

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ร้อยเอกหญิงดารินทร์ ฤชาชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร

ร้อยเอกหญิงคารินทร์ ฤกษ์ชัย

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุษบา สงวนประสิทธิ์, Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช, M.A.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ชุดิมา ศิริกุลชยานนท์, Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามี, Ph.D.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร**

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 18 พฤษภาคม 2550

.....

ร้อยเอกหญิงคารินทร์ ฤกษ์

ผู้วิจัย

.....

นางชาลิณี เอี่ยมศรี, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุษบา สงวนประสิทธิ์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ชุดิมา ศิริกุลชยานนท์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช, M.A.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และผู้มีพระคุณหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุษบา สงวนประสิทธิ์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ชูติมา ศิริกุลชยานนท์ และรองศาสตราจารย์ ธารดล เก่งการพานิช คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดร.ชาลิณี เอี่ยมศรี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ตรวจทานแก้ไขและให้กำลังใจอย่างดียิ่ง จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชา ความรู้ และชี้แนะแนวทางเพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสดำเนินการรับประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างมากมาย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และผู้ประสานงานในแต่ละหน่วย รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานกองสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจและสนับสนุนการเรียนตลอดหลักสูตร

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ญาติ พี่ น้อง ที่เป็นกำลังใจสำคัญมาตลอด รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และกัลยาณมิตรทั้งหลายที่ไม่สามารถกล่าวนามได้หมดที่คอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และมีส่วนช่วยเหลือจนสำเร็จการศึกษา

คารินทร์ ฤาชัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร (FACTORS AFFECTING EATING BEHAVIORS AMONG REGISTERED NURSES AT HOSPITALS UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTRY OF DEFENSE AFFAIRS IN BANGKOK)

ร้อยเอกหญิง คารินทร์ ฤาชัย 4536086 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : บุญบา สงวนประสิทธิ์, Ph.D, ชุติมา ศิริกุลชยานนท์, M.A., ธราดล เก่งการพานิช, M.A.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey study) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการใช้ Precede-Proceed Framework เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย และเลือกศึกษาตัวแปรต่างๆจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 652 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง และวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดังกล่าว และตัวแปรทั้ง 8 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 35 ($R^2 = 0.35$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด และเมื่อวิเคราะห์ทีละกลุ่มปัจจัย พบว่ากลุ่มตัวแปรแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ดีที่สุด คือร้อยละ 26.2 ($R^2 = 0.262$) รองลงมาคือกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ คือร้อยละ 14 ($R^2 = 0.140$) และกลุ่มตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม คือร้อยละ 2 ($R^2 = 0.020$) ตามลำดับ

ดังนั้นในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และกลวิธีในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ควรทำทั้งระดับองค์กร เชิงนโยบาย ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล โดยมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

FACTORS AFFECTING EATING BEHAVIORS AMONG REGISTERED NURSES AT HOSPITALS UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTRY OF DEFENSE AFFAIRS IN BANGKOK

CAPT.DARIN LUECHAI 4536086 PHPH/M

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

THESIS ADVISORS: BOOSABA SANGUANPRASIT, Ph.D., CHUTIMA

SIRIKULCHAYANONTA, M.D., THARADOL KENGGANPANICH, M.A.

ABSTRACT

This research was a cross-sectional survey aiming to study healthy eating behaviors and related factors among registered nurses at the hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Defense Affairs in Bangkok. Precede-Proceed Framework, Self Efficacy Theory, Health Belief Model and Social Support were applied for developing the research conceptual framework. The sample consisted of 652 registered nurses working in the hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Defense Affairs in Bangkok Metropolis. The data were collected by using self-administered questionnaires and analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation, and multiple regression analysis.

Results showed that there were positive relationships between the healthy eating behaviors of registered nurses and the following variables : age, sex, knowledge about healthy foods, perceived benefits of healthy foods, perceived self-efficacy, and social support received from family members. Negative relationships were found between eating behaviors and perceived barriers to eating healthy foods and perceived susceptibility to getting diseases. All of the eight variables together could explain 35 % ($R^2 = 0.35$) of the variation of healthy eating behavior of the registered nurses. Among all of these variables, perceived self-efficacy had the largest effect on eating behaviors of the registered nurses. It was found that 26.2% ($R^2 = 0.262$) of the variation of healthy eating behavior among the samples was explained by the Health Belief Model and perceived self-efficacy, 14.0 % ($R^2 = 0.140$) by socio-demographic characteristics and 2 % ($R^2 = 0.020$) by Social Support.

Therefore, policy, strategies and methods to promote healthy eating behaviors of registered nurses should be formulated and implemented in all hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Defense Affairs in Bangkok.

KEY WORDS : EATING BEHAVIORS/ NURSE / HEALTH BELIEF MODEL / PERCEIVED
SELF-EFFICACY/ SOCIAL SUPPORT

185 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
สารบัญแผนภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย (Research Question)	5
วัตถุประสงค์ (Research Objective)	5
สมมติฐานการวิจัย (Research Hypotheses)	6
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	6
นิยามตัวแปร	7
ขอบเขตการวิจัย	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
ส่วนที่ 1 ลักษณะงานและสภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ	12
ส่วนที่ 2 การทบทวนเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	18
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	22
ส่วนที่ 4 แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)	37
ส่วนที่ 5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	41
ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย
	56
รูปแบบงานวิจัย	56
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (Research Instrument)	60
การสร้างเครื่องมือ	66
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	68
การวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 4	ผลการวิจัย
	70
ส่วนที่ 1 ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามปัจจัย	71
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ	92
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	99
เพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ	
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริม	102
สุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ	
บทที่ 5	อภิปรายผล
	106
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
	118
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	128
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	144
บรรณานุกรม	162
ภาคผนวก	170
ประวัติผู้วิจัย	185

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน	71
2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ	72
3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประสบการณ์การทำงาน	74
4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสถานะทางสุขภาพและการดูแลรักษา	75
5 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทและผลของการตรวจร่างกายในรอบ 1 ปี	76
6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความดันโลหิต	77
7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	77
8 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพถูกต้องร้อยละ	78
9 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	80
10 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค	80
11 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค	81
12 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	82
13 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	83
14 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารประเภทต่าง ๆ	84
15 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	85

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
16 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	86
17 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ	87
18 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	88
19 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	89
20 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	89
21 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	90
22 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนในภาพรวมจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	91
23 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรูปแบบการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ	91
24 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามจำนวนมือที่รับประทานและมื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน	93
25 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับประทานอาหารว่าง	93
26 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามวิธีการเลือกรับประทานอาหาร	95
27 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	96
28 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความถี่ในการบริโภคอาหาร	96
29 ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทอาหาร	98
30 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (ข้อมูลเชิงปริมาณ) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ	100
31 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาจากไคสแควร์	101
32 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรในรูปแบบต่าง ๆ และสามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้	105

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดการวิจัย

10

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความ คาดหวังในผลของการกระทำ	42
2 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและคาดหวัง ในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งมีการหลั่งไหลของกระแสวัฒนธรรมตะวันตก ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม วิธีการดำรงชีวิตและแบบแผนปัญหาสุขภาพของประชาชน โรคติดเชื้อที่เคยเป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่โรคเรื้อรังเช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กำลังเป็นปัญหามากขึ้น จากการสำรวจของสำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ.2542 พบว่า ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูงและการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียชีวิตและพิการในคนไทยเป็นอันดับที่ 4, 6, 8 และ 9 ตามลำดับ โดยเฉพาะในเพศหญิง ความอ้วน ความดันโลหิตสูงและการมีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 2, 3 และ 5 ตามลำดับ (Wibulpolprasert, 2005 : 124) ในปีพ.ศ.2540 และปีพ.ศ.2544 อัตราตายจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น คือจากร้อยละ 7.5 เป็น 13.2 ต่อประชากรแสนคน และจากร้อยละ 13.3 เป็น 24.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนโรคหัวใจ จากร้อยละ 71.1 ลดลงเหลือ 30.3 ต่อประชากรแสนคนซึ่งยังคงเป็นปัญหาอยู่ (วัลลภ ไทยเหนือ, 2547 : 2) นอกจากนี้จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2529 และครั้งที่ 4 พ.ศ.2538 กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 40-49 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.1 เป็น 40.2 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 20-29 ปี จากร้อยละ 2.9 เป็น 20.4 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขไทย, 2545 : 137) สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไป รับประทานอาหารแบบตะวันตก บริโภคแป้ง ไขมัน เนื้อสัตว์ รวมทั้งบริโภคอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น มีความหลากหลายของอาหารลดน้อยลง มีการบริโภคเกินความจำเป็น ได้สัดส่วนของอาหารไม่ถูกต้อง (สมชาย ชุรงค์เดช, 2545 : 23) มีการบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นจาก 14.6 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในปีพ.ศ.2531 เพิ่มขึ้นเป็น 30.5 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 (Wibulpolprasert, 2005 : 125) ส่งผลให้คนไทยมีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคก่อให้เกิดปัญหาพิการ ตายก่อนวัยอันควร เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเพิ่มมากขึ้น โดยแต่ละปีคนไทยใช้

จ่ายเงินเพื่อสุขภาพรวมกันกว่า 2.5 แสนล้านบาท ส่วนใหญ่ใช้เพื่อการซ่อมสุขภาพเสียและมีอัตราเพิ่มกว่าร้อยละ 10 ต่อปี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2545 : 225) ก่อให้เกิดผลเสียต่อปัญหาเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยเลือกบริโภคอาหารอย่างถูกต้องทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อให้ได้สารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด โดยอาศัยกลวิธีส่งเสริมสุขภาพ (สมชาย ชุรงค์เดช, 2547 : 7) ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการสร้างสุขภาพ เพราะการส่งเสริมสุขภาพเป็นการป้องกันไม่ให้นुकคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยโดยการควบคุมและกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

ประเทศไทยได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) มีแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เปลี่ยนจากการเน้นเรื่องความเจ็บป่วย (Ill Health) มาสนใจในเรื่องการสร้างสุขภาพ (Health Promotion) มุ่งพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยดำเนินการเชิงรุกสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ครอบคลุมชุมชน รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อม ในปี พ.ศ.2545 ประกาศให้เป็นปีแห่งการเริ่มต้นรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ปีพ.ศ.2546 เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมสร้างสุขภาพและในปี พ.ศ.2547 ได้จัดทำโครงการเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) เน้นการดำเนินการในเรื่องการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ การลดโรค และสิ่งแวดล้อม มีจุดมุ่งหมายเป็นผู้นำด้านสุขภาพในระดับสากล โดยในการประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลกครั้งที่ 6 (The 6th Global Conference on Health Promotion 2005) ในประเทศไทยได้ประกาศกฎบัตรกรุงเทพมหานคร (Bangkok Charter) ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะนำประเทศไทยไปสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ปีพ.ศ.2558 (วัลลภ ไทยเหนือ, 2547 : 1-3) จากยุทธศาสตร์ดังกล่าวโรงพยาบาลจึงต้องเพิ่มมิติของการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการให้บริการทางการแพทย์และพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยทำโรงพยาบาลให้เป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) บุคลากรในโรงพยาบาลเป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน ดูแลคนดีไม่ให้ป่วย ดูแลคนป่วยไม่ให้ป่วยหนักขึ้นและไม่ให้ป่วยซ้ำ เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่จะสร้างคุณค่าให้แก่สังคม พร้อมทั้งจะเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพและเป็นแหล่งสร้างสุขภาพให้แก่สังคม (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545 : 197-198)

