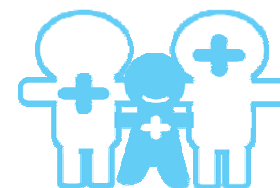




คู่มือ

ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
สำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
(Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight)



กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เครื่องมือประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกินครั้งนี้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วน และศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ซึ่งในการสังเคราะห์ดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพมุ่งที่พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ซึ่งลดเสี่ยงต่อภาวะอ้วน โดยทำการศึกษางานวิจัยฉบับเต็มทีตีพิมพ์เผยแพร่ ในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 – 2013 มีงานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้วัดกับเด็กและเยาวชนด้วยพบว่า มีงานวิจัย 6 เรื่องคืองานของ Davis et al. (2006) Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALMTeen), Norman and Skinner (2006) eHealth Literacy Scale (eHEALS), Chang (2010) The Chinese version (short form) of The Test of Functional Health Literacy in Adolescent (CS-TOFHLAd), and Murphy et al. (2010) Test of Functional Health Literacy in Adults shortened (S-TOFHLA) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน ของนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส สำหรับคนไทยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทั้งนี้ในการจัดทำคู่มือได้รับคำปรึกษาและร่วมพัฒนาเครื่องมือโดย รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คู่มือนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจใช้เป็นเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนเพื่อวางแผนออกแบบกิจกรรมในการลดความเสี่ยงและป้องกันโรคอ้วนได้ตามสภาวะสุขภาพที่เป็นจริง

สถานการณ์โรคอ้วนในโลกและประเทศไทย

ความท้าทายในปัญหาสุขภาพที่รุนแรงในศตวรรษที่ 21 ก็คือ โรคอ้วนที่พบเพิ่มขึ้นในเด็กทั่วโลกซึ่งนำมาสู่การเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (WHO, 2013) เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารและการดำเนินชีวิตที่อยู่นิ่งขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย จึงส่งผลต่ออัตราความชุกของโรคอ้วนในเด็กอายุ 5–19 ปีที่เพิ่มสูงขึ้น ปัญหาสาธารณสุขสำคัญของหลายประเทศ จึงเป็นภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่มีมากขึ้นจากรายงานองค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ.2548 มีประชากรโลกมากถึง 1,600 ล้านคนที่จัดอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและ 400 ล้านคนจัดอยู่ในภาวะอ้วน และประชากรโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินนี้จะเพิ่มเป็น 2,300 ล้านคนและมีโรคอ้วนเพิ่มเป็น 700 ล้านคนในปีพ.ศ.2558 (WHO, 2006) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.2003 พบว่า เด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ทั่วโลกมีอุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินประมาณ 17.6 ล้านคน องค์การควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) พบว่า เด็กอเมริกันอายุ 6-11 ปี เป็นโรคอ้วนร้อยละ 18.8 ในปี ค.ศ.2004 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ในปี ค.ศ.1980 และจากข้อมูลของ Nutritional Health and Nutritional Examination Surveys (NHANES) ที่พบว่า อัตราความชุกโรคอ้วนในผู้ใหญ่ที่มีค่า BMI 25 kg/m^2 ขึ้นไป ในปี ค.ศ.1999-2000 คิดเป็นร้อยละ 64.5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.0 ในปี ค.ศ.2007-2008 (Katherine et al., 2010) และจากการศึกษาระยะยาวในเด็กอเมริกันที่พบว่า ร้อยละ 32 ของเด็กอ้วน มีร้อยละ 40 ที่ยังอ้วนเมื่อเป็นวัยรุ่น และร้อยละ 75 ถึง 80 ที่วัยรุ่นอ้วนจะยังคงเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนอยู่



ประจักษ์ชัดได้จากสถิติในเด็กและเยาวชนจากช่วงปี ค.ศ.1976-1980 และค.ศ. 2003-2004 พบว่า เด็กอายุ 2-5 ปี เป็นโรคอ้วนเพิ่มจากร้อยละ5เป็นร้อยละ13.9ส่วน เด็กอายุ 6-11 ปี เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.5เป็นร้อยละ18.8 และวัยรุ่นอายุ 12-19 ปี เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5เป็นร้อยละ17.4และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33 สำหรับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (LaFontaine, 2008) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การเกิดโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นอเมริกันเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าตัว และจากรายงานขององค์กรระหว่างประเทศด้านการจัดการน้ำหนักตัว (International Obesity Taskforce -IOTF) ซึ่งทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลก (2009) ระบุว่า สถิติเด็กทั่วโลกที่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักเกินมีสูงถึง 155ล้านคน และในจำนวนดังกล่าวมีเด็ก 30 - 45ล้านคนที่เป็นโรคอ้วน โดยเฉพาะยุโรปมีเด็กที่ป่วยเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึงปีละ 400,000 คน และเด็กผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะน้ำหนักตัวมากกว่าเด็กผู้ชาย(สำนักกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ,2552)



สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกันทั้งในต่างจังหวัดและกรุงเทพมหานคร โดยพบผลที่น่าสนใจคือ เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนพบมากในนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนเอกชนหรือในเขตเมืองมากกว่านักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนรัฐบาลหรือโรงเรียนในเขตชนบท โดยนักเรียนในเขตเมืองและเขตชนบทเป็นโรคอ้วนร้อยละ 22.7 และร้อยละ7.4ตามลำดับ ทั้งนี้นักเรียนในโรงเรียนสาธิตเป็นโรคอ้วนมากที่สุดร้อยละ 18.1 และนักเรียนในโรงเรียนรัฐบาลเป็นโรคอ้วนน้อยที่สุดร้อยละ 8.3(Langendijk et al., 2003)ต่อมาการสำรวจภาวะ

โภชนาการในเด็กทั่วประเทศของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2543-2548พบว่า เด็กนักเรียนระดับอนุบาลและประถมศึกษาทั่วประเทศมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ13.6, 12.3, 12.9, 13.4, 12.8 และ 9.7ตามลำดับ และจากการสำรวจภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี ในกรุงเทพมหานคร จำนวน884 คน ในปี พ.ศ. 2547พบว่า มีเด็กอยู่ในภาวะอ้วน เริ่มอ้วน และท้วม รวมกันคิดเป็นร้อยละ 19.9 (กรมอนามัย, 2548)และจากการสำรวจของกรมอนามัย (2552) ดังนั้นในอีก6 ปีข้างหน้า จำนวนของเด็กอ้วนจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 1 ใน 5 ของเด็กก่อนวัยเรียน และ 1 ใน 10 ของเด็กในวัยเรียนหรือกล่าวได้ว่ามีเด็กอ้วนในประเทศไทยจำนวนสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 หากไม่จัดการกับการกินเกินความจำเป็น ข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราชปี พ.ศ. 2550เด็กอ้วนอายุ 6-18 ปี จำนวน125 ราย พบว่า1 ใน 5 ราย เริ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ และ 100 ราย เป็นเบาหวาน3 ราย ซึ่งถือว่าเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กและวัยรุ่นทั่วไป นอกจากนี้คนอ้วนลงพุงเพิ่มมากกว่าปกติ นอกจากจะเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน ยังเสี่ยงเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ที่สำคัญคนอ้วนยังเป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อไข้หวัดและมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ง่าย (สำนักกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2552)



พจน ผลภาวะโภชนาการของเด็กไทย ภายใต้โครงการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน (The South East Asia Nutrition Survey; SEANUTS)โดยทำการสำรวจเด็ก3,100 คนในจังหวัดกรุงเทพมหานครลพบุรี

เชียงใหม่ พังงา ศรีสะเกษ และกาฬสินธุ์ ในช่วงเดือนมกราคม 2554 ถึงกรกฎาคม 2555 และร่วมศึกษากับ 4 ประเทศในอาเซียนพบว่า เด็กไทยกำลังเผชิญกับภาวะน้ำหนักเกินคือ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคอ้วนซึ่งคล้ายกับเด็กมาเลเซีย ร้อยละ 19 มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยพ.ศ.2554-2563 พบว่าแนวโน้มความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของคนไทยเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)เช่นเดียวกับผลการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนไทยปีพ.ศ.2538-2552พบว่ามีเด็กอ้วนและน้ำหนักเกินทั่วประเทศร้อยละ 5.81 ในปีพ.ศ.2544 สำรวจโดยโครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทยในกลุ่มอายุ 6-12 ปีพบว่ามีเด็กอ้วนและน้ำหนักเกินทั่วประเทศร้อยละ 6.71 ในปี พ.ศ.2546 และจากการสำรวจครั้งล่าสุดปีพ.ศ.2551-2552 เป็นการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในกลุ่มอายุ 6-14 ปีพบว่ามีภาวะอ้วนซึ่งขนาดเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร โดยมีเด็กอ้วนและน้ำหนักเกินทั่วประเทศร้อยละ 9.7 ซึ่งสูงกว่าทุกการสำรวจที่ผ่านมาและการศึกษาของศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดชลบุรีปีพ.ศ.2555 พบว่าเด็กวัยเรียนมีภาวะตัวเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 17.72 (วิชัย เอกพลากร, 2553)



นอกจากนี้ในการศึกษาของอรพินท์ ภาคภูมิ และกันยารัตน์ สมบัติธีระ (2554)สำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนใน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลยหนองคาย

หนองบัวลำภูอุดรธานีร้อยเอ็ดขอนแก่นมหาสารคามและกาฬสินธุ์ปีพ.ศ.2554 พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษามีน้ำหนักตามเกณฑ์เทียบส่วนสูงโดยมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 5.93

ความชุกของภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินของเด็กไทยต่ำกว่าประเทศในทวีปยุโรป ทวีปอเมริกาใต้และทวีปอเมริกาเหนือ(International Obesity Task Force, 2009) สำหรับในเอเชียความชุกของภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินของประเทศไทยมีความใกล้เคียงกับประเทศญี่ปุ่นเกาหลีและสูงกว่าประเทศศรีลังกา (ลัดดาเหมาะสมสุวรรณ, 2551)จึงมีผลสรุปได้ว่าในการศึกษาทางด้านโภชนาการของหลายสถาบันระบุว่าเด็กที่อ้วนเมื่ออายุ 6 ขวบขึ้นไปจะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วนร้อยละ 25 ส่วนเด็กที่อ้วนเมื่ออายุ 12 ปีจะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วนมากถึงร้อยละ 75 ขึ้นไปโดยเด็กเหล่านี้จะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายระบบโดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบสูงมากในช่วง 20 ปีนี้ และจะเป็นผู้ใหญ่อ้วนที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งประมาณได้ว่าโรคอ้วนจะเป็นภาระกับผลผลิตมวลรวมของประเทศที่กำลังพัฒนาสูงถึงร้อยละ 1.1-1.2 หากไม่รีบเร่งแก้ไขภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคอ้วนนี้อาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาหยุดชะงักได้ (ลัดดาเหมาะสมสุวรรณ, 2551: 51)



ผลกระทบและความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากโรคอ้วนในเด็ก

พบว่ามีการควบคุมบริเวณขาจะอ่อนแรงโค้งงอทำให้ข้อเท้าเข้าอกเสปได้และในโรคอ้วนรุนแรงอาจมีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจโรคกระดูกและข้อต่อมีภาวะความดันโลหิตสูงคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดสูงภาวะด้านอินซูลินและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนในผู้ใหญ่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) และหากเด็กต้องเผชิญโรคอ้วนตั้งแต่เด็กและไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ปัญหาโรคอ้วนยิ่งรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะเกิดผลร้ายต่อสุขภาพเด็กในระยะยาวและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือ เด็กอ้วนเสี่ยงต่อการหยุดหายใจเมื่อหลับสนิท มีปัญหาออกซิเจนในเลือดต่ำลงขณะนอนหลับ ส่งผลต่อการเจริญเติบโต มีอาการปวดศีรษะ ปัสสาวะรดที่นอน ขน สมานสีน้ำตาล ปัญญาต่ำ และอาจเป็นมากจนมีการทำงานของหัวใจและปอดแย่ลง ทำให้ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจขณะหลับ รวมทั้งมีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 3-5 เท่าและผู้ที่น้ำหนักเกินตั้งแต่ 13 กิโลกรัมขึ้นไปหากลดน้ำหนักลงได้เพียงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 20 ลดเสี่ยงโรคมะเร็งได้ร้อยละ 37 ลดเสี่ยงโรคหัวใจได้ร้อยละ 9 และลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 44 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)



ความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy - HL)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีแนวคิดที่แตกต่างกัน และยังมีมิติที่เป็นองค์ประกอบการวัดความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย ดังนั้นกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จึงได้สังเคราะห์องค์ความรู้และสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อใช้ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนอายุ 6-14 ปี ก่อนที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะดำเนินกลยุทธ์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ ด้วยการเริ่มต้นทำความเข้าใจกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

