

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

พฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง
ในจังหวัดสงขลา

**Nutritional Behavior among Adults with Metabolic Syndrome
in Songkhla Province**

วิมลรัตน์ จงเจริญ

วันดี คหะวงศ์

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินรายได้

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประจำปีงบประมาณ 2553 รหัสโครงการ NUR530313S

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นที เกื้อกูลกิจการ รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช จิตตอนุต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มัญชฎา ว่องวิระ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการ ตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน จังหวัดสงขลา ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ ข้อมูลด้วยความยินดี

ขอขอบคุณเจ้าของผลงานอันทรงคุณค่าทุกท่านทั้งที่เป็นตำรา หนังสือ วารสารและงานวิจัยหรือ วิทยานิพนธ์ที่ผู้วิจัยได้กล่าวอ้างอิงในงานวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณคณาจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษา พยาบาลและบริการการพยาบาล และภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และสมาชิกครอบครัวอันเป็นที่รักที่คอยให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา คุณความดีหรือประโยชน์อันใดของ งานวิจัยเล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ผู้มีพระคุณ อาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

วิมลรัตน์ จงเจริญ

วันดี คหะวงศ์

31 ตุลาคม 2558

พฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง ในจังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง และความสัมพันธ์กับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ศาสนา รายได้ โรคประจำตัว ระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เมอร์ดอคซ์และพาร์สันส์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 228 ราย เป็นประชาชนในจังหวัดสงขลาที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีอายุ 30 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการเท่ากับ 0.81 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.73 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 3.82, SD = 0.37$) โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้มากที่สุด 3 อันดับคือ ด้านอาหารเค็มน้อย ($\bar{X} = 4.10, SD = 0.69$) ด้านอาหารไตรกลีเซอไรด์ต่ำ ($\bar{X} = 3.93, SD = 0.39$) และด้านอาหารไขมันต่ำ ($\bar{X} = 3.85, SD = 0.47$) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ ด้านอาหารที่มีกากใยสูง ($\bar{X} = 3.49, SD = 0.73$) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านโภชนาการและเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงได้ร้อยละ 33.2 ($p < .001$) ส่วนศาสนาและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านโภชนาการ ($p < .05$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมด้านโภชนาการ โรคอ้วนลงพุง วัยผู้ใหญ่

Nutritional Behaviors among Adults with Metabolic Syndrome in Songkhla Province

Abstract:

This descriptive research aimed to explore the nutritional behaviors and related factors among adults with metabolic syndrome. The possible related factors in the study were: religion, income, current disease, stage of change, perceived health status, and perceived self-efficacy. The Pender's Health Promotion Model (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) was used as the conceptual framework in this study. The samples were 228 adults with metabolic syndrome aged 30 years old and over. The Nutritional Behavior for Metabolic Syndrome Scale (NBMS) was used to assess the nutritional behaviors and was tested for content validity. The reliability for the questionnaires was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding the values of 0.81 for the nutritional behaviors, 0.73 for perceived health status, and 0.87 for perceived self-efficacy. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlative coefficient and stepwise multiple regression analysis.

Results revealed that the mean score of overall nutritional behaviors was at high level ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.37$). The three behaviors most frequently practiced by the subjects were low-salt diet ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.69$), low-triglyceride diet ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.39$), and low-fat diet ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.47$) subscale respectively, whereas high-fiber diet subscale was the least practiced ($\bar{X} = 3.49$, $SD = 0.73$). The stepwise multiple regression analysis showed that perceived self-efficacy had a positive correlation with NBMS and was the only significant predictor ($p < .001$), which explained 33.2 % of variance in NBMS. Religion and current disease had a negative correlation ($p < .05$) with NBMS.

Keywords: Nutritional Behavior, Metabolic Syndrome, Adults

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	(2)
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(4)
สารบัญ	(5)
บทนำ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
วิธีดำเนินการวิจัย	4
ผลการวิจัย	7
การอภิปรายผล	11
เอกสารอ้างอิง	20

บทนำ

โรคอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) เป็นกลุ่มอาการอ้วนที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญที่มีการสะสมของไขมัน โดยเฉพาะที่บริเวณเอวมากกว่าบริเวณอื่น ส่งผลทำให้เกิดโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน เป็นภาวะที่เสี่ยงต่อการอักเสบ การเกิดลิ่มเลือด และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติที่ไม่เป็นโรคอ้วนลงพุงถึง 2 เท่า และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถึง 5 เท่า (Grundy, 2008; Kassi, Pervanidou, Kaltsas & Chrousos, 2011) เนื่องจากเมื่อมีการสะสมของไขมันในร่างกายมาก จะกระตุ้นการหลั่งสารอะดิโปไซโตไคน์ (adipocytokines) ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และสารอะดิโปไซโตไคน์ จะทำให้ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และนำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจากไขมันเกาะและชักนำให้เกิดโรคของหลอดเลือดในที่สุด (Pittas, 2003)