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2540 พบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในทีมสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด ถึง 86,231 คน มีจำนวนประชากรต่อพยาบาลเท่ากับ 707 : 1 (อัลฟารีเซิร์ช, 2543 : 284) โดยพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย จึงต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากงานบริการในด้านสุขภาพอนามัย เป็นงานหนักต้องลงมือปฏิบัติโดยใช้แรงงาน ความรู้ความสามารถทางวิชาการในการให้บริการ มีการปฏิบัติงานหมุนเวียน ซึ่งอาจเป็น 8 ชั่วโมง 10 ชั่วโมง หรือ 24 ชั่วโมง ซึ่งไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ร่างกายต้องมีการปรับตัวอย่างมากและตลอดเวลา อาจเป็นปัญหาต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้สุขภาพทรุดโทรมและมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลทำให้คุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง จากการศึกษาภาวะสุขภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ของถนอมขวัญ ทวีบุรณและคณะ (2537 : 23-27) พบว่า ระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติร้อยละ 18.20 ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติร้อยละ 6.6 รวมทั้งเรื่องความเครียด พบว่าลักษณะงานทำให้เครียดบ่อยครั้งร้อยละ 25 เครียดเป็นบางครั้งร้อยละ 73.6 ปวดศีรษะเมื่อเครียดร้อยละ 44.9 นอนไม่หลับร้อยละ 28.5 หงุดหงิดร้อยละ 72.8 โมโหง่ายร้อยละ 40.8 และในปีพ.ศ.2540 วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุลได้ทำการสำรวจปัญหาสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอายุระหว่าง 40-50 ปี จำนวน 563 คนในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐทั่วประเทศ พบว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 7.6 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.6 และเบาหวานร้อยละ 1.2 (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2544) และจากการสำรวจภาวะสุขภาพของพยาบาลโรงพยาบาลโรคทรวงอกที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 284 คน พบว่าใน 3 มิโรคประจำตัวที่พบ 3 อันดับแรกคือ โรคภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูง ปวดข้อเข่า กระดูก ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปีแต่ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 63 มีภาวะเครียดอยู่ในระดับสูงร้อยละ 28.5 โดยมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 2.5 (ประณีต โสภณพิศและคณะ, 2544) จากการศึกษาเหล่านี้จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีปัญหาสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น ระดับคอเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ปัญหามีความรุนแรงมากขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลนั้นต้องมีการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อหาแนวทางในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมของพยาบาล ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 20 คน พบว่ามีปัญหาเรื่องโรคและอาการต่างๆ ดังนี้ โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 45 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 10 โรคสีดวงทวารร้อยละ 40 เส้นเลือดคอร้อยละ 40 ปวดหลังปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 80 นอนไม่หลับ (ต้องใช้ยานอนหลับ) ร้อยละ 50 ประจำเดือนผิดปกติร้อยละ 40 มีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ยังไม่ถูกต้อง คือ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาร้อยละ 75 รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ร้อยละ 45 ดื่มน้ำอัดลมเนื่องจากทำให้สดชื่นร้อยละ 50 ดื่มกาแฟเวลาทำงานร้อยละ 40 ดื่มสุรบบ้างนานๆ ครั้งเวลาไปเที่ยวกลางคืนร้อยละ 50 ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 85 ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลาร้อยละ 15 ด้านการตรวจสุขภาพประจำปีทุกคนรับรู้ที่สำคัญและคิดว่าการทดสอบสมรรถภาพร่างกายเป็นสิ่งดี

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลกลุ่มนี้มีความบกพร่องในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ อันนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพต่างๆ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถตามบทบาทของพยาบาล ที่สำคัญต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องเป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นที่น่าเชื่อถือของบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล (Ann Hope, Cecily C.Kelleher and Maire O'Connor, 1998 : 439) นั่นหมายถึงการที่พยาบาลจะส่งเสริมสุขภาพผู้อื่นได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลควรต้องอยู่ในระดับที่น่าพอใจ

เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งเป็นองค์กรทหาร โดยพยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบเช่นเดียวกับพยาบาลพลเรือนทั่วไปในยามปกติ พร้อมทั้งจะให้การสนับสนุนในการช่วยรบยามเมื่อเกิดศึกสงครามเป็นอย่างดีและปฏิบัติตามคำสั่งผู้บังคับบัญชา ซึ่งแตกต่างจากพยาบาลพลเรือน โดยต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นทั้งพยาบาลวิชาชีพและต้องมีลักษณะของทหารอาชีพ มีลักษณะการบริหารงานภายในองค์กรทหาร อาจแตกต่างจากลักษณะขององค์กรของรัฐโดยทั่วไป (จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง, 2543 : 4) เป็นไปได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาจแตกต่างไปจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลพลเรือนโดยทั่วไป การศึกษาครั้งนี้ใช้ Precede Framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพในลักษณะพหุ โดยศึกษาครบทุกองค์ประกอบ ทั้งปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจรวมทั้งปัจจัยต่างๆจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Health Belief Model) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เพื่อให้เข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างชัดเจน ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และเป็นแนวทางให้ผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์และกลวิธีในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอนาคต และเป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพแก่หน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงกลาโหมต่อไป ส่งผลให้พยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีสุขภาพหรือสภาวะที่ดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้เป็นอย่างดี เป็นผู้นำในด้านสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทหาร ข้าราชการ ลูกจ้าง คนงาน ในสังกัดกระทรวงกลาโหม ตลอดจนครอบครัวและประชาชนทั่วไปได้

คำถามในการวิจัย (Research Question)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไรและมีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ (Research Objective)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยแรง

สนับสนุนทางสังคม ในการทำนายพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypotheses)

1. ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การมีโรคประจำตัว รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน (การอยู่เวร) ที่อยู่อาศัย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร

3. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยคือ

1.1 ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การมีโรคประจำตัว รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน (การอยู่เวร) ที่อยู่อาศัย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

1.2 ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

1.3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

2.ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

นิยามตัวแปร

1.พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษา ในระดับปริญญาตรี หรือปริญญาบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ได้รับการบรรจุแต่งตั้งเป็นข้าราชการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่งคือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

2.พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติในการรับประทานอาหารครอบคลุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังนี้

- การรับประทานคาร์โบไฮเดรต ธัญพืช 6-8 ส่วนต่อวันและอาหารกากใยสูง
- การรับประทานโปรตีนจากพืช โปรตีนจากสัตว์และโปรตีนจากเนื้อปลา
- การรับประทานไขมันทั้งฟองไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์และการรับประทานไข่ขาว
- การดื่มนมพร่องมันเนยและนมถั่วเหลือง 1-2 แก้วต่อวัน
- งดรับประทานอาหารไขมันสูง (ไขมันอิ่มตัว) เช่น ไขมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม
- งดรับประทานอาหารที่มีคลอเลสเตอรอลสูง เช่น ดับ ปลาหมึก หอยนางรม และอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ
- งดรับประทานอาหารรสเค็มจัด หมักดอง และหวานจัด
- งดรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ
- งดรับประทานขนมกรุบกรอบ

- การรับประทานผักและผลไม้ หมุนเวียน
- การรับประทานอาหารที่ปรุงประกอบโดยวิธี ต้ม นึ่ง แทนการทอด ปิ้งย่าง ร่มควัน
- ดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน ดื่มน้ำผลไม้ไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน และงดดื่มแอลกอฮอล์

3. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการบอกเรื่องราว ข้อเท็จจริง ในเรื่องหลักการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ชนิดและปริมาณของอาหารที่ควรรับประทานและควรเลี่ยง วิธีประกอบอาหาร โรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งชนิดต่างๆและโรคกระดูกพรุน

4. การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึนึกคิดที่คาดว่าจะเกิดผลดีจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องมากน้อยเพียงใด ได้แก่ มีสุขภาพแข็งแรง เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็งชนิดต่างๆและโรคกระดูกพรุน

5. การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งกีดขวาง ที่เกิดจากประสบการณ์เดิม รวมทั้งการรับรู้ในด้านลบ ที่คาดว่าจะป็นอุปสรรคขวางกั้นการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ในด้านค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การอยู่เวร การไม่ได้ประกอบอาหารเอง การรับรู้ด้านลบ (แพ้อาหารหรือไม่ชอบ) และการจิตใจในรสชาติของอาหาร

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึนึกคิดที่คาดว่าจะตนเองจะมีโอกาสหรือง่ายต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งชนิดต่างๆ โรคกระดูกพรุน

7. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึนึกคิดที่มีต่อความรุนแรงของโรคต่างๆ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งชนิดต่างๆ โรคกระดูกพรุน ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน ความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลาในการรักษา การกระทบกระเทือนฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว

8. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดในการประมาณความสามารถของตนเองที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง

9. แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่พยาบาลได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ แรงงาน เวลา เงิน หรือกำลังใจ การเอาใจใส่ การสนับสนุน การกระตุ้นเตือนที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา เป็นผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

10. การมีโรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาตลอดของพยาบาล ที่ทำให้เป็นอุปสรรคหรือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

11. รายได้ หมายถึงรายได้ในแต่ละเดือนของพยาบาลที่ได้รับจากการประกอบวิชาชีพพยาบาล และเงินที่ได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลพิเศษทั้งในและนอกโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่าย

12. ประสบการณ์การทำงาน หมายถึง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลจนถึงปัจจุบันของพยาบาล (เศษของปีที่เกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)

13. เวลาในการปฏิบัติงาน (การอยู่เวร) หมายถึงการปฏิบัติงานตามปกติตามตารางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน แบ่งเป็น

เวรผลัด : การขึ้นปฏิบัติงานสลับกันระหว่าง เช้า บ่าย ค่ำ (8 ชั่วโมงต่อ เวร)

เวรเช้าตลอด : การปฏิบัติงานในเวลาราชการ (08.00-16.00 น.)

หยุดปฏิบัติงานในวันเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์

14. ที่อยู่อาศัย หมายถึง สถานที่ที่พยาบาลอยู่อาศัยเป็นส่วนใหญ่ แบ่งเป็น หอพักของโรงพยาบาล บ้านของตนเอง ห้องเช่า

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม (กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน
การมีโรคประจำตัว รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน(การอยู่เวร)
ที่อยู่อาศัย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง

การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ
เพื่อน เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบในการศึกษาวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะงานและสภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

- โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ในสังกัดกระทรวงกลาโหม ระเบียบคำสั่งของกระทรวง-กลาโหมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ แผนแม่บทการสร้างเสริมสุขภาพกำลังพลในกองทัพไทย บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ การขึ้นเเว

ส่วนที่ 2 การทบทวนเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

- แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- หลักในการเลือกอาหารสำหรับวัยผู้ใหญ่ อาหารหลัก 5 หมู่ของไทย ข้อปฏิบัติ ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 4 แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)

ส่วนที่ 5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

- ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)
- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
- แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ลักษณะงานและสภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมนั้นเป็นองค์การทหาร ประกอบด้วยโรงพยาบาล สังกัดกองทัพบก กองทัพเรือและกองทัพอากาศ ซึ่งมีหน้าที่ให้การรักษายาบาลทหาร ข้าราชการ กลาโหม ลูกจ้างคนงาน ตลอดจนครอบครัวและประชาชนทั่วไป และมีหน้าที่เป็นโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการศึกษาของบุคลากรสายแพทย์ และรักษาเฉพาะโรค เช่น โรคเกี่ยวกับเวชศาสตร์การบินและโรคเกี่ยวกับเวชศาสตร์ใต้น้ำ

ภารกิจของกรมแพทย์ทหารบก คือวางแผนอำนวยการ ประสานงาน แนะนำ กำกับ การดำเนินการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับการผลิต จัดหา ส่งกำลังบำรุง บริการ พยาธิวิทยา เวชกรรม ป้องกัน ทันตกรรมและการรักษายาบาล กำหนดหลักนิยม และจัดทำตำรา ตลอดจนการฝึกและศึกษาเกี่ยวกับกิจการและสิ่งอุปกรณ์ของเหล่าทหารแพทย์

ภารกิจของกรมแพทย์ทหารอากาศ ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ทหารอากาศ การแพทย์ทั่วไป เวชศาสตร์การบิน เวชศาสตร์ป้องกัน การพัสดุสายแพทย์ วิจัยและพัฒนากิจการ แพทย์กับมีหน้าที่กำหนดแนวทางควบคุม ประเมินผล การฝึกศึกษาผลิตบุคลากรสายแพทย์ มี เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศเป็นผู้บังคับบัญชารับผิดชอบเป็นหน่วยขึ้นตรงต่อกองบัญชาการ สนับสนุนทหารอากาศ