การรู้หนังสือ (Literacy) คือ ความสามารถเข้าใจภาษาในระดับที่เหมาะสม การติดต่อสื่อสาร มาตรฐานสำหรับการรู้หนังสือ มีความหลากหลายระหว่างสังคม เช่น คนจำนวนมากอ่านตัวหนังสือไม่ได้แต่อ่านตัวเลขได้ อาจไม่จำเป็นต้องอ่านออก เขียนได้ดี แต่รับรู้ได้จากวิธีที่หลากหลายตามแนวความคิดของการรู้หนังสือ (วิกิพีเดีย)

การใช้คำ“Health literacy”ในภาษาไทย มีดังนี้

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข “ความแตกต่างด้านสุขภาพ”
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ”
3. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ “ความฉลาดทางสุขภาพ”
4. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปี 2556 “ความรู้ด้านสุขภาพ”



หน้า 8

ความรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนที่มีน้ำหนักเกิน

ในปี ค.ศ.1974 มีการบัญญัติคำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health literacy ครั้งแรกในการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา(Mancuso, 2009)และมีผู้ได้ให้คำจำกัดความที่มีการนำมาใช้กันอย่างหลากหลาย ดังเช่น

WHO (1998) ได้ให้คำจำกัดความของความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นนอกจากนั้นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541) ได้อธิบายเสริมว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการบรรลุถึงระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจในการที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยให้สุขภาพของตนเองและชุมชนดีขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ และNutbeam(2008) ได้อธิบาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ส่วน Rootman(2009)ให้ความหมายว่าเป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อประเมินและบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็นต้องการในด้านการรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วยซึ่งต่อมา Chin et al. (2011)ให้ความหมายว่าเป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพซึ่งทั้ง 2 คำ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ เช่นหากมีความรู้ด้าน

สุขภาพจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและล่าสุด Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) ได้กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพนั้นได้รับการถ่ายทอดหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมสร้างให้ตนเองเกิดความสามารถจนกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรอง และเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพบางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนเพื่อป้องกันโรคอ้วน หมายถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงต่อโรคอ้วนอันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัวเพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงต่อโรคอ้วนโดยวัดจากองค์ประกอบ 6 ด้านที่สะท้อนจากคุณลักษณะและพฤติกรรมคือความรู้ความเข้าใจการเข้าถึงข้อมูลทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ



องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนภาวะอ้วน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2009; Edwards, Wood, Davies & Edwards, 2012; นฤมล ตรีเพชร ศรีอุไร และเดชา เกตุฉ่ำ, 2554) ดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล หมายถึง การรับรู้ เข้าใจ การอ่าน และการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Cognitive skill) เป็นการนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนไปประยุกต์ โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ และวัฒนธรรมอันดีของสังคม เพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และคำนวณที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบเชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎหมายและวัฒนธรรมอันดีของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication skill) เช่น การเผยแพร่ ปรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิด ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรม และวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคม
4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง กระบวนการคิดในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่
5. ทักษะการจัดการตนเอง (Self- management skill) หมายถึง วิธีการทักษะและกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งเน้นการวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเอง และอื่นๆ ที่นำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ

6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการทักษะในการคิดทำความเข้าใจวิเคราะห์วิพากษ์เนื้อหาหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอและสามารถตีความเนื้อหาในสาระที่แฝงอยู่ในสื่อและประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้

แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนภาวะอ้วน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของNutbeamในปี ค.ศ.2008 ซึ่งมีผู้นำมาประยุกต์ใช้กันมาก ได้จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข เช่น การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) เป็นต้น

ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health literacy) ทักษะด้านการนึกคิด (Cognitive) ทักษะทางสังคม การรู้เท่าทันสื่อ รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางสังคมและปัญญาที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวัน การรู้เท่าทันทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของแต่ละบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกันจึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

การวัดความรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวัดความรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้วัด Health Literacy ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

1. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีดังนี้

1.1 Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REAML-Teen) เป็นแบบทดสอบที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเยาวชนทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าวได้รับการพัฒนาจากแบบทดสอบเดิมคือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) โดย Davis et al. (2006) เพื่อใช้ระบุเยาวชนที่มีข้อจำกัดด้านทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์เช่นเดียวกับแบบทดสอบหลักและได้มีการเผยแพร่ในวารสาร Pediatrics ผ่านบทความ “Development and validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): a tool to screen adolescents for below-grade reading in health care settings” การพัฒนาแบบสอบถาม REALM-Teen ถูกพัฒนาจากคณะแพทย์พยาบาลนักสังคมสงเคราะห์นักจิตวิทยาและนักการศึกษาในการร่วมคัดเลือกคำศัพท์จากแผ่นพับการให้สุขศึกษาของ American Academy ซึ่งประกอบด้วยคำที่ถูกคัดเลือกจำนวน 116 คำ โดยทำการทดสอบและนำร่องเพื่อศึกษาคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 – มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 200 คนและมีการคัดเลือกคำศัพท์ต่างๆของแบบสอบถามโดยคัดเลือกจากคุณภาพของข้อสอบรายข้อซึ่งประกอบด้วยค่าความยากค่าอ่านง่ายและการตัดสินใจของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือองค์ประกอบของ REALM-Teen มี 1 องค์ประกอบคือความสามารถในการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้ในหน่วยบริการทางสุขภาพประกอบด้วยคำศัพท์จำนวน 66 คำและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และทดสอบความสามารถในการอ่าน

ออกเสียงคำต่างๆที่เป็นข้อทดสอบใช้เวลาทดสอบประมาณ 2 – 3 นาทีจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 66 คะแนนเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มคะแนนที่มีทักษะระดับประถมศึกษาปีที่ 3 ลงมา (คะแนนระหว่าง 0 – 37 คะแนน) กลุ่มคะแนนที่มีทักษะระดับประถมศึกษาปีที่ 4 – 5 (คะแนนระหว่าง 38 – 47 คะแนน) กลุ่มคะแนนที่มีทักษะระดับประถมศึกษาปีที่ 6 – มัธยมศึกษาปีที่ 1 (คะแนนระหว่าง 48- 58 คะแนน) กลุ่มคะแนนที่มีทักษะระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2-3 (คะแนนระหว่าง 59-62 คะแนน) และกลุ่มคะแนนที่มีทักษะระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป (คะแนนระหว่าง 63-66 คะแนน)

เมื่อพิจารณาถึงการพัฒนาเครื่องมือพบว่า REALM-Teen พบว่าเครื่องมือดังกล่าวไม่มีการระบุไว้อย่างชัดเจนในการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือดังกล่าวคือเกณฑ์ที่ใช้ตรวจสอบความถูกต้องไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการออกเสียงที่ถูกต้องและมีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยมีการนำ REALM-Teen ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบทดสอบที่เกี่ยวข้องกับการอ่านทั่วไปซึ่งประกอบด้วย Wide Range Achievement Test (WRAT) และ Slosson Oral Reading Test (SORT-R) โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบการอ่านทั้งสองชนิดสูงมากคือ $r = 0.83$ และ 0.93 ตามลำดับและทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) โดยมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก ($r = 0.98$) และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94



1.2 Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) Test of Functional Health Literacy in Adults shortened (S-TOFHLA)

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) เป็นแบบทดสอบที่ถูกพัฒนาเพื่อใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดย Parker et al. (1995) และมีการเผยแพร่ในวารสาร J Gen Intern Med. ฉบับที่ 10 ปีที่ 10 ค.ศ.1995 โดยมีชื่อบทความว่า “The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients’ literacy skills” ทั้งนี้ในการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวมีการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้คำว่า Functional health literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานซึ่งมีแนวความคิดว่าการอ่านยังไม่สามารถพัฒนาความเข้าใจและปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากในการดูแลสุขภาพของตนเองในโรงพยาบาลนั้นยังมีทักษะด้านการคำนวณหรือทักษะที่เกี่ยวข้องกับตัวเลขอยู่เช่นการคำนวณปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานการกินยาทุกๆช่วง 4 ชั่วโมง เป็นต้น ดังนั้นทักษะการอ่านของผู้ป่วยเพียงองค์ประกอบเดียวจึงไม่เพียงพอและเป็นที่มาของแนวคิดในการพัฒนาแบบทดสอบดังกล่าว

การพัฒนาแบบสอบถาม TOFHLA นั้นได้รับการพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการรู้หนังสือ (Literacy expert) เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลสื่อที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพต่างๆผลการวิเคราะห์หรือการวินิจฉัยทางการแพทย์ฉลากยาและแบบฟอร์มกรอกข้อมูลทางการแพทย์ซึ่งการคัดเลือกสถานการณ์หรือฉลากยานั้นถูกคัดเลือกโดยผู้เชี่ยวชาญองค์ประกอบของ TOFHLA มีจำนวน 2 องค์ประกอบคือความเข้าใจในการอ่านและความสามารถในการคำนวณ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 50 ข้อสำหรับความเข้าใจในการอ่านและ 17 ข้อสำหรับการคำนวณและใช้การสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 22 นาทีและคำนวณโดยใช้การถ่วงน้ำหนักระหว่าง 2 องค์ประกอบโดยมีคะแนนระหว่าง 0 – 100 คะแนนและมีการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยมีการจัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่มได้แก่กลุ่มที่มีทักษะไม่พอเพียงพอหรือ

ระดับต่ำ (Inadequate health literacy) มีคะแนนระหว่าง 0 – 59 คะแนนกลุ่มที่มีทักษะค่อนข้างต่ำ (Marginal health literacy) มีคะแนนระหว่าง 60 – 74 คะแนนและกลุ่มที่มีทักษะเพียงพอ (Adequate health literacy) มีคะแนนระหว่าง 75 – 100 คะแนน

แบบทดสอบ TOFHLA พัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Functional health literacy ซึ่งได้มีการนิยามถึงความรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 องค์ประกอบคือทักษะด้านการอ่านที่เน้นเกี่ยวกับความเข้าใจและความสามารถและทักษะด้านการคำนวณพบว่าไม่มีการระบุถึงการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาส่วนความตรงเชิงโครงสร้างใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพอื่นๆซึ่งได้แก่ WRAT, REALM พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบระดับสูงคือ $r = 0.74$ และ 0.84 ตามลำดับอย่างไรก็ตามเมื่อนำแบบทดสอบ TOFHLA ไปหาความตรงเชิงโครงสร้างกับเครื่องมืออื่นเช่น Newest Vital Sign พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบในระดับปานกลาง ($r = 0.49$) และทดสอบค่าความเที่ยงโดยวัดความสอดคล้องภายในมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคในระดับสูงมาก ($\alpha = 0.98$)

Test of Functional Health Literacy in Adults shortened (S-TOFHLA) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยปรับแบบทดสอบ TOFHLA ให้มีข้อคำถามลดลงเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่วัดความสามารถด้านการอ่านในสถานการณ์หรือสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์และระบบสุขภาพ (Baker et al., 1999) การพัฒนาแบบสอบถาม S-TOFHLA นั้นพัฒนาจากแบบวัด TOFHLA ที่มีข้อจำกัดของแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อมากและใช้เวลาในการทำแบบทดสอบนานถึง 22 นาทีโดยคัดเลือกข้อคำถามของแบบทดสอบ TOFHLA ที่ใช้ในงานวิจัยที่มีการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับประเทศคำถามพิจารณาจากความสำคัญและความถี่ของสถานการณ์ที่ใช้คำศัพท์การคำนวณในสถานการณ์จริงเมื่อ

ต้องใช้บริการทางการแพทย์และค่าความยากของแต่ละข้อ S-TOFHLA มีจำนวน 2 องค์ประกอบคือความเข้าใจในการอ่านและการคำนวณประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อสำหรับความเข้าใจในการอ่านและการคำนวณ 4 ข้อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ใช้เวลาในการทดสอบน้อยกว่า 10 นาทีและคำนวณคะแนนโดยใช้การถ่วงน้ำหนักระหว่างองค์ประกอบทั้ง 2 องค์ประกอบโดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 100 คะแนนและมีการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยมีการจัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่มได้แก่กลุ่มที่มีทักษะไม่พอเพียงหรือระดับต่ำ (Inadequate health literacy) มีคะแนนระหว่าง 0 – 53 คะแนนกลุ่มที่มีทักษะค่อนข้างต่ำ (Marginal health literacy) มีคะแนนระหว่าง 54 – 66 คะแนนและกลุ่มที่มีทักษะเพียงพอ (Adequate health literacy) มีคะแนนระหว่าง 67 – 100 คะแนนซึ่ง

แบบวัด S-TOFHLA พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด Functional health literacy ส่วนการทดสอบคุณภาพเครื่องมือไม่ระบุว่ามีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาแต่มีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพอื่นคือ REALM พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านการอ่านและความเข้าใจมีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = 0.81$) แต่มีความสัมพันธ์ในองค์ประกอบด้านการคำนวณระดับปานกลาง ($r = 0.61$) และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วัดความสอดคล้องภายในพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระดับสูงมาก ($\alpha = 0.97$) ในองค์ประกอบความเข้าใจในการอ่านแต่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางระหว่างองค์ประกอบการคำนวณและคะแนน REALM



