

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียน ที่มีภาวะโภชนาการเกินในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

Effect of the Family Participation Enhancing Program on Family Practices in  
Sugar-Sweetened Beverages Management among School-Age Children  
with Overweight in Mueang District, Pathum Thani

อดิศักดิ์ อินคำ\* พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

Adisak Inkham\* B.N.S. (Nursing Science)

วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์\*\* วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข)

Wilawan Tuanrat\*\* M.Sc. (Public Health Nursing)

นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี\*\* วท.ด. (สรีรวิทยา)

Noppamas Sripetchwandee\*\* Ph.D. (Physiology)

\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Master of Nursing program student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: Apr 11, 2024

Revised: Jul 29, 2024

Accepted: Aug 21, 2024

## บทคัดย่อ

โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ทำนายการแก้ไขทั้งในประเทศและต่างประเทศทั่วโลกเพราะมีผลกระทบโดยตรงกับเด็กในวัยเรียน โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในเมือง การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 38 ราย ทำการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มที่ทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) คู่มือและสื่อ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้นำไปใช้เป็นต้นแบบการส่งเสริมการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินได้

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วมของครอบครัว, เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน, เด็กวัยเรียน, ภาวะโภชนาการเกิน

## ABSTRACT

Childhood obesity is one of the most serious public health challenges of the country and globally and is steadily affecting school-age children particularly in urban settings. A two-group quasi-experiment attempted to investigate the effect of a family participation promotion program on families' practices in managing their overweight school-age children's consumption with sugar-sweetened beverages. The participants were 38 parents of overweight children in secondary classes selected by a random sampling into an experimental and a control group to have 19 participants for each. The research instruments included a family participation enhancement program; a family participation promotional manual, power point slides media and a family practice questionnaire concerning the sugar-sweetened beverage management for the obese children. Data analyses were to assess information by descriptive statistics, paired t-test and independent t-test. The results indicated after receiving the program, the experimental group had a higher average score for family practices in sugar-sweetened beverage management than that of before receiving with a statistical significant difference ( $p<0.05$ ). After the study, the experimental group had significantly higher average score for family practices in sugar sweetened beverages management than that of the control group with a statistical significant difference ( $p<0.05$ ). The result from this study achieves a worthwhile model being able to promote sugar-sweetened beverage management program for the overweight children elsewhere.

**Keywords:** Parental participation, Sugar-sweetened beverages, School-age children, Overweight

## บทนำ

ปัจจุบันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและทำลาย พบความชุกของภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2017) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองมีความชุกภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียนมากกว่าในเขตชนบท (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในอีก 10 ปี ข้างหน้าจะมีเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินทั่วโลกสูงถึง 70 ล้านคน (WHO, 2017) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่ามีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์เริ่มอ้วน

และอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 12.46 โดยในเขตสุขภาพที่ 4 พบเด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการเกินในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 12.6, 13.2, 15.8, 16.7 และ 17.09 ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนระดับประถมศึกษาจากโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการโรงเรียนอ่อนหวาน โครงการโรงเรียนปลอดน้ำตาล (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) มีการพัฒนาศักยภาพครูและนักเรียนในสถานศึกษา ตลอดจนสร้างกระแสสังคมผ่านโซเชียลมีเดียและสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ แม้ว่าจะมีการดำเนินการ

อบรมให้เด็กวัยเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานอย่างเหมาะสม ยังคงพบว่า มีจำนวนเด็กวัยเรียนที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิลาสนิ หงสนันท์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2562; กองสุขาศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566; พิจาริน สมบูรณ์กุล และเพ็ญ สุขมาก, 2563) ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน เช่น น้ำอัดลม และน้ำหวานต่างๆ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน (ปริยาภรณ์ มณีแดง, 2560; McGuire & Beerman, 2011)

ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เลี้ยงดูเอาใจใส่เด็กให้มีการเจริญเติบโตเป็นบุคคลที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา และมีส่วนร่วมจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่เหมาะสมให้แก่เด็กวัยเรียน หากเด็กได้รับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานมากอาจส่งผลให้เด็กวัยเรียนประสบกับปัญหาภาวะโภชนาการเกินได้ (พัชรา สิริวัฒนเกตุ และคณะ, 2559) การสร้างเสริมสุขภาพในระดับครอบครัว จึงมีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กในช่วงวัยต่างๆ (Jaichomcheun *et al.*, 2022) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองคือ โรงเรียนวัดบางพูน ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี และกลุ่มควบคุมคือ โรงเรียนวัดเสด็จ ตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2566 รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

**ประชากร** คือ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองของนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา

ตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนประถมศึกษาของรัฐบาล ปีการศึกษา 2566 จังหวัดปทุมธานี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 3,455 คน (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองของนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐบาล อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ในปีการศึกษา 2566 โดยใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลงานอนามัยโรงเรียน ในปีการศึกษา 2566 (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\* power กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1992) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) เท่ากับ 0.05 โดยประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ในตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่โคเฮน (Cohen, 1977) กำหนดไว้ชนิด Difference between two mean เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางที่สามารถนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลได้ (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 ราย รวมจำนวน 34 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) กลุ่มละ 19 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

**ขั้นตอนที่ 1** สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือก 1 อำเภอในจังหวัดปทุมธานี จากจำนวนทั้งสิ้น 7 อำเภอ ได้อำเภอเมือง

**ขั้นตอนที่ 2** สุ่มอย่างง่ายตำบลในอำเภอเมือง จากจำนวนทั้งสิ้น 14 ตำบล ได้มา 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางพูน เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลสวนพริกไทยเป็นกลุ่มควบคุม

**ขั้นตอนที่ 3** สุ่มอย่างง่ายโรงเรียนในตำบลบางพูน จำนวน 1 โรงเรียนเป็นกลุ่มทดลอง คือ โรงเรียน วัดบางพูน และโรงเรียนในตำบลสวนพริกไทย จำนวน 1 โรงเรียนเป็นกลุ่มควบคุม คือ โรงเรียนวัด เสด็จ โดยมีเกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1) เป็นบิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปที่ดูแลเด็กวัยเรียนที่มีเด็กภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงเกณฑ์การเจริญเติบโต ของเด็กอายุ 6-9 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กนักเรียน และมีสมาร์ตโฟนและแอปพลิเคชันไลน์ที่สามารถใช้งานได้

2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ ตัดสินใจเองได้ สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

คือ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1986) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

**ขั้นตอนที่ 1** การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) เป็นการ นำเสนอความรู้ประกอบสื่อและข้อมูลปัญหาการ บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานที่ไม่เหมาะสม ของเด็กวัยเรียน

**ขั้นตอนที่ 2** การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ (Participation in implementation) เป็นการลงมือ ปฏิบัติตามวางแผนดำเนินงานเกี่ยวกับการปฏิบัติของ ครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน ของเด็กวัยเรียนฯ

**ขั้นตอนที่ 3** การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Participation in Benefits) เป็นการส่งเสริมและ

สนับสนุนให้ครอบครัวมีการสะท้อนความคิดเห็น ผลประโยชน์ที่ได้รับ

**ขั้นตอนที่ 4** การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) เป็นการส่งเสริมและ สนับสนุนให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นข้อดีและ ข้อบกพร่อง

2) คู่มือและสื่อ ประกอบด้วย สื่อประกอบการ สอนสถานการณ์ปัญหาและการจัดการบริโภค เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน วิดีทัศน์ เรื่อง ลดหวาน ลดโรค แอปพลิเคชันไลน์ และใบงาน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กวัยเรียน

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัว ในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของ เด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ที่พัฒนา ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2564) ประกอบด้วย

1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาลหวานต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน จำนวน 4 ข้อ

2) การเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานในเด็ก วัยเรียน ได้แก่ การเลือกชนิด การอ่านฉลาก การตรวจสอบสัญลักษณ์ จำนวน 18 ข้อ

3) การจัดหาและเตรียมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลส หวานที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดหาผลิตภัณฑ์ เครื่องดื่มที่เหมาะสม การเตรียมเครื่องดื่มด้วยตนเอง การจัดน้ำเปล่าทดแทน จำนวน 18 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็น ประจำ ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ ของครอบครัวฯ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 53-80 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติ เหมาะสมมาก