ภารกิจของกรมแพทย์ทหารเรือ มีหน้าที่อำนวยการประสานงาน แนะนำ กำกับ และ ดำเนินการในเรื่องการรักษายาบาล การสุขาภิบาลอนามัย การส่งกำลังพัสดุสายแพทย์ รวมทั้งการ วิจัยและพัฒนาการแพทย์ ตลอดจนการฝึกและศึกษาของเหล่าทหารแพทย์ มีเจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ เป็นผู้บังคับบัญชารับผิดชอบเป็นส่วนขึ้นตรงกองทัพบเรือ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในสังกัดกระทรวงกลาโหม

พยาบาลวิชาชีพทุกคนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งได้แก่โรงพยาบาล สังกัดกองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ เป็นผู้ได้รับการบรรจุแต่งตั้งให้เป็นข้าราชการทหารชั้น สัญญาบัตรเหล่าแพทย์ ขึ้นตรงกับกรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ตามลำดับ และมีการจัดส่วนราชการตามสายงานการบังคับบัญชาของแต่ละหน่วย ดังนั้นจึงต้อง ปฏิบัติหน้าที่เป็นทหารอาชีพอีกตำแหน่งหนึ่งด้วย ซึ่งหลักสูตรการศึกษาในสถาบันการศึกษาแต่ละ

สังกัดได้บรรจุหมวดวิชาทหารเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของกระทรวงกลาโหม หลังจากจบการศึกษาแล้วนอกจากจะปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแล้วจะต้องมีคุณลักษณะของทหาร ดังนี้

การเป็นทหารอาชีพ หมายถึง การเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในวิชาชีพซึ่งต้องฝึกฝนอบรมเป็นระยะเวลายาวนาน พร้อมทั้งจะปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่และมีความรับผิดชอบประกอบด้วยจรรยาบรรณของทหารอาชีพ และคุณลักษณะทหารอาชีพ (บุญเยี่ยม สารีมาน, 2536)

1. จรรยาบรรณของทหารอาชีพ ได้แก่

1.1 ความจงรักภักดีต่อชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ ทหารจะต้องปฏิบัติตนให้อยู่ใน กฎ ข้อบังคับและแบบธรรมเนียมของทหาร เชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชายึดมั่นในวินัย ปฏิบัติตนตามที่ได้ปฏิญาณไว้ต่อหน้าธงชัยเฉลิมพลทุกประการ

1.2 ความซื่อสัตย์ต่อหน่วย ทหารจะต้องรักหน่วย รักหมู่คณะ มีความสามัคคี ความภาคภูมิใจต่อหน่วย รักษาชื่อเสียงเกียรติคุณของหน่วย

1.3 ความรับผิดชอบ ทหารทุกคนต้องรับผิดชอบในหน้าที่ของตน ผู้นำหน่วยจะต้องสร้างสรรค์ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนมีความสำนึกและปฏิบัติตนในหน้าที่ของแต่ละคนด้วยความเต็มใจ เต็มความสามารถ พัฒนาปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ และกล้ายอมรับผิดหรือชอบในสิ่งที่ตนหรือผู้ใต้บังคับบัญชาได้กระทำหรือละเว้นกระทำ

1.4 ความเสียสละ เป็นจรรยาบรรณที่มีความสำคัญที่สุด หมายถึง ความมีน้ำใจเสียสละ โดยไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน ยอมเสียสละชีวิตและเลือดเนื้อเป็นชาติพลีเมื่อถึงความจำเป็น นอกจากเสียสละเพื่อชาติแล้ว ทหารยังจะต้องเสียสละประโยชน์สุขส่วนตัวเพื่อประโยชน์สุขของหมู่คณะด้วย

2. คุณลักษณะของทหารอาชีพ หมายถึง คุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.1 ความสำนึกในการเป็นทหาร ทหารทุกคนจะต้องระลึกอยู่ตลอดเวลาว่า ตนมีหน้าที่ต่อชาติ ไม่ว่าจะเป็นทหารอยู่ในหน่วยใดก็ตาม มีชั้นยศใดหรือตำแหน่งใดก็ตาม ต่างก็มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการป้องกันประเทศร่วมกัน

2.2 ความรู้ความสามารถ ทหารทุกคนจะต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถเพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจแก่ตนเองและหน่วย สามารถปฏิบัติให้บรรลุภารกิจตามที่กำหนดโดยมีความริเริ่มสูง มีขวัญดี มีวิจรรณญาณดี ตลอดจนมีความกระตือรือร้นและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติภารกิจให้บรรลุผล

2.3 ความเปิดเผยและจริงใจ ทหารต้องเป็นคนเปิดเผยและจริงใจ ความเปิดเผยและจริงใจจะก่อให้เกิดความไว้วางใจกันในหมู่คณะ หล่อหลอมให้ทหารทั้งหน่วยมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน อันเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์สำหรับทหารของชาติเป็นส่วนร่วม

2.4 ความกล้าหาญ เป็นคุณลักษณะที่สำคัญยิ่งของทหารในสนามรบ ทหารทุกคนต้องพยายามฝึกฝนตนเองไม่ให้เกิดความหวาดกลัว เมื่อต้องเผชิญกับอันตราย หรืออยู่ในภาวะคับขันในสนามรบ ความกล้าหาญจึงเป็นลักษณะอันพึงประสงค์อย่างสำคัญยิ่งและจำเป็นสำหรับตัวทหารทุกคน ถ้าทหารปราศจากซึ่งความกล้าหาญแล้ว ทหารก็ไม่ควรสวมเครื่องแบบและเรียกตัวเองว่าเป็นทหาร

โดยบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลนั้น พยาบาลวิชาชีพในสังกัดกระทรวงกลาโหม มีบทบาทไม่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพในสังกัดอื่น แต่มีความแตกต่างกันในลักษณะขององค์กรทหาร และบทบาทหน้าที่ของความเป็นทหาร ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหม จึงต้องปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 2 บทบาทคือ เป็นทั้งพยาบาลวิชาชีพและทหารอาชีพ ซึ่งจะต้องปฏิบัติตามระเบียบแบบธรรมเนียมทหาร เช่นเดียวกับทหารทั่วไป ซึ่งจะมีทั้งกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่ง ที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ทหารทุกคนจะต้องรับรู้และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ซึ่งกฎระเบียบและข้อบังคับของทหารอาจจะแตกต่างจากของพลเรือนทั่วไป

ระเบียบคำสั่งของกระทรวงกลาโหมและกองทัพบกที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

การตรวจร่างกายประจำปี ตามคำสั่งกระทรวงกลาโหมที่ 82/7059 ลงนาม โดยพล.อ. หลวง เสนาณรงค์ ปลัดกระทรวงกลาโหม เมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ.2497 จุดประสงค์ในคำสั่งนั้นมีความสรุปได้ว่า “เนื่องด้วยข้าราชการลาป่วยปีหนึ่ง ๆ เป็นจำนวนมากและบางคนมีโรคประจำตัวทำให้เกิดความเสียหาย งานของชาติไม่ดำเนินก้าวหน้าจึงลงมติให้มีการตรวจโรคแก่ข้าราชการทุกคนเป็นประจำ ถ้าผู้ใดไม่สมควรจะให้คงรับราชการก็ให้ออกจากราชการตามกฎหมายต่อไป”

แผนแม่บทการสร้างเสริมสุขภาพกำลังพลของกองทัพไทยปี 2546-2548 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2545 : 24-25)

แผนแม่บทการสร้างเสริมสุขภาพกำลังพลของกองทัพไทยเกิดขึ้นด้วยเหตุที่กองทัพอยู่ภายใต้ระเบียบวินัยอันเป็นเอกภาพพร้อมพรั่งด้วยฐานทรัพยากร เป็นองค์กรระดับชาติที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ตระหนักในศักยภาพของกองทัพจึงร่วมกับกองทัพโดยการสนับสนุนของผู้นำเหล่าทัพต่างๆ พัฒนาขึ้นจนเสร็จ

สมบูรณ์ในปี 2545 สำหรับให้ทุกเหล่าทัพแปรแผนแม่บทนี้ให้เป็นโครงการ และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละเหล่าทัพ ในระยะเวลา 3 ปี นับจากปี 2546-2548

สาระสำคัญของแผนแม่บทการสร้างเสริมสุขภาพกำลังพลของกองทัพไทย ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

1. สร้างความรู้ความเข้าใจ และเกิดจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพของกำลังพล
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรคที่ป้องกันได้
3. ปรับปรุงและพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมทั้งของกำลังพลในกองทัพและชุมชนใกล้เคียง
4. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในสถานที่ทำงานและบ้านพัก โดยเน้นความปลอดภัยต่อชีวิต และลดผลกระทบต่อสุขภาพของกำลังพล
5. ศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพของกำลังพล

โดยโครงการที่เกิดขึ้นจะเป็นการบูรณาการเข้ากับโครงการใดๆ ที่มีอยู่เดิม เน้นการใช้ศักยภาพของกองทัพที่มีอยู่ให้เต็มที่ ทั้งด้านสถานที่ ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้เพื่อไปประยุกต์ใช้จริง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในด้านต่างๆ โดยมีผลที่จะเกิดขึ้นดังนี้

- กำลังพลได้รับการพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- เกิดการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในกองทัพโดยเอื้อประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- กำลังพลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีส่วนร่วมด้านการพัฒนาสุขภาพ
- ข้าราชการข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพได้รับการเผยแพร่สู่กำลังพลอย่างต่อเนื่อง
- เกิดการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกองทัพ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ทำให้ความต้องการในการดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลง ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนโดยเน้นการบริการเชิงรุก คือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันสุขภาพหรือการป้องกันโรค ตลอดจนการดูแลสุขภาพชน บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันสุขภาพ มีดังนี้

1. ผู้พิทักษ์สิทธิ (Advocator) ในบทบาทนี้เน้นการช่วยเหลือและปกป้องผู้ใช้บริการ ให้ได้รับสิ่งที่ต้องการจากระบบบริการสุขภาพ และได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตน เช่นการสื่อสารกับระบบบริการสุขภาพก่อนที่จะส่งต่อเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับผลประโยชน์ทางด้านสุขภาพ ในบทบาทนี้พยาบาลจะต้องพูดและกระทำในฐานะตัวแทนของผู้ใช้บริการ รวมทั้งอธิบายและแปลความรู้สึก ความต้องการของผู้ใช้บริการให้บุคคลอื่นๆ ได้รับทราบ

2. ผู้จัดการด้านการดูแล (Care manager) พยาบาลจะต้องเอื้อและประสานงานด้านการบริการสุขภาพให้กับผู้ใช้บริการเพื่อป้องกันการให้บริการที่ซ้ำซ้อนและให้แน่ใจว่าความต้องการของผู้ใช้บริการได้รับการตอบสนอง

3. ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) สำหรับทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการหรือหน่วยงานด้านสุขภาพอื่นๆ ในชุมชน พยาบาลจะต้องไปทำหน้าที่ใกล้เคียง ประสานปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการกับบุคคลอื่นๆ เช่น ครูที่โรงเรียน นักกฎหมาย หรือบุคคลอื่นที่ทำงานร่วมกับผู้ใช้บริการ ในบางกรณีที่พยาบาลมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น ผู้สูงอายุ สุขภาพสตรี หรืออนามัยชุมชน พยาบาลก็สามารถที่จะถ่ายทอดข้อมูลในฐานะผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ ในรูปแบบต่างๆ เช่นการช่วยชุมชนวางแผนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

4. ผู้ให้บริการสุขภาพ (Care provider) การเป็นผู้ให้บริการสุขภาพศึกษาและเป็นที่ปรึกษาแนะแนวการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โครงการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ โครงการออกกำลังกาย เป็นต้น มีผู้ให้แนวคิดที่พยาบาลควรให้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ดี มีผู้ใช้บริการสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วย ซึ่งถ้ากระทำเช่นนี้ พยาบาลจะต้องพัฒนาเพิ่มความสามารถและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเอง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ พยาบาลจะต้องเคารพสิทธิของบุคคลและตระหนักว่าการส่งเสริมสุขภาพมิใช่ความรับผิดชอบเฉพาะของพยาบาล แต่เป็นความรับผิดชอบของประชาชนทุกคน

