

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

ภัทรชา เป้นนาค*

สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรเพศ และอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนต้นอายุระหว่าง 12 - 14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับอยู่ที่ 0.85 และค่าความเที่ยง 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ค่า "ที" (t-test) และค่า "เอฟ" (f-test) ในกรณีที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's Method) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า

1. ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ แต่ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.23 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
2. วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีทักษะตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ : น้ำหนักเกิน/วัยรุ่น/ความรู้/ทักษะ/พฤติกรรม

*คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**รองศาสตราจารย์ ดร. คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ติดต่อผู้พิมพ์: ภัทรชา เป้นนาค

E-mail.: BigSpidr05@gmail.com

มือถือ 084-1181193

รับบทความ 24 พฤษภาคม 2562

แก้ไขบทความ 17 พฤษภาคม 2563

ตอบรับ 22 พฤษภาคม 2563

The Relationship of Knowledge, Attitude and Behavior on 3E'S Health Care Principle of Overweight Adolescent in Bangkok.

Pattaracha Pannak*

Suchitra Sukonthasab**

Abstract

Purpose This study aims to study and relationship among knowledge, attitude and behavior on 3E's health care principle of overweight adolescent in Bangkok.

Methods This research was a descriptive study. Sample sizes consisted of 400 Thai adolescent, both male and female, between 12 and 14 who lived in Bangkok. A questionnaire, created by the researcher, was used as a research tool. The content validity was tested by expert panel judges and showed 0.85 and demonstrated acceptable reliability at 0.79. Data were analyzed by percentile, mean, standard deviation, t-test, F-test, and multiple comparisons by using Scheffe's method and set P-value at the 0.05 level. The relationship between media exposure, knowledge, attitude and behavior in obesity prevention was examined by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Results The results of this study were as follows:

1. There was no relationship between knowledge and attitude on 3E's health care principle but there was a significant relationship between attitude and behavior ($p < 0.05$), the correlation coefficient was in the low level (0.23).
2. The knowledge and behavior of Thai adolescent people on 3E's health care principle showed a moderate level while attitude showed a high level.

Conclusion There was no relationship between knowledge and attitude on 3E's health care principle but there was a significant relationship between attitude and behavior ($p < 0.05$), the correlation coefficient was in the low level (0.23).

Keywords : Overweight/Adolescent/Knowledge/Attitude/Behavior

*Faculty of Sports Science, Chulalongkorn University.

**Associate Professor Dr., Faculty of Sports Science, Chulalongkorn University

Contract: Pattaracha Pannak

E-mail.: BigSpidr05@gmail.com

Mobile: 084-1181193

Received May 24, 2019 ; revised May 17, 2020 ; accepted May 22, 2020

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของประชากรทั่วโลกมากมายรวมทั้งประเทศไทย กล่าวคือการดำเนินชีวิตของผู้คนมีความสะดวกสบายและรวดเร็วมากยิ่งขึ้นไม่ว่าจะเป็นทางด้านการเดินทาง ด้านอาหารการกิน การทำกิจกรรมต่างๆ ล้วนมีความเปลี่ยนแปลงไปส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของประชาชนทั้งในด้านที่เป็นผลดีและไม่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ เป็นต้น พฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนขึ้นในประชาชนทุกเพศทุกวัย (วารินทร์ มากสวัสดิ์, 2558) อีกทั้งการมีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่แย่ลง ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลทางร่างกายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ อาทิ อาหารฟาสต์ฟู้ด น้ำอัดลม และอาหารที่ขาดคุณค่าทางโภชนาการในโรงเรียน ฯลฯ รวมถึงการมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบแบบคนเมือง มีกิจกรรมทางกายลดลง และการใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากขึ้น ต่างส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั้งสิ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2557 : ออนไลน์) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ทั้งทางด้านสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจ การเพิ่มขึ้นของปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในทุกสังคมรวมถึงในประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า มีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากถึง 22 ล้านคนอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนซึ่งอยู่ในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเร่งด่วนที่ต้องการการแก้ไขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วย เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มการมีภาวะน้ำหนักเกินของเด็กตั้งแต่เกิดจนถึงเข้าสู่วัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นและมีการระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กพบได้มากในกลุ่มคนในประเทศแถบตะวันตก และปัจจุบันพบมากขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ (World Health Organization [WHO], 2011) มีการคาดการณ์ว่าเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีจำนวนมากถึง 43 ล้านคน (Pulgaron ER, 2013) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพของวัยรุ่นและวัยรุ่นทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Karnik S, 2012) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความชุกโรคอ้วนในวัยรุ่นและวัยรุ่น ในภาพรวมเพิ่มขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1999-2000, 2005-2006, 2009-2010 และ 2013-2014 จากร้อยละ 13.9 เป็นร้อยละ 15.4 16.9 และ 17.23 ตามลำดับ เมื่อจำแนกออกเป็นกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 6-11 ปี) และกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 12-19 ปี) พบว่ากลุ่มวัยรุ่น มีความชุกของโรคอ้วนในช่วงเวลาดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงแบบขึ้นๆ ลงๆ กล่าวคือมีความชุกโรคอ้วนเท่ากับร้อยละ 15.1 15.1 18.0 และ 17.43 ตามลำดับ แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับความชุกโรคอ้วนในวัยรุ่นและวัยรุ่น ในภาพรวมแล้ว จะเห็นว่าในกลุ่มนี้ยังมีความชุกอยู่ในระดับที่สูง ส่วนความชุกโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นในช่วงเวลาเดียวกันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.8 เป็นร้อยละ 17.8 18.4 และ 20.63 ตามลำดับ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2552) ผลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557-2558 พบเด็กอายุ 12-14 ปี มีความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนถึงร้อยละ 13.9 โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบมากที่สุดของประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกันโดยมีความชุกของโรคอ้วนสูงมากถึงร้อยละ 10.2 และน้ำหนักเกินร้อยละ 3.9 (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554) ภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลเสียต่อ

สุขภาพอนามัยและเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้ นอกจากจะวัดโดยตรงจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้แล้วยังมีความสูญเสียจากการลดความสามารถในการทำงานเพราะการเจ็บป่วย ความพิการและการตายจากโรคเหล่านี้ เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ถือว่าเป็นภัยเงียบที่ผู้ใหญ่มักจะคาดไม่ถึง จากผลการศึกษาของโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-2552) พบว่าเด็กไทยอายุ 1-14 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเด็กอ้วน จำนวน 540,000 คน ในจำนวนนี้ 135,000 คน มีโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในเด็กจะส่งผลให้เด็กเหล่านี้พบกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตซึ่งภาวะน้ำหนักเกินนั้นส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (นริศรา พิงโพธิ์สภ, 2552; Janssen & Leblanc, 2010) ผลกระทบที่สำคัญที่สุดในเด็กที่มีน้ำหนักเกินคือการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน พบว่าสาเหตุหลักของโรคอ้วนในประชากรวัยผู้ใหญ่เกือบทั้งหมด มาจากพฤติกรรมการบริโภคที่สืบทอดมาตั้งแต่เมื่อยังอยู่ในวัยรุ่น (Lobstein et al., 2015) จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมอันเป็นสาเหตุของภาวะน้ำหนักเกิน ดังนั้นหากต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นควรเริ่มต้นแก้ไขตั้งแต่ในระดับของการป้องกันไม่ใช้การรักษาและส่งเสริมให้มีการป้องกันตั้งแต่ในวัยรุ่นเพราะเด็กวัยนี้เป็วัยที่กำลังมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจที่จะเจริญเติบโตขึ้นไปสู่วัยผู้ใหญ่ โดยเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของบุคคลซึ่งโรคและปัญหาสุขภาพหลายอย่างมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลและพฤติกรรมบางอย่างมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของร่างกาย และการรับประทานอาหารเป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องมีการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติจึงจะเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเรียนรู้สังเกตได้จากนิสัยการบริโภคที่ยึดติดกับรสชาติของอาหารรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ ชอบบริโภคตามกระแสนิยมและการโฆษณา (พัชรภาณต์ ไชยสังข์ และคณะ, 2557) การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติด้วยเพราะพฤติกรรมเป็นการแสดงออกหรือการกระทำเพื่อสนองต่อสิ่งเร้าตามสถานการณ์โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้และทัศนคติแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติด้วย (ทัศนาศิริโชติ, 2557) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาด้วยหลัก 3อ โดยเน้นว่าหลัก 3อ เป็นวิธีป้องกันความอ้วนที่ดีที่สุดประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552) แต่เนื่องจากการนำหลัก 3อ ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายวัยทำงานเป็นการแก้ไขปัญหาความอ้วนที่เกิดขึ้นแล้ว สำหรับผู้ที่ยังไม่อ้วนควรหาทางป้องกันไม่ให้น้ำหนักเกินในกลุ่มก่อนวัยทำงาน คือ กลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ ถ้าวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพย่อมไม่สามารถทำหน้าที่พัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ จากคำกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นกำลังเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันที่ควรได้รับการแก้ไขโดยด่วน เพราะจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพในภายภาคหน้าทั้งต่อตนเองและต่อเศรษฐกิจสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ได้แก่ อารมณ์ อาหาร และการออกกำลังกายของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรเพศ และอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 12 – 14 ปี ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของกองโภชนาการ กรมอนามัย (2542) ซึ่งใช้การคำนวณน้ำหนัก (กิโลกรัม) เทียบกับส่วนสูง (เซนติเมตร) (Weight for Height) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะอยู่ในเกณฑ์ตั้งแต่ $> +2$ SD