ค่าเฉลี่ย 28-53 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติ  
เหมาะสมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0-27 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติ  
ไม่เหมาะสม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจาก  
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน มีค่าดัชนีความตรงด้าน  
เนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.92 และ  
ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's Alpha  
Coefficient) เท่ากับ 0.94

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนวัดบางพูน  
และโรงเรียนวัดเสด็จ เพื่อดำเนินการวิจัยจากนั้น  
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ครูประจำชั้น  
นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น ขอสำรวจรายชื่อ  
นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

1.2 ชี้แจงโครงการผ่านไลน์กลุ่มผู้ปกครอง และ  
ประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้ปกครองของ  
เด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษา  
ตอนต้นในโรงเรียนวัดบางพูน และโรงเรียนวัดเสด็จ  
อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

1.3 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียด  
การวิจัย และขอคำยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

#### 2. ขั้นตอนการตามโปรแกรม

##### กลุ่มควบคุม

**สัปดาห์ที่ 1** เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม  
การปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มี  
น้ำตาลรสหวานฯ ก่อนวิจัย (pre-test)

**สัปดาห์ที่ 2-7** ดำเนินการตามปกติในชีวิตประจำวัน

**สัปดาห์ที่ 8** เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม  
การปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มี  
น้ำตาลรสหวานฯ (post-test) และมอบคู่มือส่งเสริม  
การมีส่วนร่วมของครอบครัว พร้อมทั้งอธิบาย  
วิธีการใช้คู่มือฯ แนะนำสื่อประกอบการสอนให้  
ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการเครื่องดื่มที่มี  
น้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

### กลุ่มทดลอง

**สัปดาห์ที่ 1** เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม  
การปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มี  
น้ำตาลรสหวานฯ (Pre-test) จากนั้นดำเนินกิจกรรม  
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making)  
โดยให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์  
สถานการณ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1) ขั้นริเริ่มตัดสินใจ ในกิจกรรม “ร่วมคิด  
ร่วมตัดสินใจ การจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน”  
โดยเกริ่นนำเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้าน  
การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็ก  
วัยเรียน นำเสนอประกอบการสอนสถานการณ์ปัญหา  
การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็ก  
วัยเรียนแก่บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ร่วมกับการ  
ชมวิดีโอ เรื่อง ลดหวาน ลดโรค ผลิตโดยสำนักงาน  
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา  
การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียน

2) ขั้นการดำเนินการตัดสินใจ ภายใต้กิจกรรม  
“ร่วมรู้และเข้าใจในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล  
รสหวาน” โดยบรรยายผ่านสื่อประกอบการสอน  
เกี่ยวกับแนวทางการจัดการฯ การสาธิตย้อนกลับ  
เกี่ยวกับการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการ  
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ และการจัดทำเมนู  
เครื่องดื่มอ่อนหวาน สุขภาพดี และให้ร่วมกัน  
วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา “หนูน้อยเสี่ยงหรือไม่”  
นำเสนอวิธีการจัดการปัญหาในสถานการณ์ และให้  
ข้อเสนอแนะการจัดการปัญหาที่เหมาะสม

3) ขั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ภายใต้กิจกรรม “ร่วมใจ  
จัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน” ให้บิดามารดา  
หรือผู้ปกครองร่วมกันออกแบบ และจัดทำร่างแผน  
กิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการ  
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่มีภาวะโภชนาการเกิน  
ประกอบไปด้วย 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของ  
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานต่อสุขภาพของเด็ก  
วัยเรียน 2) การเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานใน  
เด็กวัยเรียน ประกอบด้วย การเลือกชนิดของ  
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน การอ่านฉลากเครื่องดื่ม

ที่มีน้ำตาลรสหวาน การตรวจสอบ “สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ” 3) การจัดหาและเตรียมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่เหมาะสม ประกอบด้วย การจัดหาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่เหมาะสม การเตรียมเครื่องดื่มด้วยตนเอง การจัดเครื่องดื่มน้ำเปล่าทดแทนเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน และยกวางแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

**สัปดาห์ที่ 7** เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและทบทวนคู่มือฯ

**สัปดาห์ที่ 8** ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ (Post-test) ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2566-EXP090 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2566