5. ผู้ให้ความรู้ (Education) การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น โภชนาการที่ดี การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน และการใช้ยา มักจะเป็นสิ่งที่ประชาชนปฏิบัติ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญแก่ประชาชนที่สำคัญพยาบาลต้องตระหนักในบทบาทนี้เพราะจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะต้องมีการเลือกวิธีการสอน ที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันสุขภาพขึ้นกับความสามารถของบุคคลในการใช้ความรู้ที่เหมาะสม การสอนเป็นส่วนสำคัญของการป้องกันปฐมภูมิเพื่อหลีกเลี่ยงความพิการหรือความเจ็บป่วย

6. ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator) ในการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่าผู้สอนด้านสุขภาพ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ช่วยบุคคลและครอบครัวที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้เกิดการพัฒนาวิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ช่วยชุมชนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อม และในฐานะที่มีทักษะการสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ใช้บริการ พยาบาลจะต้องกระตุ้นให้บุคคล ชุมชน มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

7. ผู้วิจัย (Researcher) การวิจัยทางการพยาบาลจะทำให้สามารถค้นหาคำตอบเกี่ยวกับตัวกำหนดหรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลทุกคนต้องรับผิดชอบในการวิเคราะห์ผลการศึกษาและนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันสุขภาพในทุกระดับ

โดยสรุปการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับทุกสถานะของสุขภาพ กิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นไปเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพทั้งกาย จิต จิตวิญญาณและสังคมของบุคคล ครอบครัวและชุมชนแต่ที่สำคัญก็คือการส่งเสริมสุขภาพจะเน้นที่ความผาสุกหรือสุขภาพที่ดีมากกว่าการป้องกันสุขภาพ จึงมีความสำคัญที่พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการพัฒนาการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและร่วมมือประสานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับสังคม การเมือง เศรษฐกิจ เพื่อบรรลุเป้าหมายของสังคม คือการมีสุขภาพดี

การฟื้นฟู

ลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานบริการที่มุ่งปฏิบัติดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ พ้นจากความทุกข์ทรมานของโรคภัยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันเกิดจากการรักษา รวมทั้งช่วยฟื้นฟูสุขภาพให้รอดพ้นจากความพิการโดยไม่เว้นแม้แต่วันหยุดราชการ

หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ แต่เนื่องจากร่างกายมนุษย์มีขีดจำกัดในการทำงาน ควรต้องมีเวลาส่วนหนึ่งในการพักผ่อนและสันตนาการเพื่อผ่อนคลายความเหนื่อยล้า รวมทั้งทำกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆในสังคม ดังนั้นเพื่อให้เกิดคุณภาพของการบริการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วย และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของตัวบุคลากรพยาบาลเอง ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงแบ่งช่วงเวลาการทำงานในแต่ละวันออกเป็น 3 ระยะ โดยเรียก “ระยะเวลาในช่วงแรก” นับตั้งแต่ 07.30-15.30 น. ว่า “เวรเช้า” “ระยะเวลาในช่วงที่สอง” นับตั้งแต่ 15.30-23.30 น. ว่า “เวรบ่าย” และ “ระยะเวลาในช่วงสุดท้าย” นับตั้งแต่ 23.30-07.30 น. ว่า “เวรดึก” และกำหนดให้พยาบาลหมุนเวียนสลับเปลี่ยนกันขึ้นปฏิบัติงาน โดยได้รับการจัดเวรจากหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยขึ้นปฏิบัติงานทั้ง 3 เวรคือ เช้า-บ่าย-ดึก สลับกันไปกับช่วงเวลาพักผ่อน โดยมีวันหยุดในแต่ละเดือนเท่ากับวันหยุดราชการ ประมาณเดือนละ 8 วัน (ไม่นับวันหยุดนักขัตฤกษ์)

จากลักษณะงานซึ่งไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ร่างกายต้องการปรับตัวอย่างมากและตลอดเวลา อาจเป็นปัญหาต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้สุขภาพทรุดโทรมและมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลทำให้คุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง จึงควรมีการศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล เพื่อให้มีสุขภาพหรือสุขภาพะที่ดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้เป็นอย่างดี เป็นผู้นำในด้านสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การทบทวนเอกสารทางวิชาการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจุบันระบบสุขภาพในประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตที่สำคัญ 5 ประการคือ 1) เน้นตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพเสีย 2) ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพแพงมากแต่ผลตอบแทนต่ำ 3) คนไทยป่วยและตายโดยไม่จำเป็นเป็นจำนวนมาก 4) ระบบบริการสุขภาพมีปัญหา 5) คนไทยบางส่วนยังขาดหลักประกันสุขภาพ ทำให้เกิดกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2545 : 219) ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญโดย มีวัตถุประสงค์คือการสร้างสุขภาพที่ดี ซึ่งไม่เหมือนกับระบบซ่อมสุขภาพ การ “ซ่อม” นั้นผู้มีบทบาทสำคัญคือ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่ “การสร้าง” นั้นต้องการคนทั้งหมด สังคมทั้งหมดร่วมกันสร้าง และยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพที่ดีนั้นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับความเป็นประชาสังคมให้มากที่สุด โดยมีกลยุทธ และกลวิธีเปิดเสรีที่จะช่วยเพิ่มทักษะความสามารถของคนเราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ช่วยควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในส่วนที่ปัจเจกบุคคลสามารถกระทำได้ เพิ่ม

ความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมในการร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนาให้เกิดภาวะแวดล้อมในชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

Gochman (1982 : 169 อ้างในกฤติกา จันทร์หอม, 2542 : 38) พฤติกรรมสุขภาพแสดงถึงการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ดังเช่น การสูบบุหรี่ นิสัยการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพและการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น (Covert Behavior) ดังเช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

Brubaker, 1983, Pender 1987, Murray & Zentner (1989 อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์, 2532 : 45) การจัดกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อและแนวคิดของผู้จัดแต่จุดร่วมคือ การจัดตามภาวะสุขภาพ การใช้คำว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นส่วนใหญ่อ้างถึง เมื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ดังนั้น คำว่าพฤติกรรมสุขภาพจึงเน้นเฉพาะในเรื่อง พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Health Protection)

Walker, et al. (1990 : 268 อ้างในกฤติกา จันทร์หอม, 2542 : 39) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ของ บุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล และใช้คำว่า "วิถีชีวิต" ในความหมายเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ

Palank (1991 : 815-832) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมต่างๆที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เกษม นครเขต (2537 : 18-20 อ้างใน REANU PAYGULUME, 2001 : 9) ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพว่า คือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคโดยมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรค

Pender (1996 : 320) การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกิจกรรมที่กระทำโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งมุ่งส่งเสริมให้บุคคลบรรลุความสำเร็จในชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2546 : 58) การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงการจัดกิจกรรมที่ทำให้คนเรียนรู้ มีความสามารถพอที่จะดูแลจัดการตนเอง และสิ่งแวดล้อมให้มีสภาพที่ดีขึ้นปลอดภัย มีผลผลิตชีวิตที่ดี หรือการจัดกิจกรรมที่คำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรม และดำเนินกิจกรรมจากผู้รับบริการหรือชุมชน อันจะส่งผลให้ชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้เป็นแกนนำในการเผยแพร่แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยจัดประชุมนานาชาติขึ้นเป็นครั้งแรกที่ กรุงฮอนดูรา ประเทศแคนาดา เมื่อปี 2529 จากการประชุมได้กำหนดกลยุทธ์ 5 ประการ ในการส่งเสริมสุขภาพโดยกลยุทธ์ทั้ง 5 ประการ ควรดำเนินการไปด้วยกันจึงจะมีประสิทธิภาพเสริมกัน ก่อให้เกิดความสำเร็จได้ดีกว่าการแยกกันใช้กลยุทธ์ใดกลยุทธ์หนึ่ง ประกอบด้วย (สุรเกียรติ์ อาชานุกาญ, 2541 : 11-14)

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Building healthy public policy) เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตออกไปนอกภาคสาธารณสุข ผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคและทุกระดับต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ และยอมรับผิชอบในผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายหลักคือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เอื้อต่อสุขภาพ (Creating supportive environment) ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมประกอบเป็นระบบสุขภาพ และระบบนิเวศน์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้นชุมชนต้องร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยต้องถือว่าการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก

3. สร้างพลังให้ชุมชนดำเนินการเอง (Strengthening community action) การส่งเสริมสุขภาพต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนและการดำเนินการเพื่อบรรลุภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หัวใจของกระบวนการดังกล่าวคือ การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของ

การควบคุมความเพียรพยายามและอนาคตของพวกเขา โดยต้องระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยชุมชนต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสของการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skills) ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพและการเสริมทักษะชีวิต เป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชน ให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้มากขึ้นเพื่อเพิ่มโอกาสพัฒนาสุขภาพ

5. ปฏิรูปบริการสาธารณสุข (Re-orienting health services) เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งต้องทำงานร่วมกันมุ่งสู่สุขภาพของประชาชน โดยนอกจากงานรักษาพยาบาลแล้ว ภาคสาธารณสุขต้องหันมาทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ให้การสนับสนุนให้บุคคล ชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในลักษณะที่ไวต่อปัญหา และสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน โดยต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับภาคอื่นๆด้วย นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญในการวิจัยสาธารณสุข แลหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทางและการจัดระบบบริการสาธารณสุข ที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในลักษณะองค์รวม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ทำไมต้องมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาจากสาเหตุหลายประการ (ชนวนทองชนสุกาญจน์, 2542 : 1-2)

1. ความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีต่างๆ ในด้านการตรวจค้นและการรักษา ทำให้โรงพยาบาลเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถค้นหาโรคหรือความผิดปกติได้ตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้สามารถป้องกันโรคได้อย่างแท้จริง

2. ความก้าวหน้าด้านการรักษา และส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยทำให้ผู้ให้การรักษาเชื่อว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรมบางประเภทสามารถส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายได้อันจะนำไปสู่ภาวะปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยได้อย่างแท้จริง

3. ภาวะความจำเป็นด้านการบริหารทรัพยากร จุดคุ้มทุน เมื่อเทคโนโลยีก้าวหน้าส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการตรวจค้น และการรักษาสูงขึ้น จึงจำเป็นที่ผู้บริหารต้องพัฒนารูปแบบการบริหารและรูปแบบกิจกรรมที่จะมีความเป็นไปได้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุด

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3 ระดับคือ

1. การป้องกันโรค (Disease Prevention)
2. การให้มีภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นสร้างเสริมศักยภาพของร่างกาย (Health Enhancement)
3. การดูแลด้านการรักษาและการฟื้นฟู (Curative and Rehabilitative)

ประเทศไทยการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพมุ่งหวังให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะวิกฤติและระยะยาวต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นโรงพยาบาลที่ปรับบทบาทการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็เพิ่มบทบาทหน้าที่ในการสร้างและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันโรคเมื่อยังไม่เจ็บป่วยให้สมดุล โดยทำโรงพยาบาลให้เป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) โดยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ ถ้าผู้ทำงานมีสุขภาพดีที่นั่นๆย่อมได้กำไรจากประสิทธิภาพของงานที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้บุคลากรในโรงพยาบาลก็เป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน ดูแลคนดีไม่ให้ป่วย ดูแลคนป่วยไม่ให้ป่วยหนักขึ้น และไม่ให้อาการป่วยซ้ำ เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่จะสร้างคุณค่าให้แก่สังคม พร้อมทั้งจะเป็นแหล่งเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ และเป็นแหล่งสร้างสุขภาพให้แก่สังคม(ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545 : 197-198)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO,1972) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food consumption behavior) ว่าหมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมือที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังรับประทานอาหาร (โดยกำหนดขอบเขตในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้ว่า คือ การศึกษาถึงวิธีการที่กลุ่มบุคคลหรือชุมชนยอมรับอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรมในการเลือกอาหารบริโภค และใช้อาหารที่มีอยู่มากน้อยเพียงใด ตลอดจนผลของอาหารที่บริโภคต่อสุขภาพร่างกาย)