ปัจจุบันความชุกของโรคอ้วนลงพุงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกในปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบโรคอ้วนลงพุงร้อยละ 53 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยพบเพศชายมากกว่าร้อยละ 50 และเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป (Ervin, 2009) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยใช้เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย และ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง พบร้อยละ 32 ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยในผู้ชายพบร้อยละ 18.6 และในผู้หญิงพบร้อยละ 45.0 ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กก./ม.² มีความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.1 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.6 ไขมันโคเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 27.3 ส่วนไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 49.6 และเอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำ ร้อยละ 36.2 (วิชัย, เขาวรัตน์, สุรศักดิ์, หทัยชนก, วราภรณ์ และกนิษฐา, 2553) สาเหตุของโรคอ้วนลงพุงที่สำคัญมักเกิดจากการรับประทานอาหารที่มากเกินไป มีไขมันมาก หวานมาก แต่มีกากใยน้อยและขาดการออกกำลังกาย (Wannamethee, Shaper & Whincup, 2006) โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เคຍกระทำจนชินเป็นนิสัยและการมีวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้อง การป้องกันโรคอ้วนลงพุงที่สำคัญจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำ ลดพลังงานลง 500-1,000 กิโลแคลอรี/วัน อาหารไขมันต่ำ ค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ คีมนมพร่องมันเนย หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาแฟ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง มีเกลือแร่และวิตามินครบถ้วน และออกกำลังกายเป็นประจำ (Grundy, 2008; Padwal & Sharma, 2010)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการกระทำที่ปฏิบัติได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพลวัตร สามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ และต้องเริ่มใหม่เมื่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ถอยกลับไปยังพฤติกรรมเดิม (Lippke & Plotnikoff, 2006) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยาและด้านจิตใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ โดยผ่านสติปัญญาและลักษณะที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Pender, Murdaugh & Parson, 2011) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกและการกระทำกิจกรรมต่างๆของบุคคล ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ ก็จะกระทำกิจกรรมนั้นและพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ถ้าบุคคลที่เชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้นๆ (Bandura, 1997) และกระบวนการปรับพฤติกรรมอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของบุคคล โดยมีผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริหารในภาคใต้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Chongchareon, & Kahawong, 2012) พฤติกรรมโภชนาการที่แตกต่างกันของบุคคลต่างเชื้อชาติและศาสนา อาจมีผลต่อความชุกของการเกิดโรคอ้วนลงพุงที่แตกต่างกัน (Ford, 2005) เนื่องจากภูมิหลังทางวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับศาสนา มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของบุคคล (Wallin, Lofvander & Ahlstrom, 2007)

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการแม้ว่าจะมีค่อนข้างมาก แต่การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการและปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระยะเวลาปรับพฤติกรรมกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงในคนไทยภาคใต้อาจมีค่อนข้างน้อย และเนื่องจากปัญหาพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก การที่จะส่งเสริมแก้ไขปัญหานี้ให้ได้ตรงประเด็น จึงควรศึกษาให้เข้าใจพฤติกรรมด้านโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมภาวะอ้วนลงพุงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมด้านโภชนาการและปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคนไทยภาคใต้ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลา ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ ศาสนา รายได้ และโรคประจำตัว

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลาอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ ศาสนา รายได้และโรคประจำตัวสามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลาได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย, 2543) เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลา และใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เมอร์ดอคซ์ และพาร์สันส์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลา โดยเพนเดอร์ เมอร์ดอคซ์และพาร์สันส์ กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นผลมาจากปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีต ปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีววิทยา จิตใจ และสังคมวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสติปัญญาและลักษณะที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ โรคประจำตัว รายได้ ศาสนา การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ของโปรชาสกาและไดคลีเมนเท (Prochaska & DiClemente, 1992) โดยใช้แนวคิดหลักที่สำคัญประกอบด้วย ระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change) แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะก่อนตั้งใจ (precontemplation) 2) ระยะตั้งใจ (contemplation) 3) ระยะพร้อมปฏิบัติ (preparation) 4) ระยะปฏิบัติ (action) และ 5) ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (maintenance) และใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งเป็นแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จได้ตามความคาดหวัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เมื่อ

บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านโภชนาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชาชนวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดสงขลาที่เป็นโรคอ้วนลงพุง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรอำนาจการทำนาย (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.25 เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมด้านโภชนาการในประชาชนที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลาโดยตรง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 210 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นขั้นตอน (multi-stage stratified random sampling) โดยใช้วิธีสุ่มแบบร้อยละ 25 ของอำเภอจากจำนวนทั้งหมดในจังหวัด 16 อำเภอ ทำการจับฉลากให้ครอบคลุมทั้งเขตชนบทและเขตเมืองได้ 4 อำเภอ แต่ละอำเภอเลือกมา 4 สถานีอนามัยหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน กำหนดโควต้าสถานีอนามัยหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนแห่งละ 14 ราย ได้เท่ากับ 224 ราย โดยการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 228 ราย การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีลักษณะ 3 ใน 5 ข้อ ดังนี้ 1) เส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรในเพศชาย หรือ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง 2) ความดันโลหิตมากกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท หรือได้รับการรักษาความดันโลหิต 3) ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเป็นผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงและได้รับการลดไขมัน 4) ระดับไขมันเอชดีแอลในเพศชายและเพศหญิงน้อยกว่า 40 และ 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตรตามลำดับ หรือเป็นผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงและได้รับการลดไขมัน 5) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้ตามเกณฑ์ของสถาบันศึกษาภาวะไขมันในเลือดแห่งชาติ (the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III; NCEP:ATPIII) ที่ปรับปรุงใช้สำหรับคนเอเชีย (Rakesh & Viswanathan, 2012) และเป็นบุคคลที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย สามารถยื่นชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงได้ ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคไต โรคต่อมไทรอยด์ หรือต่อมใต้สมองทำงานน้อยกว่าปกติ โรคหัวใจที่มีอาการบวมระดับ 3 ขึ้นไป โรคตับ โรคทางเดินน้ำดี และกลุ่มอาการคุชชิงหรือโรคเนื้องอกต่อมใต้สมองชนิดคุชชิง (Cushing's syndrome) รวมทั้งการไม่รับประทานยาคุมกำเนิด หรือรับประทานฮอร์โมนหลังหมดประจำเดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ

2. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบวัดของปิยะนุช (2543) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดของแวร์และคณะ (Ware et al., 1978, อ้างตามปิยะนุช 2543) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยทั้งหมด เห็นด้วยเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก และไม่เห็นด้วยทั้งหมด การแปลความหมายมีดังนี้ ข้อความด้านบวก คะแนนที่ได้คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ และข้อความด้านลบ คะแนนที่ได้คือ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 28-140 คะแนน ระดับคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติด้านโภชนาการ โดยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านโภชนาการของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของวันดี (2547) ที่สร้างขึ้นตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ เชื่อมั่นมากที่สุด เชื่อมั่นมาก เชื่อมั่นปานกลาง เชื่อมั่นน้อย และไม่เชื่อมั่นเลย คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 23-115 คะแนน ระดับคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

4. แบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการสำหรับสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงของวันดี (2547) ซึ่งพัฒนาจากโมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน ระดับคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลาเท่ากับ 0.81 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.73 และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โครงการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่

มีผลต่อการให้บริการด้านสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนใด ๆ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และทำหนังสือถึงองค์การบริหารส่วนตำบลและสถานีอนามัยหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2 ชั้นดำเนินการ

2.1 อบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลและการสัมภาษณ์

2.2 ผู้วิจัยพบนายกองค์การบริหารส่วนตำบลและหัวหน้าสถานีอนามัยหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนัดพบประสานงานกับอสม. เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

2.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติด้านโภชนาการ ระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ และพฤติกรรมด้านโภชนาการ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติด้านโภชนาการ และพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlative coefficient) และวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในจังหวัดสงขลา โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.34 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.84) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.61) ยังประกอบอาชีพ (ร้อยละ 67.55) ประมาณครึ่งหนึ่งมีการศึกษาค้นคว้าระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.43) และมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 69.74) โดยเกือบทั้งหมดมีรายได้ที่พอใช้ (ร้อยละ 93.86) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.98) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.65) และโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 83.30) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 42.11) (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N = 228$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Min=30.0, Max=86.0, Mean=57.34, SD=12.57)		
30-39	22	9.60
40-49	41	18.00
50-59	64	28.10
60-69	65	28.50
70-79	26	11.40
≥80	10	4.40
เพศ		
ชาย	87	38.16
หญิง	141	61.84
สถานภาพสมรส		
โสด	28	12.28
คู่	161	70.61
หม้าย/หย่าหรือแยกกันอยู่	39	17.11
ศาสนา		
พุทธ	212	92.98
อิสลาม	16	7.02
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	33	14.47
ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)	82	35.96
มัธยมศึกษา (ม.1- ม.6)	70	30.70
อนุปริญญา-สูงกว่าปริญญาตรี	44	18.86

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 228)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกร ประมง	56	24.56
รับจ้าง	32	14.04
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ	17	7.46
ค้าขาย	49	21.49
อื่นๆ (อยู่กับบ้าน เลี้ยงหลาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	74	32.45
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว		
พอใช้	214	93.86
ไม่พอใช้	9	3.95
เหลือเก็บ	5	2.19
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)		
≤ 5,000	7	3.07
5,001-10,000	62	27.19
10,001-15,000	80	35.09
15,001-20,000	35	15.35
20,000-30,000	35	15.35
>30,001	9	3.95
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรค	35	15.53
มีโรค	193	84.65
โรคความดันโลหิตสูง	190	83.33
โรคเบาหวาน	96	42.11
โรคหัวใจ	24	10.53
โรคไขมันในเลือดสูง	53	23.24
โรคอื่นๆ	37	16.23

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.37$) โดยพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มน้อย ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.69$) ไตรกลีเซอไรด์ต่ำ ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.39$) ไขมันต่ำ ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.47$) และน้ำตาลต่ำ ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.68$) ส่วนพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.40$) และอาหารที่มีกากใยสูง ($\bar{X} = 3.49$, $SD = 0.73$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมด้าน โภชนาการ โดยรวมและรายด้านของ
กลุ่มตัวอย่าง ($N=228$)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	Potential scores	Actual range	Mean (SD)	Average mean (SD)	ระดับ
1. ด้านอาหารเค็มน้อย	3-15	5-15	12.29 (2.08)	4.10 (.69)	สูง
2. ด้านอาหารไตรกลีเซอไรด์ต่ำ	13-65	35-64	51.03 (5.13)	3.93 (.39)	สูง
3. ด้านอาหารไขมันต่ำ	6-30	13-30	23.08 (2.82)	3.85 (.47)	สูง
4. ด้านอาหารน้ำตาลต่ำ	4-20	5-20	15.29 (2.71)	3.82 (.68)	สูง
5. ด้านอาหารโคเลสเตอรอลต่ำ	9-45	23-42	32.98 (3.58)	3.66 (.40)	ปานกลาง
6. ด้านอาหารกากใยสูง	2-10	2-10	6.97 (1.46)	3.49 (.73)	ปานกลาง
โดยรวม	24-120	61-113	91.60 (8.78)	3.82 (.37)	สูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้าน โภชนาการ

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.36$ และ $\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.50$ ตามลำดับ) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนอยู่ในระดับต่ำที่สุด (ตาราง 3)