#### ผลการศึกษา

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (S.D.=12.74) อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 26.32 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.95 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 42.11 และมีความสัมพันธ์เป็นมารดามากที่สุด ร้อยละ 52.63

กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 39.79 ปี (S.D.=10.76) มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.84 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.89 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.84 และมีความสัมพันธ์เป็นบิดามากที่สุด ร้อยละ 36.84 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=38 คน)

| ข้อมูลส่วนบุคคล   | กลุ่มทดลอง (n=19)  |        | กลุ่มควบคุม (n=19) |        |
|-------------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
|                   | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน              | ร้อยละ |
| อายุ (ปี)         |                    |        |                    |        |
| 20-29             | 3                  | 15.79  | 5                  | 26.32  |
| 30-39             | 5                  | 26.32  | 3                  | 15.80  |
| 40-49             | 4                  | 21.05  | 7                  | 36.84  |
| 50-59             | 4                  | 21.05  | 2                  | 10.52  |
| ≥ 60              | 3                  | 15.79  | 2                  | 10.52  |
| อายุเฉลี่ย (S.D.) | 44.00 (S.D.=12.74) |        | 39.79 (S.D.=10.76) |        |

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=38 คน) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                    | กลุ่มทดลอง (n=19) |        | กลุ่มควบคุม (n=19) |        |
|------------------------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|
|                                    | จำนวน             | ร้อยละ | จำนวน              | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>                         |                   |        |                    |        |
| ชาย                                | 4                 | 21.05  | 8                  | 42.11  |
| หญิง                               | 15                | 78.95  | 11                 | 57.89  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>               |                   |        |                    |        |
| ประถมศึกษา                         | 2                 | 10.53  | 7                  | 36.84  |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                   | 8                 | 42.11  | 4                  | 21.05  |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.             | 3                 | 15.78  | 2                  | 10.53  |
| อนุปริญญา/ปวส.                     | 2                 | 10.53  | 1                  | 5.26   |
| ปริญญาตรี                          | 4                 | 21.05  | 5                  | 26.32  |
| <b>ความสัมพันธ์กับเด็กวัยเรียน</b> |                   |        |                    |        |
| บิดา                               | 2                 | 10.53  | 7                  | 36.84  |
| มารดา                              | 10                | 52.63  | 6                  | 31.58  |
| ผู้ปกครอง                          | 7                 | 36.84  | 6                  | 31.58  |

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ 30.32 คะแนน (S.D.=6.69) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ 66.21 คะแนน

(S.D.=3.44) ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ )

ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ 37.74 คะแนน (S.D.=3.67) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ 38.89 คะแนน (S.D.=3.60) ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวาน  
ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ  
(n=38 คน)

| การปฏิบัติของครอบครัว<br>ในการจัดการเครื่องดื่ม<br>ที่มีน้ำตาลสหวานฯ | ก่อนได้รับโปรแกรมฯ |      |         | หลังได้รับโปรแกรมฯ |      |         | t     | p-value |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------|------|---------|--------------------|------|---------|-------|---------|
|                                                                      | Mean               | S.D. | ระดับ   | Mean               | S.D. | ระดับ   |       |         |
| กลุ่มทดลอง                                                           | 30.32              | 6.69 | ปานกลาง | 66.21              | 3.44 | มาก     | 22.80 | 0.00*   |
| กลุ่มควบคุม                                                          | 37.74              | 3.67 | ปานกลาง | 38.89              | 3.60 | ปานกลาง | 7.33  | 0.00*   |

\*p-value<0.05

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานฯ ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=38 คน)

| การปฏิบัติของครอบครัว<br>ในการจัดการเครื่องดื่ม<br>ที่มีน้ำตาลสหวานฯ | กลุ่มทดลอง |      |         | กลุ่มควบคุม |      |         | t     | p-value |
|----------------------------------------------------------------------|------------|------|---------|-------------|------|---------|-------|---------|
|                                                                      | Mean       | S.D. | ระดับ   | Mean        | S.D. | ระดับ   |       |         |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ                                                 | 30.32      | 6.69 | ปานกลาง | 37.74       | 3.67 | ปานกลาง | 4.24  | 0.06    |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ                                                 | 66.21      | 3.44 | มาก     | 38.89       | 3.60 | ปานกลาง | 26.44 | 0.00*   |