Kalosa (1982, 15-31) กล่าวว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของมนุษย์ ขึ้นอยู่กับวิธีการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละบุคคล ได้แก่ คำกล่าวในเรื่องอาหารที่บอกเล่าต่อกันมา การที่คนรับรู้ว่าอะไรกินได้หรือไม่นั้นบางครั้งไม่รู้ว่ากินแล้วจะดีมีประโยชน์หรือมีโทษอย่างไร ไม่คิดใจที่จะรู้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพของอาหารนั้นๆ เพราะโดยทั่วไปมักพอใจในรสชาติของอาหารมากกว่าความสนใจในประโยชน์หรือคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พบในแต่ละสังคมจึงไม่จำเป็นต้องเป็นพฤติกรรมที่ถูกและสอดคล้องกับหลักวิชาทางโภชนาการเสมอไป

สรุปว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะหรือการกระทำที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเลือกที่จะรับประทานหรือไม่รับประทานอาหารบางอย่าง และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือพฤติกรรมการกินเป็นการเรียนรู้ทางสังคมที่สะสมมาตั้งแต่เด็ก ไม่ใช่การเรียนรู้ด้วยตนเองตามสัญชาตญาณธรรมชาติ มนุษย์เรารับรู้บริโภคอาหารหรือรู้ว่าอะไรเป็นอาหาร จากขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมที่คนในสังคมวัฒนธรรมยึดถือปฏิบัติแล้วถ่ายทอดทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเนื่องกันมาเรื่อยจนกลายเป็นวัฒนธรรมอาหาร (Food culture) สอดคล้องกับคำกล่าวของวลัย อินทรมพรรย์ (2530 : 23) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ได้มีมาแต่กำเนิดแต่เกิดจากการเรียนรู้ เลียนแบบจากครอบครัวและสภาวะแวดล้อม ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถเปลี่ยนแปลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ บุญประกอบ (2528 : 11) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ ที่สะสมมาตั้งแต่เด็ก และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารคือ ภูมิหลังของครอบครัว และความเป็นอยู่ของครอบครัว ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงมีความสัมพันธ์กับการกินอาหารของครอบครัว ถ้าพ่อแม่ที่ไม่กินอาหารบางชนิดลูกก็จะไม่กินอาหารดังกล่าวด้วย

สุทธิลักษณ์ สมิตตะศิริ (2533 : 2-4) กล่าวว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆ ได้แก่

- ความเชื่อในการบริโภคอาหาร (Food belief) เป็นความเข้าใจ และประสบการณ์ที่ได้รับถ่ายทอดสะสมกันมา โดยมักจะมีเหตุผลหรืออ้างอิงเป็นคำอธิบายถึงผลของความเชื่อนั้นๆ ซึ่งอาจเป็นจริงหรือไม่จริงก็ได้

- ความนิยมในการเลือกบริโภคอาหาร (Food fad) เป็นการกระทำเอาอย่างกันเพื่อมีส่วนร่วม รักษาสถานะทางสังคมหรือเพื่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจโดยไม่จำเป็นต้องถูกต้องและมีเหตุผลเสมอไป

- ลักษณะนิสัยในการบริโภค (Food habits) หมายถึงลักษณะและการกระทำที่ซ้ำซาก ซึ่งบุคคลใดบุคคลหนึ่งทำด้วยความตั้งใจ สืบต่อเนื่องกันมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เพื่อให้การรับประทานอาหารบรรลุถึงความประสงค์ทางอารมณ์และสังคม

โภชนาการที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญของสุขภาพ การได้รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ไม่มีสารพิษ วัตถุเจือปนในอาหาร สารปนเปื้อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จะช่วยให้ร่างกายมีการเจริญเติบโต ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน เพิ่มความต้านทานต่อความเครียดและความผิดปกติที่เกิดจากความเครียด ช่วยป้องกันการเสื่อมก่อนวัยทำให้รู้สึกกระฉับกระเฉง ช่วยรักษารูปร่างและสุขภาพ มีพลังงานเพียงพอที่จะทำงานได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ แต่หากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ไม่เพียงพอหรือไม่สมดุลต่อความต้องการของร่างกายทำให้เกิดโรคได้ เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคเหน็บชาจากการขาดวิตามินบี1 โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคคอพอกจากการขาดธาตุไอโอดีน เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับอาหารในปริมาณมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายจะทำให้เกิดโรคอ้วน (Obesity) ซึ่งจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆตามมามากขึ้นเช่น ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อมและโรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุการตายและพิการก่อนอายุทั้งสิ้น (นัยนา หนูนิล, 2545 : 147) นอกจากนี้สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการบริโภคอาหารอีกประการคือ อาหารที่บริโภคนั้น ควรสะอาดและอยู่ในสภาพที่เหมาะสม ไม่มีการปนเปื้อนจากเชื้อจุลินทรีย์หรือพยาธิตลอดจนการเจือปนของสารเคมีต่าง ๆ เพราะการปนเปื้อนและการเจือปน ดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนการผลิต การปรุง และจำหน่าย จะก่อให้เกิดพิษต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อร่างกายผู้บริโภค ตั้งแต่เล็กน้อยไปถึงโรครุนแรง เช่น โรคท้องเสีย โรคตับ โรคอาหารเป็นพิษอื่นๆ โรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจึงเป็นเรื่องจำเป็น

อาหารแต่ละอย่างประกอบด้วยสารอาหารหลายๆ อย่างในปริมาณไม่เท่ากัน สารอาหารแต่ละอย่างให้ประโยชน์แก่ร่างกายแตกต่างกัน ไม่มีอาหารชนิดใดชนิดเดียวที่ประกอบไปด้วย

สารอาหารทุกอย่างที่ร่างกายต้องการในปริมาณเพียงพอและได้สัดส่วน เช่น ข้าวเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมาก น้ำมันหรือเนยเป็นอาหารที่มีไขมันมาก เนื้อสัตว์ไข่ หรือถั่วเป็นอาหารที่มีโปรตีนมาก ผักและผลไม้เป็นอาหารที่มีวิตามินและแร่ธาตุมาก เป็นต้น ปริมาณของสารอาหารในอาหารแต่ละชนิดจะมีมากหรือน้อย นอกจากขึ้นอยู่กับชนิดของอาหารแล้ว วิธีการปรุงอาหารและวิธีการเก็บรักษายังมีผลทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารบางชนิดได้ ดังนั้นการรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดี จึงควรรับประทานอาหารหลายๆ ชนิดในปริมาณที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างเหมาะสม

หลักในการบริโภคอาหารสำหรับวัยผู้ใหญ่ (กัลยา กิจบุญชู, 2534)

วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเต็มที่ และเป็นวัยแห่งการทำงาน การได้รับอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงและยังสามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้ โดยหลักในการบริโภคอาหารสำหรับวัยผู้ใหญ่ประกอบด้วย

1. บริโภคอาหารให้มีปริมาณที่พอเหมาะกับวัยและสภาพการทำงาน

อาหารที่ดีสำหรับคนทุกเพศทุกวัยคือ อาหารที่ครบ 5 หมู่ หมู่คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว แป้ง เผือก มัน น้ำตาล ให้พลังงานแก่ร่างกาย หมู่นม ไข่ เนื้อสัตว์ ถั่วต่างๆ ให้โปรตีน วิตามินเกลือแร่ หมู่ไขมัน ให้พลังงาน หมู่ผักและผลไม้ให้วิตามินและเกลือแร่ การรับประทานคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมันมากเกินไปจะสะสมในรูปของไขมันทำให้เกิดโรคอ้วนตามมา การเลือกรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ควรมีสัดส่วน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมันเท่ากับ 55 : 30 : 15

2. บริโภคไขมัน คาร์โบไฮเดรตและโปรตีนที่มีคุณภาพ

การเลือกบริโภคอาหารไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเช่นน้ำมันจากพืชได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง รำ ข้าวโพด แทนไขมันชนิดอิ่มตัว ซึ่งได้แก่ น้ำมันจากสัตว์เช่นน้ำมันหมู รวมทั้งการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงเช่นเครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปลาหมึก หอยนางรม จะช่วยในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

การเลือกบริโภคคาร์โบไฮเดรตควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่นแป้ง ข้าว เผือก มัน มากกว่าคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวเช่นน้ำตาล การได้รับคาร์โบไฮเดรตต่างชนิดกัน จะทำให้เกิดการย่อยและการดูดซึมไปใช้ต่างกัน

ปกติแล้วการเลือกบริโภคโปรตีนจากสัตว์เช่นหมู เนื้อ ไก่ ปลา ไข่ นม จะมีคุณภาพดีกว่าโปรตีนจากพืชเนื่องจากเป็นแหล่งของกรดอะมิโนที่จำเป็น อย่างไรก็ตามการบริโภคหมูเนื้อ จะทำให้ปริมาณไขมันสัตว์สูงไปด้วย ถึงแม้จะเลือกบริโภคเนื้อแดงก็มักมีไขมันแทรกอยู่ทำให้เพิ่มไขมันชนิดอิ่มตัวในอาหารที่บริโภค ในการควบคุมปริมาณไขมันที่ได้รับ การบริโภคปลาจะดีกว่าเนื่องจากปลามีไขมันต่ำกว่าเนื้อสัตว์นั่นเอง โปรตีนจากพืชแม้จะให้กรดอะมิโนที่จำเป็นสูงไม่เท่าในสัตว์ แต่ถ้าได้รับรวมไปกับอาหารอื่นที่เหมาะสม เมื่อบริโภคร่วมกันจะส่งเสริมทำให้คุณภาพของโปรตีนในอาหารดีขึ้น นอกจากนี้การดื่มนมเป็นประจำนอกจากจะได้โปรตีนที่มีคุณภาพดีแล้ว ยังเป็นแหล่งอาหารที่สำคัญของแคลเซียมด้วย นม 1 แก้ว (8 ออนซ์) จะให้พลังงาน 160 แคลอรี โปรตีน 8 กรัม และแคลเซียม 280 มิลลิกรัม การขาดแคลเซียมมีผลทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) จึงจำเป็นต้องบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมเป็นประจำเช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย ถั่วต่างๆ และผักใบเขียว เป็นต้น

3.เพิ่มการบริโภคโยอาหาร

จากการศึกษาพบว่า การบริโภคโยอาหารจำเป็นต่อชีวิตประจำวันมาก ช่วยในระบบขับถ่าย ป้องกันท้องผูก โรคเกี่ยวกับระบบลำไส้ ผู้ที่ได้รับอาหารที่มีโยอาหารสูงจะมีคอเลสเตอรอลต่ำ ทำให้ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ดังนั้นการบริโภคโยอาหารจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพร่างกาย อย่างไรก็ตามการบริโภคในปริมาณสูงเกินไปสามารถขัดขวางการดูดซึมแร่ธาตุบางชนิดเช่น สังกะสีและทองแดง ถึงแม้ว่าจะไม่มีการกำหนดว่าควรบริโภคโยอาหารปริมาณเท่าใดในหนึ่งวัน การส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวัน ทำให้ได้รับวิตามิน เหลือแร่ และโยอาหารนั้นนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง

อาหารหลัก 5 หมู่ของไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดแบ่งอาหารของไทยออกเป็นอาหารหลัก 5 หมู่เพื่อความสะดวกในการเลือกรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารครบตามที่ร่างกายต้องการ โดยพิจารณาจากปริมาณของสารอาหารที่มีอยู่มากในบรรดาอาหารต่างๆ ที่คนไทยนิยมรับประทาน และได้คำนึงถึงนิสัยในการบริโภคของคนไทย ในอาหารแต่ละชนิดประกอบด้วยสารอาหารหลายชนิดมากบ้าง น้อยบ้าง ในวันหนึ่งๆ จึงต้องรับประทานอาหารหลายๆ ชนิดด้วยกัน อาหารหลัก 5 หมู่ประกอบด้วย

อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ และผลิตภัณฑ์จากถั่ว สารอาหารที่ได้จากอาหารหมู่นี้มีหลายชนิด ได้แก่ โปรตีน รongลงมาได้แก่ไขมัน เหลือแร่ และวิตามินต่างๆ พวกเครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับมีวิตามินและเหลือน้ำแร่มากเป็นพิเศษ

ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้คือ

- ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต สร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ รวมทั้งซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในอวัยวะต่างๆ
- เป็นส่วนประกอบของสารเคมีในร่างกายที่ให้อำนาจในการต้านทานโรค
- ให้พลังงานโดยโปรตีน 1 กรัมให้พลังงาน 4 แคลลอรี่
- เป็นส่วนประกอบของน้ำย่อยและฮอร์โมน เพื่อควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย

การกินอาหารในหมู่นี้ ควรเน้นบริโภคปลาโดยเฉพาะปลาทะเล เพราะจะให้กรดไขมันไม่อิ่มตัวที่จำเป็น ซึ่งจะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ส่วนเนื้อหมู หรือเนื้อสัตว์ที่มีสีแดงควรหลีกเลี่ยง เพราะมีกรดไขมันอิ่มตัวในอาหารที่บริโภคได้

ในการจัดอาหาร คนไทยควรจะได้รับพลังงานจากอาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน สำหรับพลังงานจากอาหารพวกถั่วเมล็ดแห้งควรได้รับประมาณร้อยละ 12 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

อาหารหมูที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล หัวเผือก หัวมัน

ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้คือ ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายมีแรงงานสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้

คนไทยควรจะได้รับพลังงานจากอาหารหมู่นี้ร้อยละ 55 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน การบริโภคอาหารในหมู่นี้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ผ่านขบวนการฟอกสีหรือขัดสี เช่น ข้าวขาว ขนปังที่ทำจากแป้งสาลีขาว เพราะอาหารที่ผ่านขบวนการดังกล่าว จะมีการสูญเสียวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญไปด้วย

อาหารหมูที่ 3 ได้แก่ พืช ผักต่างๆทั้งผักใบเขียว ผักสีเหลืองมีทั้งผักที่เป็นใบ เป็นดอก ผล ราก ต้น หัว สารอาหารที่ได้จากอาหารหมู่นี้คือ วิตามินและเกลือแร่ เช่นวิตามินเอ วิตามินบี แคลเซียม เหล็ก เป็นต้น

ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้คือ

- ช่วยบำรุงสุขภาพร่างกาย และทำให้อวัยวะต่างๆทำงานตามปกติ
- ช่วยให้ร่างกายสดชื่น บำรุงสุขภาพของผิวหนัง นัยน์ตา เหงือกและฟัน

- ช่วยป้องกันและต้านทานโรค
- ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก

คนไทยควรได้รับพลังงานจากผักต่างๆประมาณร้อยละ 5 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

อาหารหมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่างๆ สารอาหารที่ได้จากอาหารหมู่นี้คือ วิตามินและเกลือแร่ต่างๆ ผลไม้แทบทุกชนิดให้วิตามินซีแก่ร่างกาย นอกจากนี้ยังให้วิตามินเอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลไม้ที่มีสีเหลือง ผลไม้แห้งจะให้แคลเซียมและแร่เหล็กพอสมควร ส่วนวิตามินอื่นๆจะมีอยู่บ้างในปริมาณไม่มากนักแต่ช่วยเสริมให้ได้วิตามินต่างๆในอาหารครบถ้วน

ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้ เช่นเดียวกับอาหารหมู่ที่ 3

อาหารหมู่นี้มีน้ำตาลสูงกว่าอาหารหมู่ที่ 3 คนไทยควรได้รับพลังงานจากอาหารหมู่นี้ประมาณร้อยละ 3 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

อาหารหมู่ที่ 5 ได้แก่ ไขมันและน้ำมันจากพืชและสัตว์

ไขมันไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของน้ำมันที่ใช้ประกอบอาหารเท่านั้น เนื้อสัตว์บางอย่างเช่นเนื้อหมู ไข่ หรือถั่วต่างๆ โดยเฉพาะถั่วลิสง ถั่วเหลืองก็มีไขมันอยู่เป็นจำนวนมากพอสมควร

ไขมันจากสัตว์เป็นไขมันชนิดอิ่มตัว ที่ใช้มากที่สุดคือ น้ำมันหมู นอกจากนี้มีเนยซึ่งเป็นไขมันจากนม รวมไปถึงไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ด้วยเช่น มันหมู ไข่แดง มันเนื้อ มันไก่ ครีมในนม เป็นต้น

ไขมันจากพืชเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันมะกอก เป็นต้น น้ำมันมะพร้าวมีกรดไขมันมาก

ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้คือ เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงาน ทั้งในการเติบโตในเด็กและให้พลังงานในการทำงานของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะงานหนัก หรืองานที่ต้องใช้เวลาทำงาน เช่น กรรมกรแบกหาม ช่างไม้ นักกีฬา เป็นต้น พลังงานที่ได้จากไขมันและน้ำมันที่กินในปริมาณที่พอเหมาะ ร่างกายก็จะสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น บริเวณใต้ผิวหนัง และรอบๆ อวัยวะต่างๆ ไขมันจะทำหน้าที่ปกป้องอวัยวะต่างๆ ไปในตัวด้วย นอกจากนี้ ไขมันยังให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอีกด้วย และถ้าเกิดการขาดอาหารขึ้น ไขมันก็จะเป็นพลังงานสะสมที่ร่างกายจะนำมาใช้ในระยะ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง กินอาหารไม่ได้ ร่างกายก็จะใช้ไขมันเป็นพลัง แต่ถ้ากิน

อาหารไขมันมากเกินไป ไขมันจะสะสมมากตามบริเวณต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วนขึ้น คนไทยควรได้รับพลังงานจากอาหารหมู่นี้ ประมาณร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน

ข้อปฏิบัติในการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

กองโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านอาหารและโภชนาการ ร่วมกันจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยหรือโภชนบัญญัติ 9 ประการ ภายใต้กรอบวัฒนธรรมการกินของคนไทยและอยู่บนพื้นฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์โดยมีเนื้อหาสาระที่มีแนวปฏิบัติในการกินอาหารที่จะนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน ตลอดจนพิษภัยจากอาหาร เพื่อเผยแพร่ให้คนไทยใช้ยึดเป็นแนวทางในการกินอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ มีรายละเอียดดังนี้ (กองโภชนาการ กรมอนามัย, ม.ป.ป : 9-39)

ข้อ 1 กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว

1.1 กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย

กินอาหาร 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย ในปริมาณที่พอเหมาะ คือ การกินอาหาร หลาย ๆ ชนิดเพื่อร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความ ต้องการ ถ้ากินอาหารไม่ครบทั้ง 5 หมู่ หรือกินอาหารซ้ำซากเพียงบางชนิดทุกวัน อาจทำให้ได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอ หรือมากเกินไป การที่ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะนำไปสู่การกินดีมีผลให้เกิด “ภาวะโภชนาการดี”

1.2 หมั่นดูแลน้ำหนักตัว

"น้ำหนักตัว" ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพของ คนเรา ว่าดีหรือไม่ เพราะแต่ละคนจะต้องมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัย และได้สัดส่วนกับความสูงของ ตัวเอง ดังนั้น การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์โดยการกินอาหารให้เหมาะสม ซึ่งน้ำหนักตัวอย่าง น้อยเดือนละครั้ง ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ จึงมีความสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่ง

การที่จะประเมินว่า น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่นั้นทำได้ หลาย วิธี แต่วิธีที่ง่ายและดีที่สุด คือในผู้ใหญ่ ใช้ดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ตัดสินโดยคำนวณจาก สูตรดังนี้

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

เกณฑ์การประเมินดัชนีมวลกายมีดังนี้

เกณฑ์ปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม.

ต่ำกว่าเกณฑ์(ผอม) < 18.5 กก./ตร.ม.

สูงกว่าเกณฑ์(น้ำหนักเกิน) 23 – 24.9 กก./ตร.ม.

สูงกว่าเกณฑ์(โรคอ้วน) >25 กก./ตร.ม.

ข้อ 2 กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้พลังงานสารอาหารที่มากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตและโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ซึ่งเป็นข้าวที่ขัดสีแต่น้อยนั้นถือว่าเป็นข้าวที่มีประโยชน์มากกว่าที่ขัดสีจนขาว เนื่องจากมีสารอาหารโปรตีน ไขมัน ใยอาหาร แร่ธาตุ และวิตามินในปริมาณสูงกว่า เรากินข้าวควบคู่ไปกับ อาหารอื่น ๆ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ผัก ผลไม้ และไขมันจากพืชและสัตว์ จึงทำให้ร่างกายมีโอกาสได้รับสารอาหารอื่น ๆ เพิ่มเติมและหลากหลายในแต่ละมื้อ ควรคำนึงถึงปริมาณอาหารประเภทข้าวและแป้งที่กินในแต่ละวันเพราะถ้าร่างกายได้รับเกินความต้องการแล้วจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บไว้ในส่วนต่างๆของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้นทำให้เกิดโรคอ้วนได้

ข้อ 3 กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ

พืชผักและผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุ รวมทั้งสารอื่น ๆ ซึ่งล้วนแต่มีความจำเป็นต่อร่างกายที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี เช่น ใยอาหารช่วยในการขับถ่าย และนำโคเลสเตอรอล และสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกายทำให้ลดการสะสมสารเหล่านั้น นอกจากนั้นพืช ผัก ผลไม้หลายอย่างให้พลังงานต่ำ ดังนั้นหากกินให้หลากหลายเป็นประจำจะไม่ก่อให้เกิดโรคอ้วนและไขมันอุดตันในเส้นเลือด ในทางตรงกันข้ามกลับลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งและโรคหัวใจ จากผลการวิจัยล่าสุด พบว่า สารแคโรทีนและวิตามินซีในพืชผัก และผลไม้มีผลป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด และป้องกันมะเร็งบางประเภท ประเทศไทยมีผักและผลไม้ตลอดทั้งปี จึงควรส่งเสริมให้กินเป็นประจำทุก ๆ วัน โดยกินพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิดสลับกันไป ส่วนผลไม้ควรกินเป็นประจำสม่ำเสมอโดยเฉพาะหลังอาหารหรือกินเป็นอาหารว่าง โดยเน้นพืชผักที่มีสีเขียวเข้มและเหลืองส้ม และผลไม้ไม่หวานจัด

ข้อ 4 กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งโปรตีนที่ดี โปรตีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และซ่อมแซมเนื้อเยื่อซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ เป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อ และให้พลังงานแก่ร่างกาย แหล่งอาหารที่ให้โปรตีนที่สำคัญได้แก่ ปลา ซึ่งเป็นโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย มีไขมันต่ำ หากกินปลาแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะช่วยลดปริมาณไขมันในโลหิต ในเนื้อปลามีฟอสฟอรัสสูง และถ้ากินปลาเล็กปลาน้อย รวมทั้งปลากระป๋อง จะได้แคลเซียม ซึ่งทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ในปลาทุกชนิดมี สารไอโอดีนป้องกันไม่ให้เป็นโรคขาดสารไอโอดีน เนื้อสัตว์ไม่ติดมันของสัตว์ทุกชนิดให้โปรตีนแก่ร่างกาย การกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายและโลหิต ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไขมันในเนื้อสัตว์มีทั้งที่สังเกตเห็นได้ เช่น หมูสามชั้น เนื้อสัตว์ที่มีมันเปลว ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการกินเป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะในเนื้อหมูจะมีไขมันแทรกอยู่มากกว่าเนื้อสัตว์ทุกชนิด