ตาราง 3 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ยและระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของกลุ่มตัวอย่าง ($N=228$)

Variables	Potential scores	Actual range	Mean (SD)	Average mean (SD)	ระดับ
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	28-140	70-121	97.31(10.12)	3.48(.36)	ปานกลาง
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	23-115	45-103	79.10(11.61)	3.44(.50)	ปานกลาง

3.2 ระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและระยะปฏิบัติ (ร้อยละ 62.7) (ตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้าน โภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ($N=228$)

ระยะการปรับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระยะก่อนตั้งใจ	12	5.3
ระยะตั้งใจ	42	18.4
ระยะพร้อมปฏิบัติ	31	13.6
ระยะปฏิบัติ	49	21.5
ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม	94	41.2

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมด้านโภชนาการ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlative coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โรคประจำตัว และศาสนา โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .579, p < .001$) โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.207, p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว และศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.160, p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมด้านโภชนาการ ($N=228$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ศาสนา	1.00						
2. รายได้	-.149*	1.00					
3. โรคประจำตัว	.026	.021	1.00				
4. ระยะเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	.070	-.054	-.059	1.00			
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.054	.092	.120*	-.103	1.00		
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.119*	.067	.304***	.015	.038	1.00	
7. พฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวม	-.160**	-.045	-.207**	.043	.033	.579***	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.4 ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการ จากผลการวิเคราะห์ค่าถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 33.2 ($ADJ R^2 = .33, p < .001$) (ตาราง 6)

ตาราง 6 การวิเคราะห์หัดถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ ($N=228$)

Step	Variables	R ²	R ² Change	Adj R ²	F	β	t
1.	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.335	.335	.332	113.864***	.579	10.671***

$F_{(1, 226)} = 113.864***$ $p < .001***$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมด้าน โภชนาการ

1.1 การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.37$) และพฤติกรรมรายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มน้อย ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.69$) ไตรกลีเซอไรด์ต่ำ ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.39$) ไขมันต่ำ ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.47$) และน้ำตาลต่ำ ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.68$) อธิบายได้ว่า อาจเป็นผลเนื่องมาจากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงาน “โครงการคนไทยไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดี” มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยมุ่งส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของทุกจังหวัดพัฒนาการดำเนินงานสู่การเป็นองค์กรไร้พุงพร้อมทั้งสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับ ให้มีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้งด้านอาหารและการออกกำลังกาย (ณรงค์, 2557) จึงมีการเผยแพร่ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการทางสื่อต่างๆ ทั้งสื่อทางอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ วิทยุและสิ่งตีพิมพ์มากขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 83.33 และเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 42.11 ดังนั้น เมื่อไปรับบริการตรวจรักษาจากสถานบริการสุขภาพ จะได้รับความรู้และประสบการณ์ด้านโภชนาการจากบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้มีความเข้าใจและรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ เมอร์ดอคซ์และพาร์สันส์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits of action) มีผลลัพธ์เป็นทางบวก จะเป็นผลให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก (สุภาภรณ์, ศากุล, สมพันธ์ และศศิมา, 2553) พฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ภูษณิศ, จารุวรรณ, และ เพลินพิศ, 2551) การได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากการกระตุ้นเตือนเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ ในการมาตรวจ

ตามนัด มีการจัดสมุดบันทึกสุขภาพและบันทึกเวลาแพทย์นัดตรวจ (ดวงใจ, พรพิมล และบุญส่ง, 2555) เช่นเดียวกันกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ และด้านการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณวิมล, 2553) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองมณี, 2552) และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ (สุรรัตน์, สมเกียรติ, 2554) แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับพอใช้ (ทาริกา, 2547) ซึ่งอาจเนื่องจากการวิจัยของทาริกาได้ทำการศึกษาก่อนปี พ.ศ. 2551 ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้ดำเนินงาน “โครงการคนไทยไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดี”

1.2 การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำและอาหารที่มีกากใยสูงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.40$ และ $\bar{X} = 3.49$, $SD = 0.73$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารของคนไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปตามภาวะการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม (สุวรรณ และคณะ, 2556) ได้รับอิทธิพลจากกระแสบริโภคนิยมตะวันตก ทำให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเกินพอดี บริโภคผักและผลไม้ลดลง และขาดความหลากหลาย (ทรงสิริ, พจนีย์, จงทิพย์, 2555) รวมทั้งการมีวิถีชีวิตที่รีบเร่งมากขึ้น ไม่มีเวลาในการประกอบอาหารและเวลาในการรับประทานไม่มาก เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารประเภทเนื้อหมู เนื้อไก่ ไขมัน นม เนย และอาหารจานด่วนเพิ่มมากขึ้น (ธีรวิวิ, 2557) และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารนอกบ้านที่มีกากใยน้อยตามวิถีการบริโภคสมัยใหม่มากขึ้น (สุขุมาลัย, 2552) รวมทั้งมีผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งที่ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับประเด็นที่ไม่จำเป็นต้องรับประทานผักให้มีความหลากหลายชนิด (กฤติน, ชีพสมน, 2557) โดยพบว่าคนไทยมีพฤติกรรมรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยเพียงวันละ 270 กรัม ซึ่งต่ำกว่าปริมาณที่แนะนำคือ วันละ 400 กรัม (ไกรสิทธิ์, 2550) สอดคล้องกับผลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป รับประทานผักและผลไม้ปริมาณที่เพียงพอต่อวันตามข้อเสนอแนะมีเพียงร้อยละ 17.7 โดยกลุ่มอายุ 15-69 ปี ร้อยละ 18.5 ที่รับประทานผักและผลไม้ได้เพียงพอ สัดส่วนนี้ลดลงในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี และลดลงต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป (วิชัย, เขาวรัตน์, สุรศักดิ์, หทัยชนก, วรากรณ์ และกนิษฐา, 2553) ส่วนคนไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมรับประทานอาหารประเภทกากใยอยู่ในระดับต่ำ โดยมีการรับประทานผัก 4-6 ทัพพี/วันบ่อยครั้งหรือประจำมีเพียงร้อยละ 37.1 และรับประทานข้าวกล้อง/ข้าวซ้อมมือ 6-8 ทัพพี/วัน มีเพียงร้อยละ 13.0 (เฉลิมศรี, 2555) ผู้สูงอายุ