\*p-value<0.05

## อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานฯ ไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง

เนื่องจากการที่กลุ่มทดลอง ได้รับการส่งเสริมบทบาทของครอบครัว โดยการส่งเสริมความรู้และสาธิตแนวทางการปฏิบัติทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย  
1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานต่อสุขภาพของเด็ก กวัยเรียน  
2) การเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานในเด็ก

วัยเรียน 3) การจัดหาและเตรียมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่เหมาะสม ภายหลังการทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานดีขึ้น เนื่องจากมีการรับข้อมูลจากโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวว่าเกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานเป็นประจำ มีการเลือกชนิด มีการจัดหาและเตรียมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่เหมาะสมให้แก่เด็กวัยเรียนเป็นประจำและสม่ำเสมอในแต่ละวัน

จากการที่กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน โดยเริ่มต้นจากการได้รับการส่งเสริมความรู้ทั้ง 3 ด้าน การได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษา (วิรินยา บัวลา และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธานีสิทธิ์, 2566) และมีส่วนร่วมในการหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน (นารลดา ชันธิกุล และคณะ, 2558) การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติโดยการบันทึกผลการปฏิบัติในแบบบันทึกการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน ทุกวันอาทิตย์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และได้รับการติดตามการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน ผ่านทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อีกทั้งการมีส่วนร่วมการประเมินผลกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน จะส่งผลให้ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมในการรับประทานอาหารของเด็ก พบว่าการอบรมให้ความรู้แก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองสามารถช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานได้ดี และช่วยเพิ่ม

ประสิทธิผลในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินมากยิ่งขึ้น (อิศราพร พลายนเถื่อน และคณะ, 2564) ทำให้สามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นกลไกที่สำคัญก่อให้เกิดการขับเคลื่อนให้เกิดการรู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนเองในการเลี้ยงดูเอาใจใส่ต่อเด็กวัยเรียนให้มีการเจริญเติบโตไปเป็นบุคคลที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้ความรู้พร่ำสอน สังเกตพฤติกรรม และสื่อสารในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานอย่างเหมาะสม ตลอดจนทำให้เด็กได้รับดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดสามารถติดตามภาวะโภชนาการของเด็กได้อันจะส่งผลให้ออนาคตเด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี (พัชรา สิริวัฒนเกตุ และคณะ, 2559)

กลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการงานอนามัยโรงเรียนตามระบบปกตินั้นจะมุ่งเน้นได้แค่การให้ความรู้ และการรณรงค์ในกลุ่มเด็กที่อยู่ในโรงเรียนเท่านั้น ทำให้การปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานมีระดับการปฏิบัติปานกลาง อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตได้ว่า เมื่อกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จึงสามารถอธิบายได้ว่า ช่วงระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุมอาจมีการศึกษาประเด็นการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานได้ด้วยตนเอง หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ อีกทั้งในช่วงเวลาดังกล่าวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนพริกไทย ได้มีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานในชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาโรคอ้วนและโรคเบาหวานในอนาคต ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ก็อาจจะส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานดีขึ้นได้

โดยจะเห็นได้ว่าทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1986) สามารถนำมาส่งเสริมความรู้ และนำไปสู่การมีส่วนร่วมการปฏิบัติในการจัดการ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มี ภาวะโภชนาการเกินได้

### ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับงานอนามัยโรงเรียน หรือครูในโรงเรียน สามารถนำองค์ความรู้ในการจัดการเครื่องดื่มที่มี น้ำตาลหวาน ไปสอนบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ของนักเรียนในโรงเรียน เพื่อให้มีความรู้และทักษะใน การจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานในเด็กวัยเรียน

2. ควรมีการศึกษาในระยะ 3, 6, 12 เดือน ภายหลังจากการศึกษาครั้งแรก เพื่อติดตามประเมิน ผลลัพธ์เด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มี ภาวะโภชนาการเกิน ด้านการปฏิบัติในการจัดการ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาในครั้งนี้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนน้อย จึงควรมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