2.แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเองคือ The eHealth Literacy Scale (eHEALS) ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่พัฒนาเพื่อใช้วัดความสามารถของบุคคลในการใช้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มประชากรในภาพรวมเครื่องมือดังกล่าวได้รับการพัฒนาโดย Norman and Skinner (2006) ในประเทศแคนาดาและนำเสนอเป็นบทความ “eHEALS: The eHealth Literacy Scale” เผยแพร่ในวารสาร J Med Internet Res. ฉบับที่ 4 ปีที่ 8 ค.ศ. 2006 การพัฒนาแบบสอบถามeHEALSนั้นมีเนื้อหาของข้อคำถามต่างๆอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎี Lily theoretical model of eHealth Literacy ของ Norman and Skinner (2006) มี 6 องค์ประกอบคือ Traditional, Information, Health, Computer, Media และ Scientific literacy ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเครื่องมือดังกล่าวไม่มีการรายงานระยะเวลาในการทำแบบสอบถามและข้อจำกัดที่สำคัญของแบบสอบถามดังกล่าวคือไม่มีการรายงานคะแนนวิธีการคำนวณคะแนนหรือการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพการทดสอบคุณภาพเครื่องมือนี้มีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบผลการวิเคราะห์พบว่าข้อคำถามทั้ง 8 ข้อขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 55.99 โดยคะแนนน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าระหว่าง 0.6 – 0.84 และมีการทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการหาความสอดคล้องภายในพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ($\alpha = 0.88$)



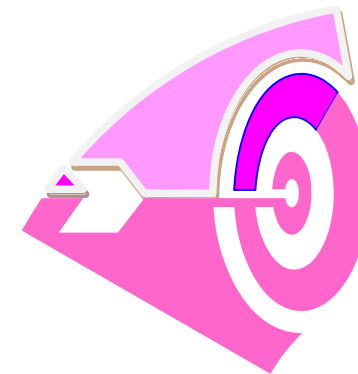
3. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส สำหรับคนไทยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

เป็นแบบวัดของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) มีการพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้และผ่านการทดสอบวัดจากประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปกลุ่มเสี่ยงทั่วประเทศ วัดจาก 6 องค์ประกอบ พบว่า

1) แบบวัดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha) = .912 มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .554-.847 และค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = .684, 2) แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .861 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .625-.725, 3) แบบวัดการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .912 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .554-.847, 4) แบบวัดการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองตามหลัก 3อ 2ส มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .887 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .689-.761, 5) แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .834 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .554-.710 และ 6) แบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .674 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .215-.476

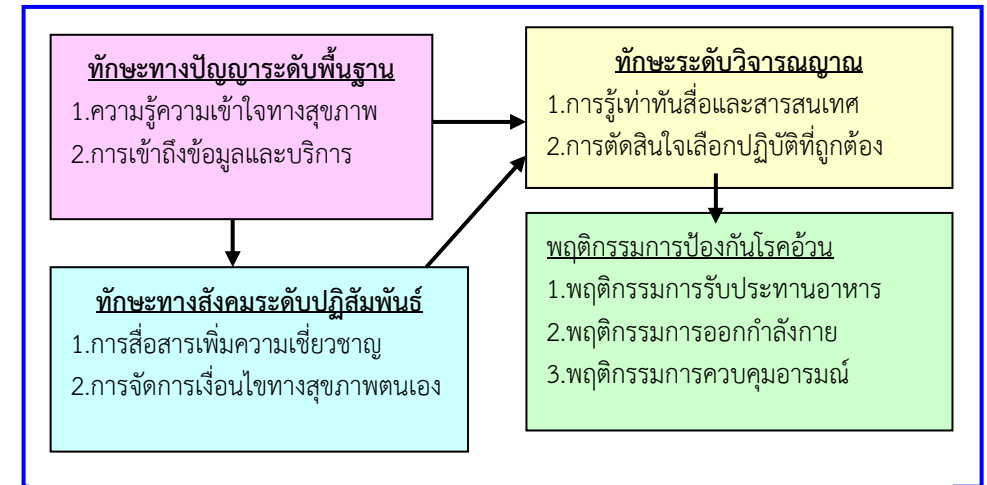
สำหรับการสร้างเครื่องมือวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกินครั้งนี้ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้พัฒนาในช่วงปีพ.ศ.2557 โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยัน (Confirmatory factor analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM)

จากการทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนพบว่าในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจะมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ Content Validity Index (CVI) และการตรวจสอบความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างเครื่องมือที่แตกต่างกันโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างดังกล่าวและมีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและมีการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแบบวัดความคงที่ (Stability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำต่างช่วงระยะเวลา (Test-retest) และการวัดความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในการวิเคราะห์และการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือรายข้อโดยการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Item-total correlation) ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



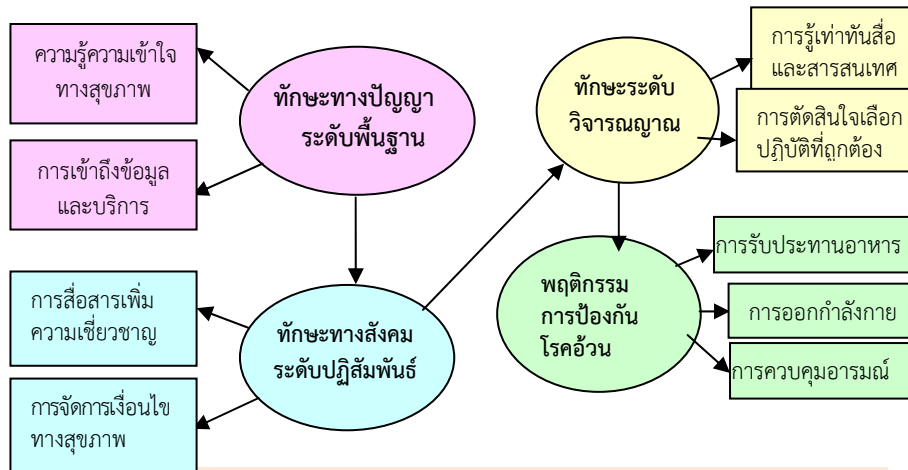
กรอบแนวคิดการสร้างแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ
สำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
(Health Literacy Scale of Thai Childhood Overweight)

Global Health Promotion (WHO, 2013)	Level (Nutbeam, 2000)	Components (Nutbeam, 2008; Edward, Wood, Davies& Edwards, 2012, กองสุศึกษา,255)
1.ทักษะทางปัญญา (Cognitive Skills)	L1: ระดับพื้นฐาน (Basic Level)	1.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน
		2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน
	L3: ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Level)	5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน
		6.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน
2.ทักษะทางสังคม (Social Skills)	L2: ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interaction Level)	3.การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน
		4.การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน
3.ผลลัพธ์สุขภาพ (Health Outcomes)	พฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วน	7. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
		8. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
		9. พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์

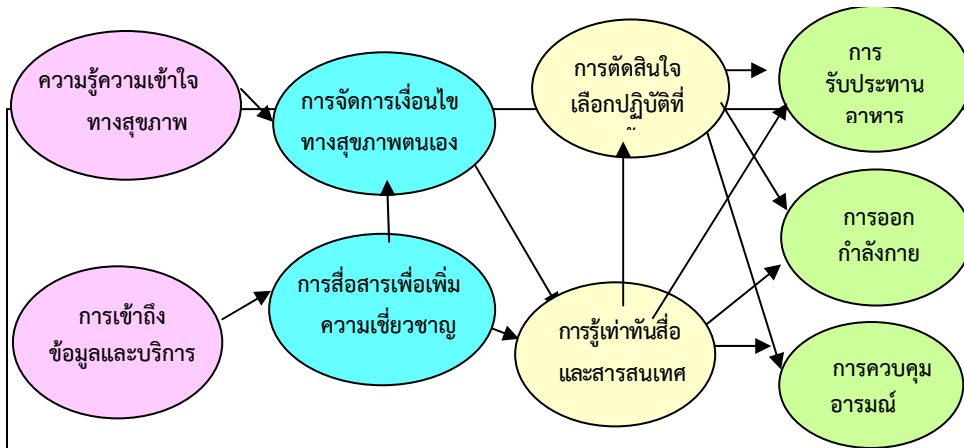


ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคอ้วน





ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้านความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วน



ภาพประกอบ 3 เส้นทางอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วน ตามสมมติฐาน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.สังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำร่างดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีขั้นตอนดังนี้

1.1สังเคราะห์ดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจากการทบทวนวรรณกรรมแบบมีระบบ โดยเริ่มจากการศึกษาทฤษฎี เอกสาร/งานวิจัย และดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แล้วทำการวิเคราะห์สังเคราะห์เนื้อหา เพื่อหาข้อสรุปมาจัดทำร่างดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

1.2 นำร่างดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวไปสัมภาษณ์เพื่อขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 5 คน และทำการวิเคราะห์หาข้อสรุปเพิ่มเติมเพื่อนำมาปรับปรุงดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพให้มีคุณภาพในความสอดคล้องและความตรงตามเนื้อหาขององค์ประกอบการวัดและความหมายของดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้นจากนั้นดำเนินการประชาพิจารณาดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2.การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

2.1 สร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยการสนทนากลุ่มย่อยคณะทำงาน เพื่อยกร่างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จากนั้นดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวัด ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน และด้านจิตพฤติกรรม แล้วนำกลับมาปรับปรุงเพื่อจัดทำเป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์

2.2 นำเครื่องมือวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีภาวะอ้วนท้วมในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 100 คน ในกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาค เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าความยากง่ายของแบบวัดความรู้และค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมที่มีค่า r ในช่วง .2-.8 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับที่มีค่ามากกว่า .6 ขึ้นไป

3. ทำการปรับข้อคำถามและนำแบบสอบถามฉบับจริงไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง รวม 2,000 คนโดยกำหนดตัวอย่างมีไว้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 9-14 ปี และมีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 22 -25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) หรือมีรูปร่างท้วม ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตา (Quota-Stratified random sampling) ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแต่ละสังกัดที่กระจายอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศแบ่งเป็น 1) สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 500 ตัวอย่าง 2) สังกัดการปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 500 ตัวอย่าง 3) สังกัดคณะกรรมการการอุดมศึกษา จำนวน 500 ตัวอย่าง และ 4) สังกัดสำนักงานอาชีวศึกษา จำนวน 500 ตัวอย่าง โดยในแต่ละสังกัดโรงเรียนนั้น กำหนดสัดส่วนให้ครอบคลุมในแต่ละภูมิภาค และจะดำเนินการเก็บกับประชากรทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

4. ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบเส้นทางอิทธิพลกับผลวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน



ผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและผลการสกัดและยืนยันองค์ประกอบ

รายงาน ค่าอำนาจจำแนกและค่าดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าอำนาจจำแนกและค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ

1. แบบวัดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความยากง่าย	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคใดมากที่สุด	0.80	0.37	0.33
2. วิธีการที่ดีที่สุดในการลดความอ้วนคือข้อใด	0.50	0.43	0.15
3. เด็กวัยเรียนที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย โดยปกติในแต่ละวัน ควรกินอาหารประเภทใดเพื่อควบคุมน้ำหนัก	0.63	0.62	0.66
4. ข้อความใดต่อไปนี้ไม่ถูกต้อง	0.57	0.67	0.60
5. เด็กชายอ๊อฟเป็นคนอ้วน เขาควรออกกำลังกายอย่างไรจึงจะไม่เกิดอันตรายต่อข้อเท้าและข้อเข่า	0.63	0.56	0.56
6. การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะช่วยควบคุมน้ำหนักและลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงได้	0.47	0.49	0.18
7. การออกกำลังกายทุกครั้ง เราควรกระทำตามบุคคลในข้อใด	0.60	0.67	0.63
8. บุคคลในข้อใดที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี	0.45	0.35	0.25
9. หากต้องการคลายเครียด กระทำตามข้อใดได้ผลดีที่สุด	0.53	0.57	0.30
10. คนที่มีภาวะอ้วน ควรหลีกเลี่ยงอาหารในข้อใด	0.75	0.49	0.51

ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = 0.76

2. แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าดัชนีวัด องค์ประกอบ
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคอ้วนนักเรียนสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน	0.48	0.73
2. เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพ นักเรียนสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้อื่น จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน	0.54	0.66
3. นักเรียนพบปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นถามจากผู้อื่น จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งแค่ไหน	0.40	0.67
4. นักเรียนตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองให้ถูกต้อง โดยการสืบค้นหรือสอบถามข้อมูลจากหลายแหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน	0.57	0.72
5. นักเรียนตรวจสอบแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ และการควบคุมน้ำหนักจนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือบ่อยครั้งแค่ไหน	0.49	0.66