ที่เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมรับประทานข้าวกล้องและธัญพืชชนิดต่างๆอยู่ในระดับต่ำ (ภุชฉิสา, 2551) และพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้บริหารในเขต 14 จังหวัดภาคใต้อยู่ในระดับปานกลาง (Chongchareon, & Kahawong, 2012)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ

2.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .579, p < .001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างได้ที่ ร้อยละ 33.2 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่พึงประสงค์สูงด้วย เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยภายในเฉพาะของบุคคลที่เป็นแรงกระตุ้นที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกและการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆของบุคคลอย่างยิ่ง ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถ ก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดตัวหนึ่ง เช่น ผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Chiou, Wang, Chan, Ding, Hsu & Kao, 2009) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ ร้อยละ 30.9 (วันดี, 2547) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ทาริกา, 2547) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้บริหารในภาคใต้ และสามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 39.3 (Chongchareon & Kahawong, 2012) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วาสนา, 2547) และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระดับสูง (ภัสราวลัย, อรุณวรรณ, จารุวรรณ, 2556)

2.2 การที่โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.207, p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ดังจะเห็นได้ว่า โรค

ประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .304, p < .001$) และการมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังจะรบกวนการดำเนินวิถีชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความทุกข์ การสูญเสียรายได้ และการเสียเวลาที่ต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น การเจ็บป่วยจึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและต้องการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อป้องกันการสูญเสียหรือบรรเทาอาการและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น (พานทิพย์, 2554; มรรยาท, 2556) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากบุคลากรที่มสุขภาพจากสถานพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีประสบการณ์และพฤติกรรมด้านโภชนาการได้เหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 2001) ที่กล่าวว่า ความมั่นใจในความสามารถของตนเองส่วนใหญ่เกิดจากประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตนเอง โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มความมั่นใจให้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าผู้บริหารที่มีโรคประจำตัวเป็นผู้ที่มีความตระหนักและใส่ใจดูแลด้านอาหารในระดับที่สูงกว่าผู้บริหารที่ไม่มีโรคประจำตัว (Chongchareon & Kahawong, 2012) ครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมป้องกันการโรคดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Wong & Toh, 2009) นักเรียนที่ไม่มีประวัติบิดามารดาหรือญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมไม่ดีเนื่องจากไม่รับรู้ความรุนแรงของโรคและการขาดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (อัจฉรา, นพวรรณ, พชรินทร์, 2555) ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมานานเฉลี่ย 7 ปีทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการควบคุมอาหารและมีพฤติกรรมควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี (กรรณิกา, 2547) แต่ปัจจัยด้านโรคประจำตัวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า โรคประจำตัวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในชาวไต้หวัน (Chiou, Wang, Chan, Ding, Hsu & Kao, 2009)

2.3 การที่ศาสนามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.160, p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิมภาคใต้มีความแตกต่างจากชาวไทยพุทธ โดยมีบริโภคนิสัยที่นิยมรับประทานอาหารที่รสหวานจัด มันจัด เนื่องจากเชื่อว่าเป็นอาหารชั้นดี เช่น ข้าวหมกแพะ ข้าวหมกไก่ ไก่กอบและ อินทผลัม ขนมนเม็ดขยูน น้ำอ้อย นิยมรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ แต่รับประทานผักน้อย และมักมีส่วนประกอบของแป้ง กะทิ และน้ำตาล (ยูซุฟและสุภัทร, 2551; สุธี, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ชนิดและปริมาณอาหารที่คนไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานควบคุมอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ะหมีสำเร็จรูป ผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม หรือผลไม้กระป๋อง ขนมนและผลไม้ที่มีรสหวานจัด และรับประทานขนมที่มีรสหวานจัดเกิน 1 ถ้วยต่อวัน (เฉลิมศรี, 2555) และในช่วงถือศีลอด ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อในช่วงเวลาก่อนพระอาทิตย์ขึ้นและหลัง

พระอาทิตย์ตกดิน ในแต่ละมื้อจะรับประทานปริมาณมาก โดยมีการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันสูงเพิ่มมากขึ้น (Vasan, Karol, Mahendri, Arulappan, Jacob, and Thomas, 2012) และการที่ศาสนาไม่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.50$) จึงยังขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการให้สำเร็จได้ตามหลักคำสอนของศาสนา แม้ว่าตามหลักศาสนาพุทธทรงบัญญัติให้กำหนดรับประทานอาหารในปริมาณแต่พอควร ไม่รับประทานอาหารมากเกินไป และไม่รับประทานอาหารเหลือ (จงจิต, 2551) และการบริโภคอาหารตามหลักศาสนาอิสลามต้องคำนึงถึงความถูกต้องเหมาะสมและมีความสอดคล้องตามหลักการของศาสนาอิสลามคือ รับประทานอาหารที่อัลลอฮ์อนุมัติหรืออาหารทะเล (มานี, 2544; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ศาสนาไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไต้หวัน (Chiou, Wang, Chan, Ding, Hsu & Kao, 2009)