เพื่อให้สามารถศึกษาทักษะด้านการปฏิบัติในการ จัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานต่อเด็กที่มีภาวะ โภชนาการเกินให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. ข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยด้านเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายมาจาก ครอบครัวข้ามรุ่นที่ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแล เด็กซึ่งอาจส่งผลให้มีทักษะด้านการปฏิบัติในการ จัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานต่อเด็กที่มีภาวะ โภชนาการเกินมีแตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งถัดไป ควรควบคุมให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะ ดังกล่าวที่ไม่มีความแตกต่างกัน

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข และ ขอขอบพระคุณคณะครู ผู้ปกครอง นักเรียนของ โรงเรียนวัดบางพูน และโรงเรียนวัดเสด็จทุกท่านที่ได้ เสียสละเวลา ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดมา จนทำให้ การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

### เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียน [ออนไลน์].

[สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://prgroup.hss.moph.go.th/info/news/1276>  
คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ร้อยละของนักเรียน ชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2566 [ออนไลน์].

[สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566]; แหล่งข้อมูล:

[https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report\\_student.php?cat\\_id=67f8b1657bc8c796274fb9b6ad5a701d&id=aee928ed925a6e3c269f4f67b3f34a12](https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_student.php?cat_id=67f8b1657bc8c796274fb9b6ad5a701d&id=aee928ed925a6e3c269f4f67b3f34a12)

นารณธดา ชันธิกุล, อังคณา แซ่เจ็ง, ประยุทธ์ สุดาพิทย์, นพพร ศรีผัด, รุ่งระวี ทิพย์มนตรี และเสาวนีย์ วิบูลสันติ. (2558). นวัตกรรมการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมภาวะโภชนาการเกินและโรค อ้วนสำหรับเด็กและเยาวชนในจังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(6), 1107–1117.

[สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:

<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/565/510>

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.

- ปรียาภรณ์ มณีแดง. (2560). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(4), 16-24. [สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/111698/87171>
- พัชรา สิริวัฒนเกตุ, ธนรัช สุขกาย และประวิทย์ ทองไชย. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 12(2), 91-106. [สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCP/article/view/178305>
- พิจาริน สมบูรณ์กุล และเพ็ญ สุขมาก. (2563). ผลของกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลควนรู อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 847-854. [สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9476/8716>
- วิรินยา บัวลา และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2566). การจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อสร้างเสริมการเรียนรู้เท่าทันสื่อในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวานในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ, 49(3), 107-115. [สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tahper/article/view/244760/181822>
- วิลาสินี หงสนันท์ และนิทรา กิจธีระวุฒิจ. (2562). การนำกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติในการลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(2), 1-15. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/article/view/221080>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). 4 เทคนิค ลดน้ำตาล กินหวานอย่างไรให้สบาย [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/4-เทคนิค-ลดน้ำตาล-กินหวาน-2/>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 1.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน สำนักโภชนาการ รอบ 5 เดือนแรก ปี 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/2564-1.11-2.pdf>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง 2558). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อิศราพร พลายน้อย, จิราวรรณ จูสวัสดิ์, สมฤทัย เมืองคำ, ชลิตาภรณ์ จ้อยชัย, กนกวรรณ สร้อยเรืองศรี และขวัญใจ จริยาทัศน์กร. (2564). บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมในการรับประทานอาหารของเด็ก ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. วารสารการจัดการทางการศึกษาปฐมวัย, 3(1), 1-14. [สืบค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/ECCEM/article/view/254804/171427>
- Cohen, J. (1977). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1986). World Development. New York: McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1992). A power primer. Psychological Bulletin, 112(1), 155-159. [cited 2022 November 18]; Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

- Jaichomcheun, S., Tuanrat, W., & Aungwattana, S. (2022). Effectiveness of Family Participation in Visual Care Program for School-Aged Children Using Digital Devices: A Quasi-Experimental Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(4), 555-568. [cited 2024 January 1]; Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/259258>
- McGuire, M., & Beerman, K.A. (2011). *Nutritional sciences: from fundamentals to food*. Belmont: Wadsworth Cengage learning.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization (WHO). (2017). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: implementation plan: executive summary [online]. [cited 2022 November 16]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/259349>