ไข่เป็นอาหารอีกชนิดหนึ่งที่มีโปรตีนสูง มีแร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อร่างกายมากมายหลายชนิด ไข่เป็นอาหารโปรตีนราคาถูกหาซื้อได้ง่าย ประุงและกินง่าย ในเด็กควรกินไข่วันละฟอง ผู้ใหญ่ที่ภาวะโภชนาการปกติควรกินไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟองที่สำคัญคือควรกินไข่ที่ปรุงให้สุก ทั้งไข่เป็ดและไข่ไก่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่แตกต่างกัน

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูก และมีหลากหลายชนิด ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วลิสง เป็นต้น รวมไปถึงผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเมล็ดแห้งได้แก่ เต้าหู้ เต้าเจี้ยว น้านมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้ และอาหารที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วกวน ขนม ใส้ถั่วต่าง ๆ ควรกินถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้ สารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ถั่วยังให้พลังงานแก่ร่างกายได้ดีอีกด้วย

งา เป็นอาหารที่มีคุณค่าประโยชน์ทางโภชนาการที่ให้ทั้งโปรตีน ไขมัน วิตามิน โดยเฉพาะวิตามินอี แคลเซียม จึงควรกินงาเป็นประจำ

ข้อ 5 ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย

นม เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ ประกอบไปด้วย แร่ธาตุที่สำคัญคือ แคลเซียม และฟอสฟอรัส ซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนั้นยังมีโปรตีน น้ำตาลแลคโตส และวิตามินต่าง ๆ โดยเฉพาะวิตามินบี 2 ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต และทำให้

เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำหน้าที่ปกติ นมมีหลายชนิดมีทั้งนมรสจืดและนมปรุงแต่งชนิดต่าง ๆ ซึ่งให้คุณค่าอาหารใกล้เคียงกัน หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว ควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย จะทำให้กระดูกแข็งแรง และชะลอการเสื่อมสลายของกระดูก

ผู้ใหญ่บางคนไม่สามารถดื่มนมสดได้ เนื่องจากดื่มแล้วเกิดปัญหาท้องเดินหรือท้องอืด เพราะร่างกายไม่สามารถย่อยน้ำตาลแลคโตสในนมได้ จึงอาจปรับเปลี่ยนวิธีการ โดยให้ดื่มนมครั้งละน้อย ๆ เช่น 1/4 แก้ว แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น โดยดื่มนมหลังอาหารหรือดื่มนมถั่วเหลือง หรือเปลี่ยนเป็นกิน โยเกิร์ตชนิดครีม ซึ่งจัดเป็นนมเปรี้ยวชนิดหนึ่ง นมเปรี้ยวมีจุลินทรีย์ไม่เป็นอันตรายต่อคน และสามารถย่อยน้ำตาลแลคโตสในนม ช่วยลดปัญหาท้องเดินหรือท้องอืดได้

นมถั่วเหลืองหรือน้ำเต้าหู้เป็นผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเหลืองให้โปรตีนวิตามินแร่ธาตุ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงดื่มได้เป็นประจำเช่นกัน

ข้อ 6 กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

ไขมัน เป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพให้พลังงานและความอบอุ่น อาหารแทบทุกชนิดมีไขมันเป็นส่วนประกอบเล็กน้อยแตกต่างกันไป ไขมันทั้งจากพืชและสัตว์เป็น แหล่งพลังงานที่สูง ให้กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย ช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลายในไขมัน คือ วิตามินเอ ดี อี และเค

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันคนไทยกินไขมันมากกว่าในอดีต และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต การกินอาหารที่มีไขมันสูงมากเกินไป ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม ทำให้อ้วน และเกิดโรคอื่น ๆ ตามมาซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น จึงแนะนำให้จำกัดพลังงานที่ได้จากไขมันในอาหารแต่ละวันอย่างมากที่สุดไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด

ไขมันในอาหารมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัวและไขมันไม่อิ่มตัว การได้รับไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ จึงควรจำกัดปริมาณไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล ไขมันอิ่มตัวได้จากเนื้อสัตว์ หนังสัตว์ ไขมันพืชเช่นน้ำมันพืชจะมีปริมาณไขมันอิ่มตัวน้อยกว่า สำหรับโคเลสเตอรอลมีในอาหารเนื้อสัตว์ทุกชนิด และมีมากในไข่แดง เครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับ อาหารทะเลบางประเภท เช่น ปลาหมึก หอยนางรม

วิธีประกอบอาหารมีส่วนทำให้ปริมาณไขมันในอาหารเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอาหารทอด ชุบแป้งทอด ทอดน้ำมัน ผัด และอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบถือว่าเป็นอาหารที่มีไขมันสูง จึงควรกินแต่พอควร แต่ไม่ควรงดอย่างเด็ดขาดเพื่อไม่ให้ขาดไขมัน รวมทั้งของกินเล่น

เช่น มันฝรั่งทอดกรอบจะมีไขมันสูงและมีสารอาหารอื่นน้อยมาก จึงควรประกอบอาหารโดยใช้วิธีต้ม นึ่ง จะมีไขมันน้อยกว่า

ข้อ 7 หลักเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

ปัจจุบันคนไทยนิยมกินอาหารรสจัด และใช้เครื่องปรุงรสกันมาก เมื่อเทียบกับอาหารการกินของชาติอื่นๆ เครื่องปรุงรสทำให้อาหารอร่อย มีรสชาติ เกิดความพึงพอใจ ต่อผู้บริโภค แต่ถ้ากินอาหารรสจัดมากเกินไปจนเป็นนิสัยจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ รสอาหารที่มักเป็นปัญหา และก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมาก คือรสหวานจัดและเค็มจัด

รสหวานเป็นรสที่คนทั่วไปชอบ แม้อาหารหวานก็ยังคงมีการเติมรสหวานทั้ง ๆ ที่มีโอกาสที่จะได้รับรสหวานจากผลไม้ และขนมหวานอื่นๆ ซึ่งมีให้เลือกมากมายหลายชนิด อาหารที่กินประจำวันไม่ว่าจะเป็นกับข้าวหรือขนมก็ใส่น้ำตาลเพิ่มรสให้อาหารอยู่แล้ว ยังมีน้ำตาลแฝงมากับอาหารฟุ่มเฟือยอื่น ๆ ที่ไม่ให้ประโยชน์อะไรแก่ร่างกายด้วย คือน้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม ลูกกวาด เยลลี่ น้ำเชื่อม ตลอดจนการใช้น้ำตาลเติมน้ำชา กาแฟ โอวัลติน ทำให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากพลังงานที่ได้จากอาหารในแต่ละมื้อ การได้รับความหวานจากอาหารดังกล่าวอีกจะทำให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น จึงควรจำกัดพลังงานที่ได้จากน้ำตาลในแต่ละวัน อย่างมากที่สุดไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด และไม่ควรกินน้ำตาลเกินวันละ 40-55 กรัม หรือมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน เพราะพลังงานที่ได้จากน้ำตาลส่วนเกินจะไปเก็บสะสมไว้ในร่างกาย หากได้รับเป็นประจำมีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคอ้วนได้

รสเค็มในอาหารไทยได้จากการเติมน้ำปลาและการใช้เกลือโซเดียมหรือเรียกกันทั่ว ๆ ไปว่าเกลือแกง ซึ่งเป็นตัวหลักของสารที่ให้ความเค็ม เครื่องปรุงรสที่ให้รสเค็มที่นิยมใช้กันคือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง ซีอิ๊วขาว ซีอิ๊วดำ เติ้ลเจียว และยังใช้ในการถนอมอาหารประเภทหมักดอง ทำให้เก็บอาหารไว้กินได้นานขึ้น เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง ไข่เค็ม ปลาาร้า ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เติ้ลเจียว เป็นต้น นอกจากนี้เกลือโซเดียมยังแฝงมากับอาหารอื่นอีก เช่น ขนมอบกรอบ ขนมขบเคี้ยว ขนมอบฟูแบบฝรั่ง และผงชูรสที่ใช้ในการปรุงอาหาร การกินอาหารรสเค็มจัดที่ได้จากเกลือโซเดียมหรือเกลือแกงมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะคนที่ไม่ค่อยชอบกินผัก ผลไม้หรือกินน้อยและกินอาหารรสเค็มจัดมีโอกาสเป็นมะเร็งในกระเพาะอาหารด้วย

ข้อ 8 กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองมากขึ้น มีการเร่งรีบในการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารภายในครัวเรือนมาเป็นการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารพร้อมบริโภค หรือซื้ออาหารพร้อมปรุงที่มีการจัดเตรียมส่วนประกอบมาปรุงในครัวเรือน อาหารเหล่านี้มักจะมีการปนเปื้อนและไม่สะอาด เป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษ และเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร

หลักในการเลือกกินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อนได้แก่ เลือกกินอาหารที่สด สะอาด ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีเครื่องหมายรับรองคุณภาพ เลือกอาหารที่ผ่านขบวนการปรุงประกอบให้สุกโดยใช้ความร้อน โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ สำหรับผัก ผลไม้ ควรเลือกกินที่ผ่านการล้างให้สะอาดเท่านั้น

การปรุงประกอบอาหารในครัวเรือนต้องคำนึงในการเลือกซื้ออาหารที่สด สะอาดมาปรุงประกอบโดยคำนึงถึงหลัก 3 ป. คือประโยชน์ ปลอดภัยและประหยัด นำมาล้างทำความสะอาดก่อนจะนำไปปรุงประกอบตามหลัก 3 ส. คือสุกเสมอ สดวนคุณค่าอาหารและสะอาด ปลอดภัย และต้องใช้ภาชนะอุปกรณ์ที่ทำจากวัสดุที่สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ เช่นการล้างมือก่อนบริโภค การใช้ช้อนกลาง

สำหรับการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จควรเลือกซื้อจากร้านจำหน่ายอาหารหรือแผงลอยที่ถูกสุขลักษณะ เลือกซื้ออาหารที่ปรุงสุกใหม่ มีการปกปิดป้องกันแมลงวัน บรรจุในภาชนะที่สะอาด ปลอดภัย ใช้อุปกรณ์หยิบจับแทนการใช้มือ ในกรณีอาหารพร้อมปรุงหรืออาหารกระป๋อง และสารปรุงแต่งอาหาร ควรสังเกตฉลากเป็นสำคัญโดยต้องระบุชื่ออาหาร ส่วนประกอบอาหาร สถานที่ผลิต วันเวลาที่ผลิต หรือวันหมดอายุที่ชัดเจน ฉะนั้นเพื่อให้ผู้บริโภคมีสุขภาพอนามัยที่ดี เราควรจะต้องรู้จักการเลือกซื้อการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด ปลอดภัยและมีคุณค่าครบถ้วนทางโภชนาการ

ข้อ 9 งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น พร้อมกับมีอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่ออันเนื่องมาจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่นำตกใจยิ่ง คือ อัตราการตายอันเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงขึ้นด้วยสาเหตุสำคัญในการเกิดอุบัติเหตุเกิดจาก ความมึนเมามาจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ยานพาหนะ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หมายถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี กระแช่ ตลอดจนเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ทำให้เกิดโทษเป็นอันตรายต่อสุขภาพ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอย่างมากมาย เช่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โดยผู้ที่ดื่มเป็นประจำจะมีโอกาสเป็นโรคตับแข็งสูงถึง 7 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่ม โรคแผลในกระเพาะและลำไส้ และโรคมะเร็งของหลอดอาหาร โรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวม และวัณโรค ในรายที่ดื่มโดยไม่กินอาหารจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารได้ในทางตรงข้ามถ้าดื่มพร้อมกับกินกับแกล้มที่มีไขมันและโปรตีนสูงจะมีโอกาสเป็นโรคอ้วนซึ่งจะมีโรคแทรกอื่นๆตามมา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

บริโภคนิสัยของมนุษย์มีจุดกำเนิดยุ่งยากซับซ้อน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันโดยมีความแตกต่างกันตาม บุคคล ท้องถิ่น ประเทศและสังคมสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) สภาพแวดล้อมของชุมชนเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหารและการมีอาหารบริโภค ได้แก่สภาพภูมิศาสตร์ อากาศ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน ระบบชลประทาน อุณหภูมิสูงสุด-ต่ำสุดของปี ทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตอาหาร ตลอดจนทางคมนาคมติดต่อกับสังคมอื่น