2.4 การที่รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.86) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระดับพอใช้ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.74) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจึงมีรายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารมาบริโภคได้ไม่แตกต่างกัน และแม้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสซื้ออาหารที่ชอบหรืออยากรับประทานได้มากขึ้น รวมทั้งการรับประทานอาหารนอกบ้านที่มีราคาแพงได้มากขึ้น แต่อาจเป็นอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปจนความจำเป็นต่อร่างกาย มีไขมันมาก หวานมาก เค็มมาก แต่มีกากใยน้อย และอาจมีคุณค่าทางโภชนาการน้อย ซึ่งจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุงได้มากขึ้น (ทัศพร, 2556; วารุณี, วนิกา, พรรณรัตน์, และสุภาวดี, 2557; Padwal & Sharma, 2010) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชลธิชา, จิราพร, สุวณี, 2549) รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วารุณี, วนิกา, พรรณรัตน์, และสุภาวดี, 2557) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่แตกต่างกัน เนื่องจากอาหารหมวดเดียวกันสามารถเลือกรับประทานแทนกันได้ (จตุพล, 2553) และรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการบริโภคอาหารของวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน (ทิพย์พิกา, 2553)

2.5 ระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน และร้อยละ 21.5 มีพฤติกรรมอยู่ในระยะปฏิบัติ ดังนั้น แม้จะมี

สถานการณ์สิ่งเร้าใจที่เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ก็อาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่มาก สอดคล้องกับแนวคิดของ โปรชาสกาและไดคลีเมนต์ (Prochaska & DiClemente, 1992) ที่กล่าวว่าระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม เป็นระยะที่บุคคลยังคงปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปทำพฤติกรรมเดิมซ้ำอย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน และปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ อธิปไตยจากสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆจะลดลง และเป็นระยะที่มีการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ หรือเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาเกือบครึ่ง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระยะปฏิบัติการและระยะคงไว้พฤติกรรม (Wallace & Buckworth, 2003)

2.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.65) โดยโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 83.30) และรองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 42.11) จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่คล้ายกัน เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความพยายามใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังจะเห็นได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ โรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .12, p = .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะสุขภาพกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต สมรรถภาพทางกายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ลดาวัลย์, พัชรียา, ปิยะนุช, 2551) การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ (วณิตา, 2549) และปัจจัยนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (มนทิญาและจรรยา, 2558) ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและภาวะสุขภาพทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ (สุริศา, ฐิติมา, รัตนาวดี และวิภาดา, 2550)

สรุปผลการวิจัย

1. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยรวมอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 3.82, SD = 0.37$) โดยพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มน้อย ($\bar{X} = 4.10, SD = 0.69$) ไตรกลีเซอไรด์ต่ำ ($\bar{X} = 3.93, SD = 0.39$) ไขมันต่ำ ($\bar{X} = 3.85, SD = 0.47$) และน้ำตาลต่ำ ($\bar{X} = 3.82, SD = 0.68$) ส่วนพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ ($\bar{X} = 3.66, SD = 0.40$) และอาหารที่มีกากใยสูง ($\bar{X} = 3.49, SD = 0.73$)

2. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.36$ และ $\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.50$ ตามลำดับ) และมีระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 41.2)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โรคประจำตัว และศาสนา โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .579$, $p < .001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างได้ที่ ร้อยละ 33.2 ในขณะที่โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.207$, $p < .01$) และศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.160$, $p < .01$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ ระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างได้ถึงร้อยละ 33.2 ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในระดับสูงต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ ดังนั้น ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง จึงควรเน้นในด้านการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่า มีศักยภาพที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการให้ดีขึ้นได้อีก นอกจากนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนลงพุง การควบคุมอาหารอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้านควบคู่กันไปด้วย เช่น การควบคุมอาหารให้เคร่งครัดมากขึ้น การจำกัดจำนวนพลังงานที่ได้รับต่อวันให้น้อยลงควบคู่กันกับการออกกำลังกายจนเป็นกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอวันละ 45-60 นาที รวมทั้งการควบคุมอารมณ์และพักผ่อนให้เพียงพอ

2. ผลจากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำและอาหารที่มีกากใยสูง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนลงพุงให้รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำและอาหารที่มีกากใยสูงเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิตหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามมา

3. ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการในประชาชนมุสลิมที่เป็นโรคอ้วนลงพุง จึงต้องพิจารณาถึงชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน โดยเน้นให้รับประทานในปริมาณที่พอสมควรตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามและใช้วิธีการปรุงอาหารให้ถูกหลักโภชนาการด้วย เพราะการรับประทานในปริมาณที่มากเกินไปและปรุงด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม จะยังไม่สามารถควบคุมภาวะอ้วนลงพุงและเป็นผลเสียต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนที่เป็นโรคอ้วนลงพุงกับประชาชนที่ไม่เป็นโรคอ้วนลงพุงหรือโรคเรื้อรังไม่ติดต่่อื่นๆ จึงไม่สามารถแสดงระดับพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนที่เป็นโรคอ้วนลงพุงกับประชาชนที่ไม่เป็นโรคอ้วนลงพุงว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนที่เป็นโรคอ้วนลงพุงกับประชาชนที่ไม่เป็นโรคอ้วนลงพุงหรือโรคเรื้อรังไม่ติดต่่อื่นๆ