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง และรหัสโรงเรียน (สำหรับผู้วิจัย)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกข้อคำตอบที่ถูกต้องที่สุด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968 อ้างใน นภา มาสู่, 2552) ดังนี้

ระดับความรู้

ดี	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความรู้ในระดับดี
ปานกลาง	คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง
น้อย	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นการวัดความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของนักเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่าน้ำหนักหรือคะแนนในการตอบแบบสอบถาม 5 ระดับ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

จากนั้น ผู้วิจัยได้จัดระดับทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เป็น 3 ระดับ คือ

$$\text{ค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

สำหรับเกณฑ์การแปลผลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่มีค่าระหว่าง 1 – 5 คะแนน ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การจัดช่วงระดับคะแนน (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	แปลผล มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	แปลผล มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	แปลผล มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์

มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ พฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ นั้นเป็นการวัดความคิดเห็น ความเชื่อ การปฏิบัติตนของนักเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่าน้ำหนักหรือคะแนนในการตอบแบบสอบถาม 3 ระดับ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ประจำ	5	1
ครั้งคราว	3	3
ไม่เคย	1	5

จากนั้น ผู้วิจัยได้จัดระดับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เป็น 3 ระดับ คือ

$$\text{ค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

สำหรับเกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่มีค่าระหว่าง 1 – 5 คะแนน ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การจัดช่วงระดับคะแนน (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	แปลผล มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับควรปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	แปลผล มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	แปลผล มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับดี

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายลักษณะประชากรศาสตร์ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ระดับความรู้ /ระดับทัศนคติ/ระดับพฤติกรรมใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานใช้ทดสอบสมมติฐาน ใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (R) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

โดยการใช้หลักการแปลความหมายระดับความสัมพันธ์ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541 อ้างใน สีนินารถ ศรีสรสิทธิ์, 2558) กำหนดดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)

$R > 0.7$	ความสัมพันธ์ในระดับสูง
$0.3 \leq R \leq 0.7$	ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$R < 0.3$	ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$R = 0$	ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย

ค่าแปล

ผลการวิจัย

1. วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.25 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 45.75 และมีอายุ 12 ปี และ 13 ปี ในจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 31.75 และอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.50

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (N=400)

เพศ	จำนวน(คน)	$\bar{x}$	SD	T	P-Value
ชาย	217	8.12	2.28	4.095	0.00*
หญิง	183	8.97	1.85		

* $P \leq 0.05$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)

เพศ	จำนวน(คน)	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ชาย	217	3.78	0.40	2.48	0.01*
หญิง	183	3.68	0.38		

* $p \leq 0.05$

4. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันของระดับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ (n=400)

อายุ	จำนวน(คน)	ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ			
		$\bar{x}$	SD	F	p-value
12 ปี	127	3.35	0.38	5.12	0.01*
13 ปี	127	3.20	0.40		
14 ปี	146	3.34	0.40		

* $P \leq 0.05$

5. ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน

มาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.230 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		
	ความรู้	ทักษะ	พฤติกรรม
ความรู้	-	0.019 (p = 0.71)	0.021 (p = 0.68)
ทักษะ	-	-	0.230* (p = 0.00)
พฤติกรรม	-	-	-

*p ≤ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ แต่ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.23 คืออยู่ในระดับต่ำ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ทักษะตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อาจเป็นเพราะว่า หากมีทักษะดีไปในทางที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ไปในทางที่ดีด้วย แต่ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะและพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เลย สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ เรืองยิ่ง (2559) พบว่าทักษะต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้สามารถอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทักษะและพฤติกรรมได้ 4 ลักษณะ คือ การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามทักษะ โดยทักษะเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และพฤติกรรม และการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากทักษะที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทักษะจะก่อให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมนั่นเอง นอกจากนี้

ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่มีความเกี่ยวข้องกัน (Schwartz, 1975) สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของทัศนคติ ด้านความรู้หรือการรับรู้ ซึ่งเชื่อกันว่า ถ้าส่วนประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง ส่วนประกอบอื่นก็จะมีแนวโน้มเปลี่ยนด้วย เช่น ส่วนประกอบด้านการปฏิบัติเปลี่ยนแปลงตามด้วย (Zimbardo et al., 1977) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการเปลี่ยนวิธีดำเนินชีวิตในสังคม ถ้าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมถูกกระทบในระดับใดก็ตามจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทั้งสิ้น (จุฬพล รอดคำดี, 2532 อ้างใน มณฑล หวานวาจา, 2557) กระบวนการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล คือ ประการแรกการยินยอมเกิดจากการที่บุคคลยอมรับอิทธิพลของผู้อื่น เพราะต้องการให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อตนในทางที่ตนต้องการ ประการที่สองการลอกเลียนแบบเกิดจากการที่บุคคลยอมรับอิทธิพลของผู้อื่นเพราะต้องการสร้างพฤติกรรมของตนเองให้เหมือนกับบุคคลในสังคม และประการสุดท้ายการยอมรับพฤติกรรมในสังคมที่เหมาะสมกับค่านิยมที่บุคคลมีอยู่ในตนเอง (Herbert C. Kelman, 1967 อ้างใน สุปัญญา ปลั่งกลม, 2552) อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในรูปแบบของทัศนคติเป็นตัวกลาง ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติ หรือในรูปแบบที่ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา (Nancy Z. Schwartz อ้างใน นันทนัช โสมนรินทร์, 2555) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อิศเรศ คำแหง (2553) ที่พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาล และงานวิจัยของ นันทนัช โสมนรินทร์ (2555) ที่พบว่าทัศนคติในการป้องกันไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันไข้เลือดออก

2. ทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

จากผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 0.39$) อาจเป็นเพราะวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีประสบการณ์และผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมาจากแหล่งทัศนคติต่างๆ ที่มีอยู่มากมาย คือ เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างในทางที่ดีจะส่งผลให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดีด้วย รวมทั้งการเลียนแบบสิ่งที่เป็นแบบอย่างการปรับเปลี่ยนทัศนคติจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมรอบตัวจากการมีความสัมพันธ์กับสถาบันเช่นโรงเรียนหน่วยงานต่างๆซึ่งเป็นหน้าที่มาและสนับสนุนให้บุคคลเกิดทัศนคติในบางอย่างขึ้น (ประภา เพ็ญสุวรรณ อ้างใน มณฑล หวานวาจา, 2557) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่า ทัศนคติสะท้อนให้เห็นถึงความรู้และข้อมูลที่บุคคลมี (Schermerhorn, 2000)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
2. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 ในกลุ่มวัยต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2542). *แนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ จากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ : ด้านโภชนาการ*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- จิราภรณ์ เรืองยิ่ง. (2559). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา: การสังเคราะห์องค์ความรู้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหาร (รายงานผลการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: สาขาการวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทัศนาศิรีโชติ. (2557). *รายงานการวิจัย ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา*. สงขลา: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- นริศรา พึ่งโพธิ์สม. (2552). *ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน. วารสารประชากรศาสตร์*, 18(2), 69-87.
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M.L., Hall, K.D., Gortmaker, S.L. and Swinburn, B.A. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger 377 picture. *Lancet*, 385, 2510–2520.
- ประคอง วรรณสุต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรภรณ์ ไซยสังข์, ปัญจภรณ์ ยะเกษม, และนุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์. (2557). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(1), 30-43.
- วารินทร์ มากสวัสดิ์. (2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการมีกิจกรรมทางกายของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *สธ แนะนำ 3 อ. ช่วยลดพุง*. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2560, จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/6108>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). *คนไทยเป็นโรคอ้วนอันดับ 2 ของอาเซียน*. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2560, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/24745-คนไทยเป็นโรคอ้วนอันดับ%20%20ของอาเซียน.html>
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- Karnik S, Kanekar A. (2012). Childhood obesity: a global public health crisis. *Int J Prev Med*, 3(1): 1-7.
- Mo-suwan. (2009). *The Fourth National Health examination survey, 2008-2009*. Report: Children's health. In: Aekplakorn W, editor. Chapter 8 Nutritional status of children. Nonthaburi. (in Thai)
- Mo-suwan L. (2011). *Obesity and abdominal obesity in children and adolescents*. In: Nitiyanant W, editor. *Obesity and abdominal obesity*. Bangkok: Sukhumvit Media Marketing. p. 57-70. (in Thai)

Pulgaron ER. (2013). Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clin Ther*, 35(1), A18-32

World Health Organization. (2011). *Obesity and overweight*. Retrieved June 12, 2015. From <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>