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.74

3. แบบวัดการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าดัชนีวัด องค์ประกอบ
1. นักเรียนฟังคำแนะนำเรื่องโรคอ้วนและควบคุมน้ำหนัก จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน	0.50	0.61
2. นักเรียนขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อช่วยฝึกให้สามารถอ่านข้อมูลการคำนวณแคลอรีอาหาร หรือการประเมินสุขภาพ จากสื่อสุขภาพ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	0.54	0.80
3. นักเรียนเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนักให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	0.59	0.74
4. นักเรียนได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วนและโรคอื่นๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน	0.52	0.69
5. นักเรียนแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนป้องกันโรคอ้วนเพื่อให้คนอื่นเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน	0.60	0.77
6. นักเรียนโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วนที่ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่ไหน	0.58	0.76

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.79

4.แบบวัดการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าดัชนีวัด องค์ประกอบ
1. นักเรียนสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กิน ให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	0.54	0.73
2. นักเรียนวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	0.55	0.72
3. เมื่อนักเรียนพบว่าตนเองเครียด นักเรียนมีวิธีจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงได้ ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพบ่อยครั้งแค่ไหน	0.52	0.70
4. นักเรียนทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการป้องกันโรคอ้วนและการมีสุขภาพที่ดี บ่อยครั้งแค่ไหน	0.64	0.76
5. นักเรียนปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้มีการควบคุมน้ำหนักและดูแลสุขภาพให้สำเร็จ ได้มากขึ้นบ่อยครั้งแค่ไหน	0.60	0.78

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.79

5. แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าดัชนีวัด องค์ประกอบ
1. เมื่อนักเรียนเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ นักเรียนไปหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	0.64	0.70
2. เมื่อเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์และเกิดความสนใจในสินค้านั้น นักเรียนตั้งใจไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อบ่อยครั้งแค่ไหน	0.63	0.68
3. นักเรียนใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน จากสื่อที่ตนก่อนที่จะปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	0.62	0.73
4. ทุกครั้งที่นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ นักเรียนมีการวิเคราะห์ ประเมิน เนื้อหานั้นโดยไม่เชื่อในทันที บ่อยครั้งแค่ไหน	0.53	0.66
5. นักเรียนได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิเคราะห์แนวทางการป้องกันโรคอ้วนกับผู้อื่น โดยที่นักเรียนมีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	0.60	0.73

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.82

6. แบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าดัชนีวัด องค์ประกอบ
1. หากมีญาติพี่น้องหรือพี่ที่อยู่ข้างบ้าน ชวนออกไปกินอาหารรอบดึก นักเรียนจะอย่างไร	0.32	0.50
2. เมื่อเพื่อนบอกว่า การควบคุมน้ำหนักสามารถทำได้โดยการงดอาหารมื้อเช้า นักเรียนจะบอกเพื่อนอย่างไร	0.32	0.45
3. นักเรียนจะมีวิธีแนะนำเพื่อนที่ชอบดื่มน้ำอัดลม ให้ลดการดื่มลงเพื่อป้องกันโรคอ้วน ได้อย่างไร	0.36	0.42
4. นักเรียนจะเลือกวิธีใด เพื่อช่วยเพื่อนที่อยากลดน้ำหนัก แต่ไม่อยากเหนื่อย	0.26	0.13

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.52

7.แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าดัชนีวัด องค์ประกอบ
1. กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอดหรือที่มีส่วนผสมของกะทิ	.381	0.52
2. ปรงหรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่ม ในอาหารก่อนกิน	.327	0.52
3. กินผักและผลไม้สดสะอาดเสมออย่างน้อยวันละครั้งกิโลกรัม	.329	0.44
4. ควบคุมการกินโดยคำนึงถึงพลังงานอาหารที่ได้รับพอดีกับร่างกายตนเอง	.327	0.42
5. มีกิจกรรมใช้แรงกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อ	.293	0.50
6. ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อย วันละ 30 นาที	.304	0.50
7. มีวิธีระบายอารมณ์ที่เป็นทุกข์ หรือเมื่อมีความสุข ด้วยการกิน	.423	0.71
8. มีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ	.337	0.50
9. ดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานเช่นชาเย็นน้ำแดงโกโก้เย็นนมหวาน	.383	0.63

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าดัชนีวัด องค์ประกอบ
10. กินอาหารจานด่วนเช่น พิซซ่า แฮมเบเกอร์ฮ็อตดอก เป็นต้น	.452	0.69
11. กินขนมหวานเช่นไอศกรีมช็อคโกแลตลูกอมน้ำหวาน เป็นต้น	.469	0.65
12. กินขนมปังที่มีรสหวานเช่นโดนัทคุกกี้เค้กแครกเกอร์ป๊อปโตเกียว	.513	0.62
13. กินขนมกรุบกรอบขบเคี้ยวเช่นมันฝรั่งทอดข้าวเกรียบ หรือของว่างประเภทแป้ง	.406	0.49
14. วิ่งเล่นกับเพื่อนหรือเล่นกีฬาหลังเลิกเรียนหรือในวันหยุด	.373	0.57
15. เดินขึ้นบันไดแทนใช้ลิฟท์ หรือเดินไปโรงเรียน หรือเดินแทนใช้รถ เป็นต้น	.311	0.53
16. สังเกตถึงอารมณ์ความอยากและสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง	.418	0.61
17. ใช้เวลาในการรับประทานอาหารอย่างรวดเร็วทุกมื้อ	.437	0.53
18. กินอาหารเพื่อให้อิ่มท้องโดยไม่ได้นึกถึงประโยชน์	.426	0.64
19. เลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่ปรุงด้วยการนึ่ง อบ ย่าง ตุ่น และต้ม	.435	0.47
20. กินอาหารก่อนนอน หรืออาหารมื้อเย็น มื้อดึกใกล้เวลาเข้านอน	.403	0.52

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .0.82



เกณฑ์มาตรฐานการจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนไทย
เพื่อป้องกันโรคอ้วน ของแต่ละองค์ประกอบในการวัด

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
1.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (10ข้อๆ ละ 1คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	น้อยกว่า 6 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ถูกต้อง	-รู้และเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วน ยังไม่ถูกต้องดีพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน
	6- 7.99 คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม	ถูกต้องบ้าง	รู้และเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วน ที่ถูกต้องบ้าง ไม่ถูกต้องบ้างต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี
	8 คะแนนขึ้นไป หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ถูกต้องที่สุด	- รู้และเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนที่ถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (5 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 25 คะแนน)	น้อยกว่า 15คะแนน หรือ <60 % ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	-ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ
	15 –19.99คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	- สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้
	20-25 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	-สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้และเป็นแบบอย่างที่ดีได้
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (6 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 30คะแนน)	น้อยกว่า 18คะแนน หรือ <60 % ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	-ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้
	18– 23.99คะแนน หรือ ≥ 60 % - < 80 % ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	-สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการดูแลสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
	24 - 30 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีความเชี่ยวชาญพอในด้านการฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดีได้

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
4.การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง (5 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 25 คะแนน)	น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ <60 % ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้
	15–19.99คะแนน หรือ ≥ 60 % - < 80 % ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
	20-25 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี
5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (5 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 25 คะแนน)	น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ <60 % ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่ต้องคิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อนจะเชื่อหรือทำตาม
	15–19.99คะแนน หรือ ≥ 60 % - < 80 % ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่ออยู่บ้าง โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง
	20-25 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อเฉพาะที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนว่าถูกต้องจริงและเป็นแบบอย่างที่ดีได้
6.การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (4 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	น้อยกว่า 12 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	-ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ยึดมั่นทำตามตัวตามสบาย โดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง
	12-15.99คะแนน หรือ ≥60–<80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	-มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองป้องกันโรคอ้วน ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น
	16-20 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญการดูแลสุขภาพตนเองป้องกันโรคอ้วน ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
7.พฤติกรรม การป้องกันโรค อ้วน 20ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 100 คะแนน)	น้อยกว่า 60คะแนน หรือ <60 % ของ คะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันโรคอ้วน ไม่ถูกต้อง
	60– 79.99คะแนน หรือ≥60–<80 % ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันโรคอ้วน ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ ไม่สม่ำเสมอ
	80 -100 คะแนนหรือ ≥ 80 % ของคะแนน เต็ม	ดีมาก	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันโรคอ้วน ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ



เกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม
ทั้ง 6 องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวน 35 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 135

คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
ถ้าได้ น้อยกว่า 81 คะแนน หรือ<60% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการ ดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน
ถ้าได้ 81 – 107.99คะแนนหรือ≥60 –<80%ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและ อาจจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องบ้าง
108 -135คะแนนหรือ ≥80% ของ คะแนนเต็ม	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมี การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วน ได้ถูกต้องและยั่งยืนจน เชี่ยวชาญ



เมื่อพิจารณาเกณฑ์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับการรู้หนังสือ 3 ระดับ

องค์ประกอบ	คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
ระดับพื้นฐาน องค์ประกอบ ที่ 1 และ 2 (คะแนนรวม เต็ม 35 คะแนน)	ถ้าได้ น้อยกว่า 21คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับต่ำ
	ถ้าได้ 21–27.99คะแนน หรือ ≥ 60–<80% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับ ปานกลาง
	ถ้าได้ 28 - 35คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับสูง
ระดับ ปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบ ที่ 3 และ 4 (คะแนนรวม เต็ม 55 คะแนน)	น้อยกว่า 33คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ต่ำ
	ถ้าได้ 33– 43.99คะแนน หรือ ≥ 60–<80% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปานกลาง
	ถ้าได้ 44– 54.9คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สูง
ระดับ วิจารณ์ญาณ องค์ประกอบ ที่ 5 และ 6 (คะแนนรวม เต็ม 45 คะแนน)	น้อยกว่า 27คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการ คิดวิจารณ์ญาณ หรือวิพากษ์ ต่ำ
	ถ้าได้ 27– 35.99คะแนน หรือ ≥ 60–<80% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการ คิดวิจารณ์ญาณ หรือวิพากษ์ ปานกลาง
	ถ้าได้ 36 -45คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการ คิดวิจารณ์ญาณ หรือวิพากษ์ สูง

จากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบทำให้
ได้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีคุณภาพเพียงพอที่นำไปใช้ได้จริง ดังต่อไปนี้

แบบวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับ
เด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี (นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายกับมัธยมศึกษาตอนต้น)

คำชี้แจง

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน
กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรคอ้วน โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ คือ 1: อาหาร
2: ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย 3: อารมณ์โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 8 ตอนรวม
72 ข้อดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน (17 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน (10 ข้อ)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน (5 ข้อ)

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน (6 ข้อ)

ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน (5 ข้อ)

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน (5 ข้อ)

ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน (4 ข้อ)

ตอนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน (20 ข้อ)

ข้อมูลทั้งหมดของแบบวัดนี้ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบใดๆ ทั้งสิ้น

จึงขอให้นักเรียนตอบตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการปรับ
พฤติกรรมสุขภาพทั้งทางปัญญาสังคมและการปฏิบัติให้กับเด็กไทยต่อไป

ด้วยความขอบคุณยิ่ง

จาก กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

คำชี้แจงขอให้นักเรียนเติมข้อมูลลงในช่องว่างหรือใส่✓ลงในช่องว่างที่ตรงกับตัวนักเรียน

1. ปัจจุบันนักเรียนกำลังศึกษาอยู่ชั้น.....ชื่อโรงเรียน.....
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....
2. ผลการเรียนของนักเรียนเป็นอย่างไร ☐ 1. ดีมาก ☐ 2. ดี ☐ 3. พอใช้ ☐ 4. ไม่ค่อยดี
3. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
4. อายุ.....ปี เดือน
5. นักเรียนนับถือศาสนา ☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์ ☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ
6. ให้ระบุน้ำหนัก (กิโลกรัม) ส่วนสูง..... (เซ็นติเมตร) และรอบเอว..... (นิ้ว)
ของนักเรียนครั้งล่าสุด
7. นักเรียนประเมินว่า ตนเองมีรูปร่างหรือน้ำหนักตัวเป็นอย่างไร
☐ 1. ผอมไป ☐ 2. น้ำหนักปกติ ☐ 3. ท้วม ☐ 4. อ้วน ☐ 5. อ้วนมาก
8. ปัจจุบันนักเรียนพักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดาใช่หรือไม่
☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่ (นักเรียนพักอยู่กับใคร.....)
9. สถานภาพสมรสของ พ่อแม่ของนักเรียน
☐ 1. โสด ☐ 2. แต่งงาน และอาศัยอยู่ด้วยกัน
☐ 3. แต่งงาน แต่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ☐ 4. หม้าย
☐ 5. หย่า/แยกกันอยู่ ☐ 6. อื่น ๆ
10. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองหลัก (พ่อหรือแม่หรือญาติคนใดคนหนึ่ง) ที่นักเรียนพึ่งพิงมากที่สุดอยู่ระดับใด
☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ 5. อนุปริญญา/ปวส. ☐ 6. ปริญญาตรี
☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 8. อื่นๆ.....
11. อาชีพของผู้ปกครอง (พ่อหรือแม่หรือญาติคนใดคนหนึ่ง) ที่นักเรียนพึ่งพิงมากที่สุดในปัจจุบัน
☐ 1. ทำไร่ ทำนา ทำสวน ☐ 2. รับจ้างทั่วไป ☐ 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ 4. รับราชการ/
พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ 5. ทำงานโรงงาน ☐ 6. พนักงานบริษัทเอกชน
☐ 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 8. อื่นๆ

