่ 2 สิงหาคม 2553 ทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จึงได้ทำการต่ออายุเอกสารรับรองให้ และได้ส่งแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว 11 ข้อ ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติและดูแลให้ผู้วิจัยร่วมหรือผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านปฏิบัติตามด้วย ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย (สีชมพู) (ดังเอกสารที่แนบมาจำนวน 3 แผ่น)

ต่อไปนี้ ขอให้ท่านส่งรายงานความคืบหน้าของโครงการวิจัย พร้อมกับขอต่ออายุเอกสารรับรอง (COA) ทุกปีด้วย จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการ

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจริยา เลิศอรรฆมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

รับนก/พิมพ์ .....
สุทัศตรวจทาน .....
ศุภกานต์/ตรวจสอบ .....

Copyright by Mahidol University

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ต่ออายุ)

2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ต่ออายุ)

หมายเลข Si 361/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ศึกษากรณี : ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

รหัสโครงการ : 199/2552(EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : น.ส.สุเนตรา นุ่นลอย / ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็ก
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
5. แบบบันทึกข้อมูล
6. แบบบันทึกข้อมูลสำหรับแพทย์

วันที่ต่ออายุ (1) : 3 สิงหาคม 2553

วันหมดอายุ : 2 สิงหาคม 2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจริยา เลิศอรรฆยมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

19 สิงหาคม 2553
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

24 สิงหาคม 2553
วันที่

Copyright by Mahidol University

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะปฏิบัติตามระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดังต่อไปนี้

1. จะดำเนินการวิจัยตามโครงร่างวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยเคร่งครัด
2. จะใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับล่าสุดเท่านั้น
3. จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในทุกกรณี
4. จะรายงานข้อมูลใหม่ที่ได้รับซึ่งจะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างรวดเร็วและไม่ปิดบัง
5. จะรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดและเมื่อได้รับการร้องขอ
6. จะดำเนินกระบวนการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลแสดงเจตนาที่ยินยอมหรือไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง โดยปราศจากการข่มขู่หรือลุกลามด้วยวิธีการใดๆ

Copyright by Mahidol University

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ต่ออายุ)

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700
Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY
Since 1888

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval (Renewal)

COA no.Si 361/2009

Protocol Title : WEIGHT-CONTROL BEHAVIOR AMONG OBESE CHILDREN AND ADOLESCENT: CASE STUDIES AT SIRIRAJ HOSPITAL

Protocol number : 199/2552(EC2)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Sunattra Nunloi / Department of Pediatrics
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Participant Information Sheet and Informed Consent Form for child
3. Participant Information Sheet for parent
4. Informed Consent Form for parent
5. Case Record Form
6. Case Record Form for doctor

Renewal date (1st) : August 3, 2010

Expired date : August 2, 2011

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

(Prof. Jariya Lertakyamanee, M.D.)
Chairperson

August 19, 2010
date

(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

August 24,2010
date

Copyright by Mahidol University

All Siriraj Institutional Review Board Approved Investigators must comply with the Following :

1. Conduct the research as required by the Protocol ;
2. Use only the Consent Form bearing the Siriraj Institutional Review Board "APPROVED" stamp ;
3. Report to Siriraj Institutional Review Board all of serious illness of any study subject ;
4. Promptly report to Siriraj Institutional Review Board any new information that may adversely affect the safety of the subjects or the conduct of the trial ;
5. Provide reports to Siriraj Institutional Review Board concerning the progress of the research, when requested ;
6. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and provide the potential subject sufficient opportunity to consider whether or not to participate.

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางสาวสุเนตรา นุ่นลอย

วัน เดือน ปีเกิด 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2522

สถานที่เกิด จังหวัดระนอง ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตรบัณฑิต เอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา พ.ศ.2545

ที่อยู่ปัจจุบัน 43 หมู่ 6 ตำบลลำเลียง อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง 85110
โทรศัพท์ 077-860627
e-mail : sunattra@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์
สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม
ตึกเจ้าฟ้ามหาจักรี ชั้น 9
ภ.กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โทรศัพท์ 02-419-5676

Copyright by Mahidol University