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนที่เป็นโรคอ้วนลงพุงระหว่างแต่ละภาคของประเทศไทย เพื่อศึกษาความเหมือนหรือความแตกต่างของพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนที่เป็นโรคอ้วนลงพุงในแต่ละภาค ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เป็นปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของประชาชนโรคอ้วนลงพุง

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนโรคอ้วนลงพุงที่นับถือศาสนาพุทธกับศาสนาอื่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับหลักธรรมของแต่ละศาสนาที่เชื่อมโยงกับวิถีการดำเนินชีวิตและประเพณีวัฒนธรรมของประชาชนที่เป็นโรคอ้วนลงพุง

4. ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง การแก้ไขปัญหาโรคอ้วนลงพุงจึงต้องส่งเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ระยะก่อนชั่งใจ ระยะชั่งใจ และระยะพร้อมปฏิบัติ เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพลวัตร สามารถเปลี่ยนแปลงไปกลับมาได้ และเป็นการกระทำที่ปฏิบัติได้ค่อนข้างยากและซับซ้อน หากไม่สามารถควบคุมปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เคร่งครัดมากขึ้นและต่อเนื่อง จะมีความเสี่ยงที่จะกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิมได้อีก ดังนั้น จึงควรทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือศึกษาผลของโปรแกรมการ

ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนโรคอ้วนลงพุง เพื่อเป็นการวิจัย
ต่อยอดจากงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา ลองจ้านงค์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- กฤติน ชุมแก้ว, ชีพสุมน รังสยาธร. (2557). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม), 35(1), 16-29.
- กองมณี สุรวงษ์สิน. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ไกรสิทธิ์ ดันติศิรินทร์. (2550). ความท้าทายและอนาคตของอาหารและโภชนาการเพื่อความพอเพียง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องโภชนาการเพื่อความพอเพียง สุขเพียงพอ, วันที่ 3-5 ตุลาคม 2550. (หน้า 43-44). กรุงเทพมหานคร: สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ชมรมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านอาหารและโภชนาการ.
- คณะกรรมการจัดทำข้อปฏิบัติกรกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. (2543). คู่มือธงโภชนาการ กินพอดี สุขีทั่วไทย. นนทบุรี : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จงจิต เสน่หา. (2551). พระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 20(1), 4-13.
- จตุพล กิจทวี. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, กรุงเทพมหานคร.
- เฉลิมศรี อินทร์สุวรรณ. (2555). ความสามารถในการควบคุมอาหารของคนไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชลธิชา จันทศิริ, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2549). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- ณรงค์ สายวงศ์. (2557). *เดินหน้าองค์กรไร้พุง ขจัด โรค NCD*, ASTV ผู้จัดการออนไลน์, 17 กรกฎาคม 2557) Retrieved November 25, 2014, from <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000080703>
- ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, พรพิมล ชัยสา และบุญส่ง เมฆพรประเสริฐ. (2555). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก*. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรุษชินราช.
- ทรงสิริ วิจิรานนท์, พงนิย์ บุญนา, จงทิพย์ อธิมุตติสรณ์. (2555). *วิถีชีวิตและความมั่นคงทางอาหารท้องถิ่นใต้*. Retrieved from file:///C:/Users/USER/Downloads/Lart_56_03.pdf
- ทัตพร สุดเสนาหา. (2556). *ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง กรณีศึกษา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอกอสุ่ง จังหวัดสระแก้ว*. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, กรุงเทพมหานคร.
- ทาริกา คำสม. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ทิพย์พิภา ธรฤทธิ์. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการบริโภคอาหารของวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- ธีรวิวี วราธรไพบูลย์. (2557). *พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ*. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 5(2), 255-264.
- ปิยะนุช สีนทะโยธิน. (2543). *การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้าน ในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัสราวัลย์ ศิติดิสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, จารุวรรณ ใจลังกา. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา*. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2), 120-136.
- กฤษณิศา ไพโรจน์. (2551). *การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารและพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- ภุชณิศา ไพโรจน์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2551). การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. ใน *โครงการประชุมวิชาการ การสร้างองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล ครั้งที่ 1 วันที่ 7-8 มิถุนายน 2551*. (หน้า 324-342). สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มนทิญา กงลา และจรวัย กงลา. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าไฮ อําเภอสรีธาด จังหัดอุดรธานี. *การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ "สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน" ครั้งที่ 2 วันที่ 18-19 มิถุนายน 2558*. (หน้า 101-107). นครราชสีมา : วิทยาลัยนครราชสีมา.
- มรรยาท รุจิวิชชญ์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานี ชูไทย. (2544). *หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข*. [รายงานวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ชูชีพ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ลดาวลัย ประทีปชัยกูร, พัชรียา ไชยลังกา, ปิยะนุช จิตตบุญท์. (2551). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลากร: กรณีศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 151-162.
- วนิดา กองแก้ว. (2549). *ลักษณะชีวิตสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, กรุงเทพมหานคร.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์*. [รายงานวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วิชัย เอกพลากร, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า และกนิษฐา ไทยกล้า. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. [รายงานวิจัย]. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์จำกัด.
- วารุณี สันป่าแก้ว, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุภาวดี ลิจิตมาศกุล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21 (ฉบับพิเศษ), 186-203.

- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.
- วันดี คหะวงศ์. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2556).
สถานการณ์โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. Retrieved August 16, 2014, from
http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/data/doc_dm_ht.pdf
- สุขุมาลัย ประสมศักดิ์. (2552). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน: ศึกษากรณีนิสิตนักศึกษา
มหาวิทยาลัยรัฐบาลและมหาวิทยาลัยเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยของ
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, 5(10), 27-39.*
- สุธิศา ล่ามช้าง, จูติมา สุขเลิศระกุล, รัตนาวดี ขอนตะวัน และวิภาดา คุณาวิกติกุล. (2550). *ภาวะ
สุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 37(2), 86-99.*
- สุธี เทพลีรวงศ์. (2547). *ธรรมชาติบำบัด: สมุนไพร อาหารพื้นบ้านไทยมุสลิม. รุสะมิแล, 25(2), 39-44.*
- สุภาภรณ์ อนุรักษ์อุดม, ศากุล ช่างไม้, สมพันธ์ หิญาชีระนันท์, ศศิมา กุสุมา ณ อยุรยา. (2553). *ปัจจัย
ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดี
พยาบาลสาร, 16(2), 155-168.*
- สุวีรัตน์ รงเรือง, สมเกียรติ สุขนันตพงศ์. (2554). *ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 17 (1), 109-123.*
- สุวรรณา เชียงขุนทด, ชนิดา มัททวางกูร, กุลธิดา จันทร์เจริญ, เนตร หงษ์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกูล, จูติมา
อุดมศรี, และสมหญิง เหง้ามูล. (2556). *ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน
ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. [รายงานวิจัย]. Retrieved October 12, 2015, from [http://
rcfcd.com/?p=3552](http://rcfcd.com/?p=3552)*
- อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้
ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนปลาย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 18 (1), 58-59.*
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and
Company.
- Bandura, A. (2001). *Social cognitive theory: An agentic perspective Annual Review of Psychology,*
52(1), 1-26. Retrieved September 23, 2015, from [http://www.uky.edu/~eushe2/
Bandura/
Bandura2001ARPr.pdf](http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001ARPr.pdf)

- Chiou, AF., Wang, HL., Chan, P., Ding, YA., Hsu, KL., & Kao, HL. (2009). Factors associated with behavior modification for cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in Northern Taiwan. *Journal of nursing research*, 17(3), 221-230.
- Chongchareon, W., & Kahawong, W. (2012). Food consumption for prevention coronary heart disease and nutritional status among administrative southern Thai persons. *In the 19 th Wonca Asia pacific regional conference : clinical excellence in family medicine: evidence-based approach in primary care. (pp.89)*. Jeju, Korea.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ervin, B. (2009). Prevalence of metabolic syndrome among adults 20 years of age and over, by sex, age, race and ethnicity, and body mass index: United States, 2003–2006. *National Health Statistics Reports*, 13 (5), 1-8.
- Ford, ES. (2005). Prevalence of metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adult in the U.S. [Abstract]. *Diabetes Care*, 28(11), 2745-2749.
- Grundy, SM. (2008). Metabolic syndrome pandemic. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular Biology*, 28(1), 629-636.
- Kassi, E., Pervanidou, P., Kaltsas, G., & Chrousos, G. (2011). Metabolic syndrome: definitions and controversies, *BMC Med*, 9(10), 48.
- Kennedy, S. (2011). The role of diet in lowering blood pressure. *Nursing Standard*, 25(48), 39-47.
- Lippke, S., Plotnikoff, RC. (2006). Stages of change in physical exercise: a test of stage discrimination and nonlinearity. *American journal of health behavior*, 30(3), 290-301.
- Padwal, RS., & Sharma, AR. (2010). Prevention of cardiovascular disease: Obesity, diabetes and the metabolic syndrome. *The Canadian journal of cardiology*, 26 (1), 18–20.
- Pender, N J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange Stanford.
- Pender, NJ., Murdaugh, CL., & Parsons, MA. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5 th ed.). New Jersey, Upper Saddle River: Pearson Education Inc.
- _____. (2011). *Health promotion in nursing practice*. (6 th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Pittas, AG. (2003). Nutrition interventions for prevention of type 2 diabetes and the metabolic syndrome. *Nutritional Clinical Care*, 6(2), 79-88.

- Prochaska, JO., & DiClemente, CC. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Rakesh, MP., & Viswanathan, M. (2012) Changing definitions of metabolic syndrome, *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 16(1), 7-12.
- Vasan, SK., Karol, R., Mahendri , NV., Arulappan, N., Jacob, JJ., & Thomas. N. (2012). A prospective assessment of dietary patterns in Muslim subjects with type 2 diabetes who undertake fasting during Ramadan. *Indian journal Endocrinology and Metabolism*, 16(4), 552–557.
- Wallace, LS., & Buckworth, J. (2003). Longitudinal shifts in exercise stages of change in college students. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 43(2), 209-212.
- Wallin, AM., Lofvander, M., & Ahlstrom, G. (2007). Diabetes: a cross-cultural interview study of immigrants from Somalia. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 305-314.
- Wannamethee, SG., Shaper, AG., & Whincup, PH. (2006). Modifiable lifestyle factors and the metabolic syndrome in older men: effects of lifestyles changes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(12), 1909-1914.
- Wong, LY., & Toh, MP. (2009). Understanding of diabetes mellitus and health-preventive behavior among Singaporeans. *Annals Academy of Medicine*, 38(6), 478-486.