12. นักเรียนคิดว่า รายได้ของครอบครัวที่นักเรียนอาศัยอยู่ในปัจจุบัน มีสถานะภาพเป็นอย่างไร
☐ 1. พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร ☐ 2. พอเพียงแต่แทบไม่มีเงินเหลือเก็บ
☐ 3. ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง ☐ 4. ไม่พอเพียงและมีปัญหาภาระหนี้สินมาก
13. นักเรียนคิดว่า ผู้ปกครองของนักเรียนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญหรือมีความหมายในชีวิตของนักเรียนขนาดไหน
☐ 1. สำคัญมากที่สุด ☐ 2. สำคัญมาก ☐ 3. สำคัญปานกลาง
☐ 4. สำคัญน้อย ☐ 5. . สำคัญน้อยที่สุด
14. 1 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนประเมินว่าสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวมของตนเอง เป็นอย่างไร
☐ 1. ดีมาก ☐ 2. ดี ☐ 3. ปานกลาง ☐ 4. ไม่ดี ☐ 5. ไม่ดีเลย
16. นักเรียนมีประวัติการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวเหล่านี้ ที่ต้องพบแพทย์สม่ำเสมอหรือไม่

16.1 ความดันโลหิตสูง	☐ 1. มี	☐ 2. ไม่มี	☐ 3. ไม่ทราบ
16.2 เบาหวาน	☐ 1. มี	☐ 2. ไม่มี	☐ 3. ไม่ทราบ
16.3 หัวใจและหลอดเลือด	☐ 1. มี	☐ 2. ไม่มี	☐ 3. ไม่ทราบ
16.4 ไขมันในเลือดสูง	☐ 1. มี	☐ 2. ไม่มี	☐ 3. ไม่ทราบ
16.5 โรคอ้วน/อ้วนลงพุง	☐ 1. มี	☐ 2. ไม่มี	☐ 3. ไม่ทราบ
16.6 อื่นๆ ระบุ.....	☐ 1. มี	☐ 2. ไม่มี	☐ 3. ไม่ทราบ
17. บุคคลในครอบครัวของนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง เป็นใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1)
☐ 1. พ่อ ☐ 2. แม่ ☐ 3. ปู่/ย่า ☐ 4. ตา/ยาย ☐ 5. พี่น้องสายเลือดเดียวกัน ☐ 7. ไม่มี

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน

โปรดทำเครื่องหมาย✓หรือ○ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

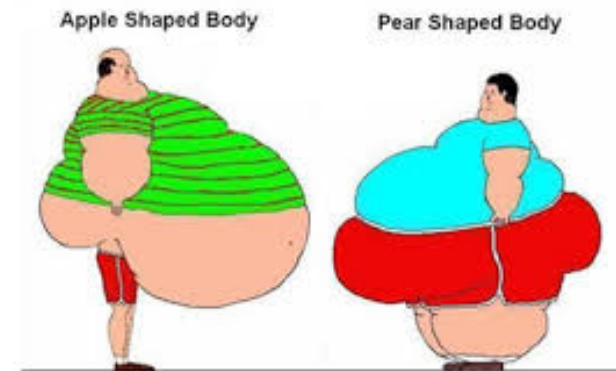
1. เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคใดมากที่สุด

ก. ความจำเสื่อม ปวดหลัง ไขมันในเลือดสูง ข. เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ✓

ค. หัวใจโต หลอดเลือดสมองแตก กระดูกพรุน ง. ปวดหลัง หัวใจหลอดเลือด กระดูกพรุน

2. วิธีการที่ดีที่สุดในการลดความอ้วนคือข้อใด
 - ก. การงดกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ทุกชนิด
 - ข. การงดกินอาหารประเภทไขมันทุกชนิด
 - ค. การงดกินอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลทุกชนิด
 - ง. การกินอาหารครบ 5 หมู่ที่ให้พลังงานต่ำ ✓
3. เด็กวัยเรียนที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ปกติในแต่ละวันควรกินอาหารใดเพื่อควบคุมน้ำหนัก
 - ก. เช้า นม 1 แก้ว กลางวัน ข้าวกับน่องไก่ทอด 2 ชิ้น น้ำหวาน เย็น ข้าวผัดกุ้งปลาหมึกไข่ดาว ขนมปัง 1 แถว
 - ข. เช้า ข้าวต้มหมู 1 ถ้วย กลางวัน ผัดซีอิ้วใส่ไข่ใส่หมู 1 จาน ลำไย เย็น ข้าวมันไก่ น้ำซุบ ไข่เจียว ขนม 1 ถ้วย
 - ค. เช้า ข้าวต้มปลา 1 ถ้วย นม 1 แก้ว กลางวัน ก๋วยเตี๋ยวน้ำ 1 ชาม ชมพู่ เย็น ข้าว 1 จาน กับต้มตำลึง 1 ถ้วย แตงโม ✓
 - ง. เช้า กินผัดสปาเก็ตตี้ไก่ 1 จาน นม 1 แก้ว กลางวัน กินข้าวหมูแดงหมูกรอบ เย็น กินพิซซ่า ขนมปังกระเทียมปึกไก่อบ
4. ข้อความใดต่อไปนี้ ไม่ถูกต้อง
 - ก. รับประทานชาเย็น นมเย็น ทำให้อ้วน
 - ข. ดื่มนมสดน้ำผลไม้กล่องมากๆ ไม่ทำให้อ้วน
 - ค. รับประทานวุ้นเส้นได้จำนวนมากไม่ทำให้อ้วนง. รับประทานผักจำนวนมากๆ ทำให้อ้วน ✓
5. เด็กชายอ๊อฟเป็นคนอ้วนเขาควรออกกำลังกายอย่างไรจึงจะ ไม่อันตราย ต่อข้อเท้าและข้อเข่า
 - ก. วิ่งข้ามรั้วกระโดดเชือก
 - ข. บาสเก็ตบอลเล่นฟุตบอล
 - ค. ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ✓
 - ง. กระโดดตบวิ่งกระโดดไกล
6. การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะช่วยควบคุมน้ำหนักและลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโรคความดันโลหิตสูงได้
 - ก. ออกกำลังกายจนเหนื่อยมีเหงื่อซึมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันๆ ละ 30 นาที ✓
 - ข. ออกกำลังกายต่อเนื่องจนเหงื่อออกมาก ทุกวัน ๆ ละ 60 นาที
 - ค. ออกกำลังกายด้วยการเดินช้า ๆ ต่อเนื่องทุกวัน ๆ ละ 20 นาที
 - ง. ออกกำลังกายอย่างหนัก 10 นาที วันเว้นวัน

7. การออกกำลังกายทุกครั้ง เราควรกระทำตามบุคคลในข้อใด
 - ก. รัชชยดื่มน้ำให้มากๆ ทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
 - ข. ธารนียบอุ่นร่างกายก่อนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หลัง ออกกำลังกาย ✓
 - ค. ทวีปทานอาหารให้อิ่มทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
 - ง. เทวัญ ออกกำลังกายอย่างหนักตลอดเวลาของการออกกำลังกาย
8. บุคคลในข้อใด ที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเอง ได้ดี
 - ก. วีระคิดหาทางแก้ปัญหาทุกเรื่องให้ได้
 - ข. ชัยยศ คอยระวังตัวเพื่อไม่ให้มีใครนินทาว่าร้ายตัวเอง
 - ค. นงศราญตั้งใจเรียนสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาตนเอง ✓
 - ง. น้อยหน้าเข้าวัดไหว้พระ ขอพรทุกครั้งที่มีปัญหา
9. หากต้องการคลายเครียด กระทำตามข้อใด ได้ผลดีที่สุด
 - ก. กินอาหารให้เพลิน อ่านหนังสือที่ชอบ
 - ข. ออกกำลังกายจนเหงื่อออก สวดมนต์นั่งสมาธิ ✓
 - ค. ดูละครหลังข่าว นอนฟังเพลงให้มาก
 - ง. เรียนพิเศษให้เต็มที่ หยุดพักไปท่องเที่ยว
10. คนที่มีภาวะอ้วน ควรหลีกเลี่ยงอาหารในข้อใด
 - ก. ข้าวขาหมู ✓
 - ข. ก๋วยเตี๋ยวน้ำ
 - ค. สลัดทูน่า
 - ง. ส้มตำไทย



ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคอ้วนนักเรียนสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน					
2. เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพ นักเรียนสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้อื่น จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน					
3. นักเรียนพบปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นถามจากผู้อื่นจากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ตบ่อยครั้งแค่ไหน					
4. นักเรียนตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองให้ถูกต้อง โดยการสืบค้นหรือสอบถามข้อมูลจากหลายๆ แหล่งบ่อยครั้งแค่ไหน					
5. นักเรียนตรวจสอบแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพและการควบคุมน้ำหนัก จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือบ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)
1. นักเรียนฟังคำแนะนำเรื่องโรคอ้วนและควบคุมน้ำหนัก จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน					
2. นักเรียนขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อช่วยฝึกให้สามารถอ่านข้อมูลการคำนวณแคลอรีอาหาร หรือการประเมินสุขภาพจากสื่อสุขภาพ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
3. นักเรียนเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนักให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. นักเรียนได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วนและโรคอื่นๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน					
5. นักเรียนมีการแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนป้องกันโรคอ้วน เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน					
6. นักเรียนโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วนที่ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)
1. นักเรียนสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กิน ให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. นักเรียนวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
3. เมื่อนักเรียนพบว่าตนเองเครียด นักเรียนมีวิธีการจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงได้ ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพบ่อยครั้งแค่ไหน					
4. นักเรียนทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการป้องกันโรคอ้วนและการมีสุขภาพที่ดี บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. นักเรียนปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเอง เพื่อให้มีการควบคุมน้ำหนักและดูแลสุขภาพให้สำเร็จ ได้มากขึ้นบ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)
1. เมื่อนักเรียนเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ นักเรียนไปหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. เมื่อเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์ และเกิดความสนใจในสินค้านั้น นักเรียนตั้งใจไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อบ่อยครั้งแค่ไหน					
3. นักเรียนใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน จากสื่อเหล่านั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ทุกครั้งที่นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพนักเรียนมีการวิเคราะห์ประเมิน เนื้อหานั้นโดยไม่เชื่อทันที บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. นักเรียนได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์วิจารณ์แนวทางการป้องกันโรคอ้วนกับผู้อื่น โดยที่นักเรียนมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ ○ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติ หรือคาดว่าจะปฏิบัติ

- หากมีญาติพี่น้องหรือผู้ที่อยู่ข้างบ้าน ชวนออกไปกินอาหารรอบดึก นักเรียนจะอย่างไร
 - ออกไปเป็นเพื่อน แต่ไม่กินบอกว่าแปร่งฟันแล้ว2
 - ออกไปเป็นเพื่อนและกินอาหารแต่ผัก ผลไม้ ที่ไม่ให้อ้วน 1
 - ไม่ออกไป ให้เหตุผลตามจริงว่าจะอยู่เป็นเพื่อนแม่ 3
 - ไม่ออกไป และให้เหตุผลอธิบายว่า กินแล้วเดี๋ยวทำให้อ้วนขึ้นแล้วลดยาก 4
- หากเพื่อนชวนให้นักเรียนกินเค้กวันเกิด แต่นักเรียนกำลังลดน้ำหนัก นักเรียนจะบอกเพื่อนว่าอย่างไร
 - บอกเพื่อนว่า กำลังอิมอยู่พอดี อีกสักพักค่อยกิน 2
 - บอกเพื่อนว่า ปีน้าอย่าเลี้ยงเค้กให้เปลี่ยนเป็นอย่างอื่น1
 - บอกเพื่อนว่า กำลังลดน้ำหนักอยู่ ถ้าน้ำหนักเพิ่มจะลดลงได้ยาก 4
 - บอกเพื่อนว่า ไม่ชอบเค้ก ขอกินอย่างอื่นแทน3
- นักเรียนจะมีวิธีแนะนำเพื่อนที่ชอบดื่มน้ำอัดลม ให้ลดการดื่มลงเพื่อป้องกันโรคอ้วน ได้อย่างไร
 - ชวนเพื่อนคุยถึง วิธีการผลิตน้ำอัดลม 1
 - เปรียบเทียบระหว่างน้ำอัดลม กับเครื่องดื่มอื่น ๆ 2
 - บอกเพื่อนว่า น้ำอัดลม ทำให้เป็นโรคกระเพาะและอ้วนได้ 3
 - เล่าให้เพื่อนฟังว่า น้ำอัดลมมีน้ำตาลเป็นส่วนผสมอยู่มาก4
- นักเรียนจะเลือกวิธีใด เพื่อช่วยเพื่อนที่อยากลดน้ำหนัก แต่ไม่อยากเหนื่อย
 - ชวนเพื่อนไปเดินเล่นดูกิจกรรมในสวนสาธารณะ 1
 - ชวนเพื่อนไปเดินตามจังหวะเพลงเกาหลี2
 - พาเพื่อนไปสนามกีฬาแล้วให้เล่นด้วยกันเป็นเพื่อน 4
 - ใช้วิธีหลอกให้เพื่อนไปวิ่งไล่จับและวิ่งแข่งเก็บขยะ 3

ตอนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ และเติมข้อความในช่องว่างของแต่ละข้อที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในปัจจุบันนี้

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7วัน/ สัปดาห์ (5)	4-5วัน/ สัปดาห์ (4)	3 วัน/ สัปดาห์ (3)	1-2วัน/ สัปดาห์ (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอดหรือที่มีส่วนผสมของกะทิ (ข้อลบ)					
2. เปรี้ยว/เติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่มในอาหารก่อนกิน (ข้อลบ)					
3. กินผักและผลไม้สดสะอาดเสมออย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม					
4. ควบคุมการกินโดยคำนึงถึงพลังงานอาหารที่ได้รับพอดีกับร่างกายตนเอง					
5. มีกิจกรรมใช้ร่างกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อ					
6. ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อย 5 วันๆละ 30 นาที					
7. มีวิธีระบายอารมณ์ที่เป็นทุกข์ หรือเมื่อมีความสุข ด้วยการกิน(ข้อลบ)					
8. มีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ					
9. ดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานเช่นชาเย็นน้ำแดง โกโก้เย็นนมหวาน(ข้อลบ)					
10.กินอาหารจานด่วนเช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ฮ็อตดอก เป็นต้น(ข้อลบ)					

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7วัน/ สัปดาห์	4-5วัน/ สัปดาห์	3 วัน/ สัปดาห์	1-2วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
11. กินขนมหวานเช่นไอศกรีมช็อคโกแลตลูกอม น้ำหวาน เป็นต้น(ข้อลบ)					
12. กินขนมปังที่มีรสหวานเช่นโดนัทคุกกี้เค้กเค รปญี่ปุ่นโตเกียว(ข้อลบ)					
13. กินขนมกรุบกรอบเช่นมันฝรั่งทอดข้าว เกรียบ หรือของว่างประเภทแป้ง(ข้อลบ)					
14. วิ่งเล่นกับเพื่อนหรือเล่นกีฬาหลังเลิกเรียน หรือในวันหยุด					
15. เดินขึ้นบันไดแทนใช้ลิฟท์ หรือเดินไป โรงเรียน หรือเดินแทนใช้รถ เป็นต้น					
16. สังเกตถึงอารมณ์ความอยากและสิ่งผิดปกติที่ เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง					
17. ใช้เวลาในการกินอาหารอย่างรวดเร็วทุกมื้อ (ข้อลบ)					
18. กินอาหารเพื่อให้อึดท้องโดยไม่ได้นึกถึง ประโยชน์(ข้อลบ)					
19. เลือกกินเฉพาะที่ปรุงด้วยการนึ่ง อบ อย่าง ตุ๋น และต้ม					
20. กินอาหารก่อนนอน หรือกินอาหารมื้อเย็น มือตักใกล้เวลาเข้านอน (ข้อลบ)					

ผลการวิเคราะห์

1.ข้อมูลเบื้องต้น ระดับความรู้ด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์

รายงานผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนที่ได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบ 2 ชั้นโดยชั้นแรกสุ่มอย่างง่ายให้ได้จังหวัดที่มาจากทุกภูมิภาค ๆ ละ 2-3จังหวัดและชั้นสองสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตาจังหวัดละ 200 คน ที่กระจายอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาลจากประชากร 10 จังหวัดรวมกรุงเทพมหานครจาก 4 ภูมิภาคได้แก่ ภาคเหนือมีเชียงใหม่ตาก ภาคกลางมีระยองชลบุรีภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี ขอนแก่น บึงกาฬ เพชรบูรณ์ภาคใต้มี ภูเก็ต นครศรีธรรมราช และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,004คนที่ตอบแบบวัดที่มีความสมบูรณ์ครบทุกข้อ

จากผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจากกลุ่มตัวอย่าง 2,004 คน พบผลดังตารางและกราฟแสดงจำแนกตามรายองค์ประกอบและภาพรวมทั้ง 6 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

ตาราง4แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมทั้ง6องค์ประกอบโดยแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดีพอ	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส	1209	60.4
พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องบ้าง	768	38.3
ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนตามหลัก3อ 2ส ได้อย่างถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ	27	1.3

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรม
การป้องกันโรคอ้วนแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วน	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อย และไม่ค่อยถูกต้องและแทบจะไม่มีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพ	781	39.0
พอใช้	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้ ปริมาณเพียงพอแต่ถูกต้องบ้างมีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพอยู่บ้าง	1171	58.4
ดีมาก	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้ ปริมาณดีมากเพียงพอต่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน จนเชี่ยวชาญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	52	2.6

จากตาราง 4 และ 5 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้าน
สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ *ไม่ดีพอ* คิดเป็นร้อยละ 60.4 รองลงมาอยู่ในระดับ *พอใช้* คิด
เป็นร้อยละ 38.3 และ อยู่ในระดับ *ดีมาก* เพียงร้อยละ 1.3 พฤติกรรมการป้องกันโรค
อ้วนอยู่ในระดับที่ *พอใช้* เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมาอยู่ในระดับ *ไม่ดีพอ*
คิดเป็นร้อยละ 39.0 และมีเพียงร้อยละ 2.6 ที่อยู่ในระดับ *ดีมาก*



เมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับการเรียนรู้ 3 ระดับ

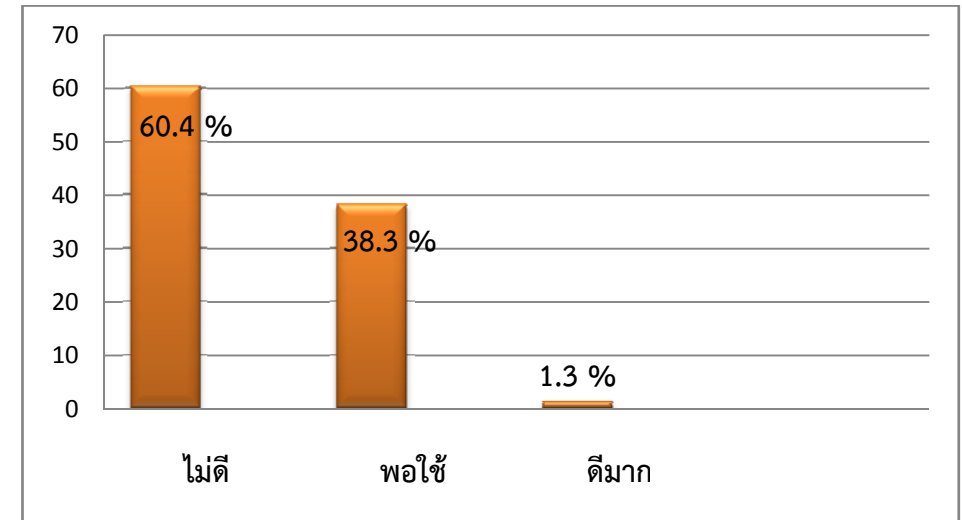
องค์ประกอบ	ระดับ HL	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพื้นฐาน	ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับต่ำ	1081	53.9
	พอใช้	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง	829	41.4
	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับสูง	94	4.7
ระดับ ปฏิสัมพันธ์	ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ต่ำ	1159	57.8
	พอใช้	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลปานกลาง	686	34.2
	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สูง	159	7.9
ระดับ วิจารณ์ญาณ	ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการมี วิจารณ์ญาณต่ำ	1446	72.2
	พอใช้	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการมี วิจารณ์ญาณ ปานกลาง	534	26.6
	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการมี วิจารณ์ญาณ สูง	24	1.2

จากตารางข้างต้นสรุปได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับทักษะ
ทางปัญญาและสังคม พบว่า เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน
กลุ่มตัวอย่างมีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับ *ไม่ดีพอ* คิดเป็นร้อยละ 53.9 ส่วนความรู้
ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ *ไม่ดีพอ* คิดเป็นร้อยละ
57.8 และความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับ *ไม่ดีพอ*
เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 72.2 รองลงมาอยู่ในระดับ *พอใช้* คิดเป็นร้อยละ 26.6 มี
เพียงร้อยละ 1.2 ที่อยู่ในระดับ *ดีมาก*

หน้า 50

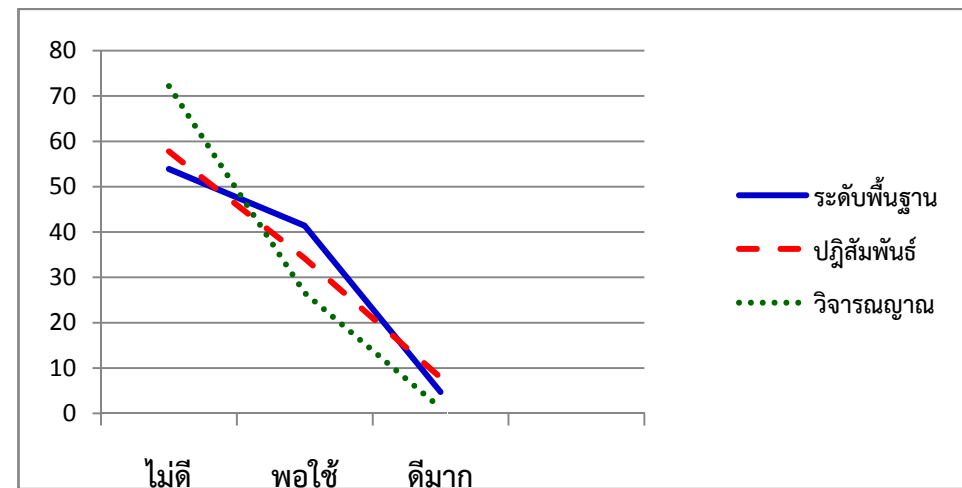
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้าน
สุขภาพแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

องค์ประกอบที่	ระดับ HL	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	ไม่ถูกต้อง	1039	51.8
	ถูกต้องบ้าง	394	19.7
	ถูกต้อง	571	28.5
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	ไม่ดีพอ	1195	59.6
	พอใช้	604	30.1
	ดีมาก	205	10.2
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	ไม่ดีพอ	1321	65.9
	พอใช้	535	26.7
	ดีมาก	148	7.4
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง	ไม่ดีพอ	1024	51.1
	พอใช้	660	32.9
	ดีมาก	320	16
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	ไม่ดีพอ	1250	62.4
	พอใช้	495	24.7
	ดีมาก	259	12.9
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	ไม่ดีพอ	1681	83.8
	พอใช้	319	15.9
	ดีมาก	4	0.2
7. พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน - การรับประทานอาหาร	ไม่ดีพอ	820	40.9
	พอใช้	1062	53.0
	ดีมาก	122	6.1
8. พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน - การออกกำลังกาย	ไม่ดีพอ	1032	51.5
	พอใช้	559	27.9
	ดีมาก	413	20.6
9. พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน - การควบคุมอารมณ์	ไม่ดีพอ	1117	55.7
	พอใช้	615	30.7
	ดีมาก	272	13.6



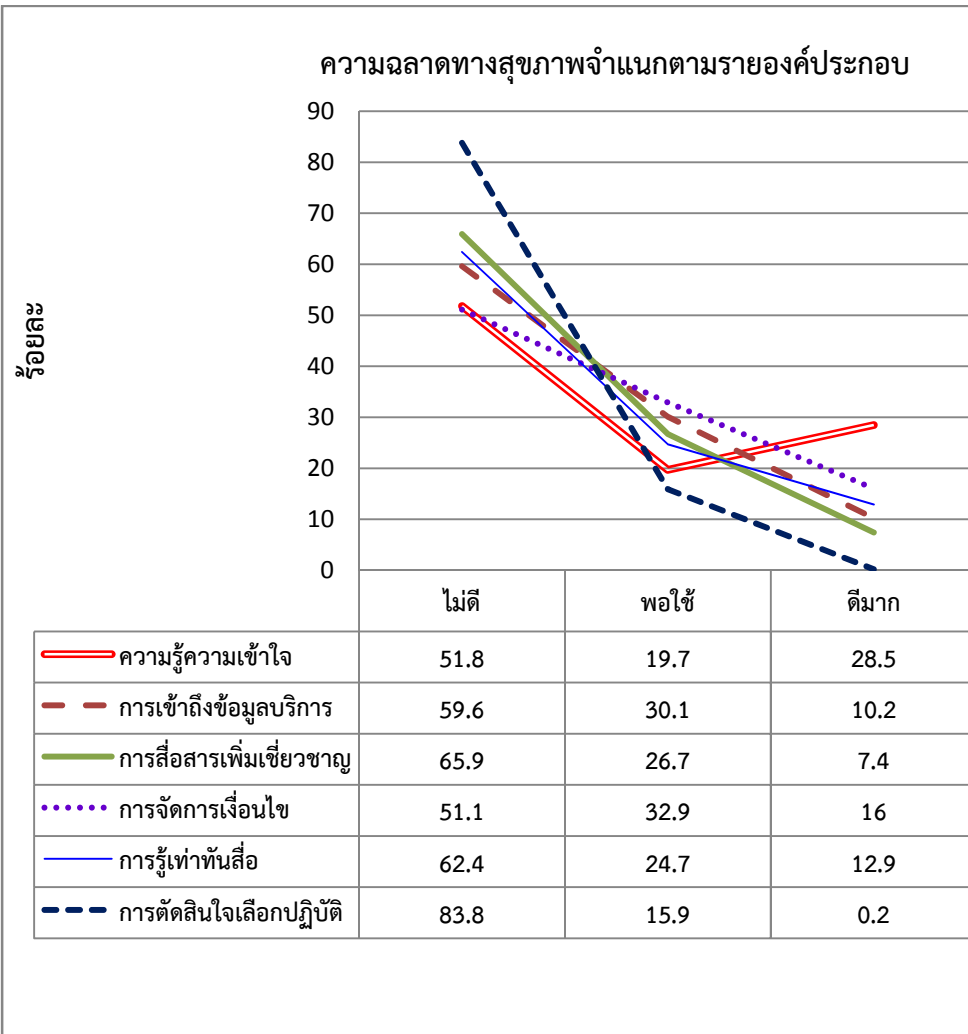
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ภาพประกอบ 4 การเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม 6 องค์ประกอบ



ระดับความรู้ด้านสุขภาพ

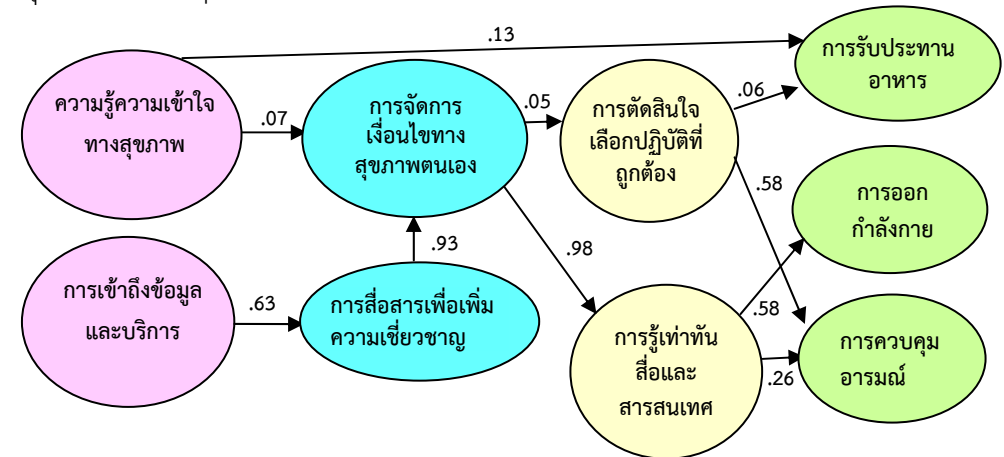
ภาพประกอบ 5 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับทักษะ



ภาพประกอบ 6 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามรายองค์ประกอบ

จากกราฟแสดง การเปรียบเทียบพบว่า คนไทยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับไม่ดีรองลงมาอยู่ระดับ พอใช้ ยกเว้นด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก

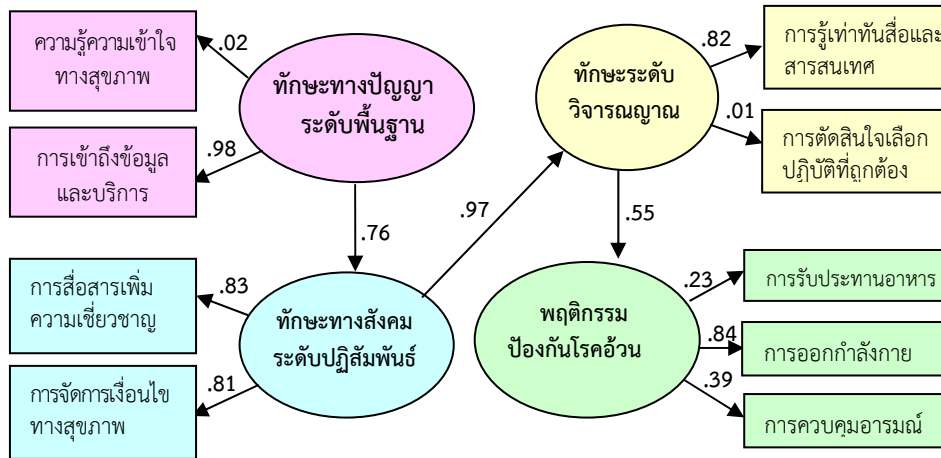
2.ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล ระหว่างองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน



ภาพประกอบ 7 รูปแบบเส้นทางอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

พบผลการทดสอบมีความสอดคล้องของรูปแบบเส้นทางอิทธิพลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าสถิติยืนยัน Chi-Square=60.14, df=12, p-value=0.00, RMSEA=.045, GFI=0.99, CFI=0.99 ดังภาพประกอบ พบว่า การมีพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนได้รับอิทธิพลสำคัญจากองค์ประกอบย่อยของความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งจะมีเพิ่มขึ้นได้ต้องมาจาก 4 เส้นทางหลัก **เส้นทางที่ 1** เริ่มจาก การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งตรงมายังพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .13 ส่วน **เส้นทางที่ 2** เริ่มจาก ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ส่งต่อมายัง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .07, .98 และ .05 ตามลำดับ และ **เส้นทางที่ 3** เริ่มจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ส่งตรงมายัง การสื่อสารเพื่อเพิ่มความรู้ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .63, .93, .98 และ .05 ตามลำดับ

3.ผลการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วน



ภาพประกอบ 8 ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้านความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน

จากภาพประกอบจะเห็นได้ว่า ทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐานที่วัดจาก ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน โดยส่งผ่านทักษะทางสังคมระดับปฏิสัมพันธ์และทักษะ ทางปัญญาระดับวิจารณ์ญาณ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .76, .97 และ .55 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดโมเดลความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับระดับ1Basic/FunctionalLiteracyเป็นระดับพื้นฐานระดับ 2Communicative/Interactive Literacy เป็นระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันและ ระดับ3Critical Literacy เป็นความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณ์ญาณ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนในเด็ก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโรคอ้วนในเด็กสามารถเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่ง สามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว และปัจจัย สภาพแวดล้อม



1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 พฤติกรรมและทัศนคติ การบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ และเกี่ยวกับภาวะอ้วนโดยตรง หากเด็กได้รับอาหารในปริมาณที่มากเกินไปความต้องการ ของร่างกายก็จะส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาเกินโดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนที่ร่างกายกำลัง เจริญเติบโต เช่น การชอบรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมันมากเกินไป ขนมขบ เคี้ยว น้ำอัดลม เป็นต้น

1.2 พันธุกรรมส่งผลต่อความแตกต่างของดัชนีมวลกายร้อยละ 50- 90(Maeset al., 1997) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เด็กที่เกิดจากพ่อแม่ปกติมี โอกาสเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 10 เด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่คนใดที่อ้วนจะมีโอกาสเป็น โรคอ้วนถึงร้อยละ 40-50 และเด็กที่เกิดจากพ่อและแม่อ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคอ้วนถึง ร้อยละ 80 โรคทางพันธุกรรมที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ได้แก่ โรคอ้วนกรรมพันธุ์ที่พบ ร่วมกับการพัฒนาการช้ากว่าวัย และโรคอ้วนกรรมพันธุ์ที่ไม่มีความผิดปกติของการ พัฒนาการตามวัย (Farooqi and O'Rahilly, 2006)

1.3 เพศ จากการศึกษาของ ชูติมา ศิริกุลชยานนท์ (2554) ในเด็กวัยเรียน ในกรุงเทพมหานครพบว่า นักเรียนเพศชายมีภาวะโภชนาการเกินในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากการสะสมของไขมันเร็วกว่าเด็กผู้หญิง อีกทั้งในเด็กในช่วงประถมศึกษาตอนปลายที่กำลังเข้าสู่วัยรุ่น ทำให้เด็กผู้หญิงเริ่มมีความสนใจในบทบาทตามเพศและให้ความสำคัญกับรูปร่างและลดหรือจำกัดอาหารเพื่อรักษารูปร่าง

1.4 โรค เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน เช่น เนื้องอกที่สมอง การได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น ทำให้รับประทานอาหารมากกว่าปกติ



2. ปัจจัยด้านครอบครัว

2.1 ระดับการศึกษาของบิดา มารดา เนื่องจากการศึกษามีผลต่อการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และการกำหนดพฤติกรรมการบริโภค การตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเด็กที่บิดา มารดามีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการเลือกอาหารที่ดีกว่าเด็กที่มีบิดา มารดาที่มีศึกษาน้อย อย่างไรก็ตามบิดามารดาที่มีการศึกษาสูงแต่มีภารกิจที่ต้องจำนวนมาก ทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่เรื่องโภชนาการจึงทำให้อาจพบว่าเด็กมีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมได้ (กานต์ธิดา ตันวัฒนถาวร, 2550)

2.2 รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการเลือกซื้ออาหารมารับประทาน ครอบครัวที่มีรายได้สูงย่อมมีอำนาจในการซื้อและเลือกอาหารมาบริโภคมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา ศรีมหันต์ (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเช่นเดียวกับการศึกษาของ Wang (2001) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในเด็กอเมริกา จีน และรัสเซีย ที่มีอายุในช่วง 6-18 ปี ผลการศึกษาพบว่า ในประเทศจีนและรัสเซีย รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ในประเทศอเมริกา รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์ทางลบ

2.3 การเลี้ยงดู โดยเฉพาะการเลี้ยงดูแบบตามใจหรือเข้มงวดมากเกินไปมีผลต่อการเกิดโรคอ้วน เช่น การศึกษาของ ชูติมา ศิริกุลชยานนท์ (2554) พบว่า เด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบตามใจให้เด็กรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงกว่าผักผลไม้ เมื่อเทียบกับเด็กที่หนักปกติ



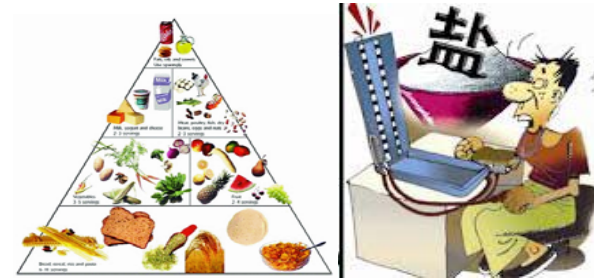
3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเนื่องจากสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันมีลักษณะที่สนับสนุนให้การบริโภคอาหารพลังงานสูงทำได้ง่ายขึ้น (Obesogenic environment) ทำให้เด็กเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้ง่าย เช่น ความสะดวกในการซื้อ การโฆษณา เป็นต้น ทำให้เด็กมีการรับประทานอาหารที่เกินความจำเป็นนอกจากนั้นการขาดนโยบายสนับสนุนที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ออกกำลังกายน้อยลง ส่งผลต่อการเพิ่มของน้ำหนักตัวและก่อให้เกิดโรคอ้วน



แนวทางการป้องกันโรคอ้วนในเด็กจากรายงานการวิจัย

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Caprio et al., 2008) รวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากการศึกษาของ Sharif I. and Blank E.A. (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนโดยใช้แบบวัด The Short Test of Functional Health Literacy หรือที่เรียกง่าย ๆ ว่า STOFHLA ผลการทดสอบพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนส่วนคะแนนจากแบบ STOFHLA มีค่าระหว่าง 0 ถึง 36 และหากมีค่ามากกว่า 23 คะแนนก็ถือว่ามีความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกคนที่เกี่ยวข้องกับเด็กในการส่งเสริมและจัดกิจกรรมให้กับเด็กที่

เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละคนโดยพิจารณาจากอายุ ความรุนแรงของน้ำหนัก และโรคประจำตัวเด็ก ความสนใจ และความชอบของเด็กร่วมด้วย เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการให้กับเด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียน การจัดการออกกำลังกาย เป็นต้น



5. ในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการให้กับเด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียนควรจัดให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมต่อความต้องการของเด็กแต่ละคนในแต่ละมื้อ หลีกเลี่ยงไม่让孩子รับประทานขนมขบเคี้ยว แต่ถ้าเด็กเกิดหิวระหว่างมื้อควรให้เด็กรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัดแทน อาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด เป็นต้น ควรส่งเสริมให้เด็กรับประทานอาหารเช้า (กรมอนามัย, 2544) และต้องให้เด็กรับประทานอาหารที่กำหนดจนน้ำหนักตัวถึงเกณฑ์ที่กำหนดโดยอาหารสำหรับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินเพื่อให้ได้สารอาหารที่เพียงพอ เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป สัดส่วนของอาหารที่ควรรับประทานประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 โปรตีนร้อยละ 30 และไขมันร้อยละ 20 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดต่อวัน (ชุดิมา ศิริกุลชยานนท์, 2554)

6. ส่วนการออกกำลังกายควรส่งเสริมให้เด็กออกกำลังกายตามความชอบและความถนัดอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยในการเผาผลาญพลังงาน ลดการสะสมของไขมันที่เกินในร่างกาย ช่วยสร้างกล้ามเนื้อ และเพิ่มสมรรถภาพทางกายให้ดีขึ้น การออกกำลังกายควรออกครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ

หน้า 60

เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถควบคุมน้ำหนักได้เป็นอย่างดี (กรมอนามัย, 2544)

7. นอกจากความร่วมมือจากบุคคลแวดล้อมเด็กแล้ว บุคลากรทางด้านสุขภาพก็มีส่วนสำคัญที่ช่วยการดูแลและป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก โดยการให้ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพคำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของเด็กและพฤติกรรม การออกกำลังกายที่สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงให้กับบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยอาศัยหลักการ เช่น การเตือนตนเอง (Self-monitoring) การควบคุมสิ่งกระตุ้น (Stimulus control) การสร้างแรงจูงใจ (Reinforcement) และการฝึกทักษะในการ แก้ไขปัญหา (Cognitive behavioral techniques) และติดตามประเมินผลการปรับ พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนในการส่งเสริมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมต่อไป



ข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรม

สุขภาพและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพของคนไทยสามารถวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปเป็น แนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ(Ungsinun Intarakamhang & Anan Malarat, 2014; Ungsinun Intarakamhang & Patcharee Duangchan, 2012; สุพิชชาวงศ์ จันทร์, อังศินันท์อินทรกำแหงและพรณีบุญประกอบ, 2557 และ กองสุขศึกษา กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) ได้ดังนี้

1. ในการเริ่มต้นตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการส่วนใหญ่ เริ่มจากการสร้างแรงจูงใจด้วยสิ่งจูงใจเหล่านี้ตามลำดับดังนี้

- 1.1 อยากให้สุขภาพแข็งแรงมีปัญหาทางด้านสุขภาพ
- 1.2 อึดอัดใส่เสื้อผ้าไม่สวย-รูปร่างไม่ดี อยากสวยอยากมีบุคลิกภาพที่ดี
- 1.3 กลัวมีปัญหาสุขภาพ

1.4 พิจารณาตนเองให้เห็นว่าฉันทำได้

1.5 ผลสำเร็จจะเป็นรางวัลให้กับตนเอง

1.6 มีกำลังใจที่ได้จากสิ่งที่ทำสำเร็จ

1.7 ต้องการรางวัลจากการปรับพฤติกรรมและจากคนในครอบครัว

1.8 อยากเป็นผู้ใหญ่ที่ยังกระฉับกระเฉงมีความสุขทั้งร่างกายจิตใจ

1.9 เห็นการเจ็บป่วยร้ายแรงของคนในครอบครัวและเพื่อนรอบข้าง

1.10 ไม่ต้องการเป็นภาระของเพื่อนหรือคนในครอบครัว

2. ได้รับการสนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม 3 ข้อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ จาก สภาพแวดล้อมที่เอื้อตามลำดับดังนี้

2.1 มีการแข่งขันทำให้รู้สึกเป็นแรงกระตุ้นในการควบคุมน้ำหนัก

2.2 มีครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ

2.3 มีบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่เหมาะสมผลสำเร็จ

2.4 ได้กำลังใจและได้รับความชื่นชมจากเพื่อน

2.5 มีกลุ่มเพื่อนชักชวนดูแลสุขภาพ

2.6 มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน

2.7 มีเพื่อนเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพด้วยกัน

2.8 พูดคุยกันเรื่องอาหารที่ทานในแต่ละวันกับเพื่อน ๆ

2.9 คนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมที่ไม่ดี

3. วิธีปฏิบัติในด้านพฤติกรรม 3 ข้อ อาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์

3.1 งดไขมัน แป้งของหวาน น้ำอัดลม กินแต่น้อย

3.2 ลดปริมาณ/ควบคุมอาหารให้น้อยลง

3.3 เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

3.4 กินพวกผักผลไม้

3.5 ไม่กินจุบจิบเพิ่ม

- 3.6 ทานเนื้อปลา
- 3.7 ไม่ทานอาหารรสจัดเค็มจัด
- 3.8 รับประทานอาหารเย็นให้ห่างจากเวลานอน
- 3.9 รับประทานอาหารเข้ลดอาหารเย็น
- 3.10 เพื่อนเรียกทานก็ทานเล็กน้อยพอเป็นมารยาท
- 3.11 ไม่เสียดายอาหารเหลือ
- 3.12 แบ่งปันอาหารให้กับผู้อื่น
- 3.13 ลดการดื่มกาแฟ
- 3.14 ดื่มน้ำเยอะๆ
- 3.15 พักผ่อนให้เพียงพอ
- 3.16 ไร่แรงแถมใสไม่เครียด
- 3.17 ทำใจให้จิตสงบ
- 3.18 หางานอดิเรกทำสม่ำเสมอ
- 3.19 สนุกสนานในการทำกิจกรรมร่วมกัน
- 3.20 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 3.21 ขับถ่ายให้ตรงเวลาเป็นประจำทุกวัน



4. การควบคุมตนเอง
 - 4.1 ต้องมีความตั้งใจจริงและอดทน
 - 4.2 ควบคุมตนเองในการดำเนินชีวิต
 - 4.3 ตั้งเป้าหมายกับตนเอง
 - 4.4 ต้องมีระเบียบรู้จักหักห้ามใจตนเอง
 - 4.5 กำกับตนเองให้มากไม่ตามใจปาก
 - 4.6 ปรับเปลี่ยนนิสัยการกิน

5. การได้รับความรู้

- 5.1 ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพสม่ำเสมอ
- 5.2 ได้รู้ถึงอันตรายของการมีน้ำหนักมาก
- 5.3 หมั่นแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง

6. เคล็ดลับความสำเร็จในการลดน้ำหนักของแต่ละคน

- 6.1 คำนวณพลังงานคร่าวๆก่อนเลือกรับประทานอาหาร
- 6.2 ดูฉลากก่อนซื้อสินค้าอาหาร
- 6.3 ชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกวัน
- 6.4 ดื่มน้ำมากขึ้น
- 6.5 มีบุคคลอ้างอิงที่เป็นแบบอย่างสุขภาพไว้ในใจ
- 6.6 เปลี่ยนรับประทานอาหารที่มีน้ำเป็นส่วนผสมมากๆ
- 6.7 เข้านอนให้เร็วขึ้นเพื่อลดความอยากอาหาร
- 6.8 พยายามทำกับข้าวกินเองใช้น้ำมัน น้ำตาลปรุงอาหารแต่น้อย
- 6.9 ทานผลไม้ก่อนอาหารเข้า
- 6.10 หลังตื่นนอนจะเหยียดร่างกายทุกวันประมาณ 20 นาที
- 6.11 ไม่เติมเครื่องปรุงขณะกินถ้วยเดียว
- 6.12 เดินให้มากขึ้นเพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายในชีวิตประจำวัน
- 6.13 ไม่กินอาหารแก้เครียด
- 6.14 คิดถึงคนที่เรารักและห่วงใย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน.

(ม.ป.ท. :ม.ป.พ.).

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *รายงานวิจัยการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสาธารณสุขที่ 4 ปี 2548*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. และลดเสี่ยง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *คู่มือประเมินความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults)*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กานต์ธิดา ต้นวัฒนถาวร. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน*. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุติมา ศิริกุลชยานนท์. (2554). *โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนจากอนุชนชุมชน*. กรุงเทพฯ : หจก. เบสท์กราฟ ฟิค เพรส.
- กัลยาศรีมหันต์. (2541). *ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2551). *โภชนาการในเด็กไทย. 10 ปี ทศวรรษเพื่อเด็กและภูมิปัญญาของครอบครัว*. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พลัสลิสซิง จำกัด.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541 แปลโดยพิสมัย จันทวิมล. นนทบุรี.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.]. (2552). *โครงการอ่อนหวาน หนุนเด็กไทยรักสุขภาพ เยาวชน เน้นลดการบริโภคน้ำตาล ขมน น้ำอัดลม*. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2555 จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/7211>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทยพ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรักษาแห่งชาติ.
- นฤมล ตรีเพชรศรีไธโร และ เดชา เกตุฉ่ำ. (2554). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ*

- เกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1)*. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รู้ทันมหันต์ภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภัยเงียบใกล้ตัว*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มติชนปากเกร็ด.
- อรพินท์ภาคภูมิและกันยารัตน์สมบัติธระ. (2554). *การสำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12*. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น; 2:37-48.
- สุพิชชาวงศ์จันทร์, อังคินันท์อินทรวงำและพรรณบุญประกอบ. (มกราคม, 2557). *ผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 20(1), 127-141.
- Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services Cameron D Norman and Harvey A Skinner. (2006, Oct-Dec). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal Medication International Research*, 8(4), e27.
- Caprio, S., Daniels, S.R., Drewnowski, A., Kaufman, F. R., Palinkas, L. A., Rosenbloom, A. L., et al. (2008). Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: Implications for prevention and treatment. A consensus statement of shaping America's health and the obesity society. *Diabetes Care*, 31(11), 2211-2221.
- Chang, L. (2010). Health literacy, self-reported status and health promotion behaviors for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 20: 190-196.
- Chin, et al. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. *Journal Health Community*, 16 (Suppl 3), 222-241.
- Davis, T., Crouch, M., Wills, G., & Miller, S. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, 23(6), 433-435.
- Davis, T.C. et al. (2006). Development and Validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): A Tool to Screen Adolescent for Below-Grade Reading in Health Care Settings. *Pediatrics*. 118: e1707-e1714.

- Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A.(2012, Feb). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12:130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
- Farooqi S, O’Rahilly S.(2006). Genetics of Obesity in Humans.*Endocrine Reviews*.27:710-18.
- International Obesity Task Force.(2009). *International Comparisons of Obesity Prevalence*.National Obesity Observatory.Associate of Public Health Observatoies.
- Katherine, M & et al. (Jan, 2010). Prevalence and Trends in Obesity Among US Adult, 1999 – 2008. *The Journal of American Medical Association*.National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Hyattsville, Maryland.
- LaFontaine, T. (2008). Physical activity: The epidemic of obesity and overweight among youth: Trends, consequences, and interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2(1), 30–36.
- Langendijk, G., S. Wellings, M. van Wyk, S. Thompson, J. McComb and K. Chusilp, (2003).The prevalence of childhood obesity in primary school children in urban Khon Kaen, Northeast Thailand.*Asia Pac. J. Clin.Nutr.*, 12: 66-72.
- Maes H.H., Neale M.G., Eaves L.J. (1997).Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity.*Behav.Genet*.27, 325.
- Mancuso JM. (2009). Assessment and measurement of health literacy : An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11, 77–89.
- Murphy R., Straebler S., Cooper Z., Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders.*Psychiatr Clin North Am*, 33, 611 – 627.
- Norman,CD .& Skinner, H.A.(2007). eHEALS: The Health Literacy Scale. *Journal Medication International Research*, 8(4), e27.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

- Nutbeam, D.(2008).The evolving concept of health literacy.*Social Science & Medicine*, Dec; 67(12), 2072-8.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int. J Public Health*. 54: 303-305.
- Parker, R.M, et.al. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients’ Literacy Skills.*JGIM*. 10: 537-541.
- Rootman, I. (2009). *Health Literacy, What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria*.British Columbia Canada.Personal Communication.
- Sharif,I.& Blank,A.E .(2010) Relationship between child health literacy and body in dextral overweight children. *Patient Education and Counseling*, 9,43-48.
- Ungsinun Intarakamhang and Patcharee Duangchan.(April, 2012). Effects of health behavioral modification program on metabolic diseases in risk Thai clients.*Asian Biomedicine Journal*, 6(2),1-7.
- Ungsinun Intarakamhang and Anan Malarat.(2014, Jan).The Effects of Behavioral Modification Based on Client Center Program to Health Behaviors among Obese University Students. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 33-42.
- WHO.(2009). *Health Literacy and Health Promotion.Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region.Individual Empowerment Conference Working Document*.7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya, 26-30.
- WHO.(2006).*Pregnant adolescent: delivering on global promise of hope*. National Center for Health Statistics.
- WHO. (2013). *World Health Statistic: Adolescent fertility rate (per 1000 girls ages 15-19 years) 2005-2011*.