2. สุขภาพและสรีระภาพ (Health and Physiological Condition) พฤติกรรมการบริโภคที่ดีกับร่างกายที่แข็งแรงมักไปด้วยกัน แต่ต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและสุขภาพาลสิ่งแวดล้อมด้วย นอกจากนี้ความต้องการอาหารของแต่ละบุคคลยังแตกต่างกันตามอายุ เพศ อาชีพ และภาวะต่างๆของร่างกาย

3. ภาวะเศรษฐกิจ (Economical status) รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นตัวกำหนดในการเลือกซื้ออาหาร แต่การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีไม่จำเป็นว่าจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมในการบริโภคอาหารด้วย

4. ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural factor) ในที่นี้คือวัฒนธรรมอาหาร หมายถึง การที่คนในแต่ละชาติ แต่ละภาษา แต่ละวัฒนธรรม รวมถึงสถาบันครอบครัวและศาสนา ยึดถือว่าอะไรเป็นหรือไม่เป็นอาหารที่ควรกิน ทำให้เกิดการเรียนรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และความเคยชินต่ออาหารจนกลายเป็นนิสัยในที่สุด และเมื่อคนส่วนใหญ่ในท้องถิ่นมีนิสัยการกินไปในทำนองเดียวกันจะก่อให้เกิดเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆซึ่งเป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

5. ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม (Social factor) เป็นตัวที่กำหนดพฤติกรรมการบริโภค เป็นกฎเกณฑ์ที่ไม่ใช่กฎหมายบังคับ แต่รับรู้ได้ด้วยขนบธรรมเนียม ประเพณีในสังคมย่อยๆแต่ละสังคม ซึ่งอาจมีอาหารประจำสังคมหรือประจำชาติของตน แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะมีโอกาสหรือมีสิทธิที่จะบริโภคอาหารที่มีในสังคมของตนได้ เพราะในสังคมมีการกำหนดสถานะภาพของแต่ละบุคคลไว้ต่างกัน ตามเพศ วัย ฐานะ ศักดิ์ศรี และความสำคัญของแต่ละบุคคล

6. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factor) คนไทยนิยมรับประทานข้าวที่หุงจากการขัดสีจนขาว ทั้งๆที่รู้ว่าข้าวขาวมีคุณค่าทางอาหารไม่เท่ากับข้าวซ้อมมือซึ่งมีวิตามินที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เนื่องจากถือว่าข้าวแดงนั้นเป็นข้าวคนคุก

7. กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยมาก เช่นในกลุ่มนิยมชมชอบใครเป็นพิเศษแล้วเพื่อนนิยมรับประทานอาหารประเภทใดก็จะพยายามเลียนแบบ

8. ความสามารถในการรับรสสัมผัส ความรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร เช่นเปรี้ยว หวาน เค็ม ขม จะกระตุ้นปฏิกิริยารับรสสัมผัสของลิ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะต่างกัน

9. ภาวะจิตใจ อารมณ์และความเจ็บป่วย ทำให้ความอยากอาหารลดลง และอาจทำให้บริโภคนิสัยเปลี่ยนแปลงไป

10. สื่อมวลชนมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้า โดยเฉพาะเด็กหรือวัยรุ่น จะนิยมซื้อสินค้าตามโฆษณาทางโทรทัศน์ ซึ่งมีผลต่อบริโภคนิสัยด้วย

11. การศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีความรู้ในเรื่องอาหารว่าสิ่งใดมีประโยชน์ สิ่งใดควรเลี่ยง หรือละเว้นเสีย โดยเฉพาะการศึกษาของแม่บ้านจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของครอบครัวมาก เพราะเป็นผู้รับผิดชอบอาหารภายในบ้านทั้งหมด นอกจากนี้การศึกษายังเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสิ่งแวดล้อมทางสังคม ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมีฐานะทางเศรษฐกิจหรือชนชั้นในสังคมต่างกัน

12. เวลาเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุด ด้วยสภาพสังคมและเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลง มีการแข่งขันสูง ทำให้คนมีพฤติกรรมการกินที่เปลี่ยนไป ความสะดวก รวดเร็ว การรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารง่ายๆ อาหารสำเร็จรูป จึงมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

13. รสชาติและความชอบ มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ได้รับหรือไม่ได้รับอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย ความชอบในการบริโภคอาหาร

อย่างไรอย่างหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเลี้ยงดู และประสบการณ์ในวัยเด็กซึ่งอาจติดมาจนเป็น
บริโภคนิสัย

ส่วนที่ 4 แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ PRECEDE-PROCEED Model ของ Lawrence W. Green
และ Marghall W. Kreuter (Green & Kreuter, 1991 : 150) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งสร้าง
ขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ
2. เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงมีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ดังนั้น สิ่งที่มีผลต่อ การ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคมนั้นจำเป็นต้องใช้
หลาย ๆ วิธีการ วิธีการต่าง ๆ เกิดขึ้นจากการผสมผสาน บูรณาการของศาสตร์หลาย ๆ แขนง ทั้งทาง
ด้านวิทยาศาสตร์ ชีวะแพทย์ พฤติกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ รัฐศาสตร์ การศึกษา
และการบริหาร

PRECEDE-PROCEED Model

แบบจำลองนี้ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการ
วินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing
and Enabling Constructs in Education/environmental Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่ 2
เป็นระยะ ของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผน และนำไปสู่การ
ดำเนินงาน และประเมินผล ส่วนนี้เรียกว่า PROCEED เป็นคำย่อมาจาก Policy Regulatory and
Organizational Constructs in Education and Environmental Development

PRECEDE-PROCEED Model เป็นกระบวนการวินิจฉัยเพื่อการวางแผน และ
ประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพที่มีแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย
(Multiple Factors) ดังนั้น จะต้องมีการวินิจฉัยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมา
เป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE-PROCEED Model แบ่งเป็นขั้นตอนโดยเริ่มต้นจาก
เป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (Outputs) ซึ่งตาม Model คือ คุณภาพชีวิตหรือการมีสุขภาพที่ดี

แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล ขณะเดียวกันสิ่งที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าพฤติกรรมของบุคคลก็คือ พฤติกรรมของกลุ่มบุคคล ซึ่งมีอำนาจในการควบคุมทรัพยากรหรือรางวัล เช่น ผู้นำชุมชน บิดามารดา นายจ้าง กลุ่มเพื่อนรุ่นเดียวกัน ครู ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขและที่สำคัญอีกอย่างคือ สภาพสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคล กลุ่ม หรือชุมชน สามารถ ที่จะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมที่ได้ถูกเปลี่ยนแปลงไปนั้นต่อเนื่องไปอีก การมีนโยบายใหม่ การมีระเบียบหรือกฎเกณฑ์ใหม่ ตลอดจนการจัดการด้านต่าง ๆ ขององค์กร ถือว่าเป็นสิ่งสนับสนุน เช่น บุคลากรที่มีความเข้าใจ ผู้มีอำนาจในการออกกฎหมายที่มีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะแก้ไขปัญหา ครูที่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ นายจ้างที่มีความเข้าใจ บิดา มารดา ที่มีทักษะด้านสุขภาพ สิ่งเหล่านี้สามารถจะทำให้เกิดขึ้นได้ โดยกระบวนการทางการศึกษา (สุขศึกษา) และทางดำเนินนโยบายหรือกิจกรรมทางการเมือง (Political Interventions) การที่ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมบางพฤติกรรมได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ใดกลุ่มหนึ่งสร้างให้เกิดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนทั้งใน ลักษณะเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2538 : 60) การวินิจฉัยประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ 9 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Phase 1 : Social Diagnosis)

เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย (ผู้ป่วย นักเรียน ลูกจ้าง/คนงาน ผู้บริโภค) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการศึกษา ความต้องการ และความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Phase 2 : Epidemiological Diagnosis)

ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อ เป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม (ในขั้นตอนที่ 1) ข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์ และวิทยาการระบาด ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

เมื่อได้วิเคราะห์ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 แล้ว ผู้บริหารส่วนมาก มักจะวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยทันที โดยปราศจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จาก ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 โดยเฉพาะในแง่สาเหตุ-ผล (Cause-effect) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Phase 3 : Behavioral and Environmental Diagnosis)

ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environmental และ health-related behavioral factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นตอนที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุม โดยใช้ความสามารถภายใต้ตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยน สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคล หรือของบุคคลอื่น อิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคล ชี้ให้เห็นว่า งานสุขศึกษาที่เน้นเฉพาะ พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นจะต้องพิจารณาสิ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้ อาจจะเป็นระดับประเทศระดับภาค ระดับชุมชน หรือระดับองค์กรที่เล็ดลงมา

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Phase 4 : Educational and Organization Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวินิจฉัย เพื่อหาปัญหาด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจใน การแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Educational Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผล ทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) อายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขศึกษาด้วย

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดง พฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลานอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจาก บุคคลอื่นอันเป็นผลมาจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจจะเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ บุคคลจะได้จากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองเช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมอื่น ๆ ด้วย

พฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

การวิเคราะห์องค์ประกอบดังกล่าวทั้ง 4 ขั้นนี้ จะช่วยให้ผู้วางแผนได้จัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบต่าง ๆ และนำไปสู่การพิจารณาเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม (Intervention) การตัดสินใจเลือกกิจกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับลำดับความสำคัญขององค์ประกอบและทรัพยากรที่มีอยู่และที่จะทำให้เกิดขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Phase 5 : Administrative and Policy Diagnosis)

ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กร และด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงาน และดำเนินงานตามแผนงาน อาจจะพบว่ามีปัญหาหลาย ประการที่ขัดขวางการวางแผนการดำเนินงาน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบาย หรือ นโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะแก้ไขได้โดยการร่วมมือ ประสานงานกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ในขั้นนี้ก็จะ เกี่ยวข้องกับการจัดกลยุทธ์ และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการ ส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชน สถานประกอบการ โรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6, 7, 8 และ 9 (Phase 6, 7, 8 and 9 : Implementation, Process evaluation, Impact evaluation and Outcome evaluation)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการดำเนินงาน และการประเมินผล ซึ่งที่จริงแล้วการประเมินผลนั้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องและต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวางแผนของ model แล้ว โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดได้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผล ใน PRECEDE-PROCEED Model จะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินกระบวนการ การประเมินผลกระทบของโครงการ หรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะ เป็นการดำเนินงานระยะยาว

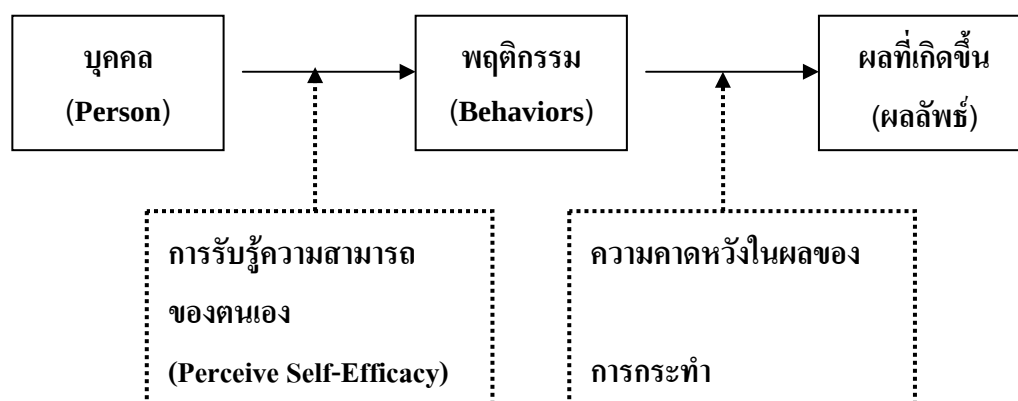
ส่วนที่ 5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

เป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดาเป็นผู้ค้นพบ โดยพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดของการกำกับตนเอง (Self-Regulatory) และแนวคิดของความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Bandura, 1986) ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แบบดูราเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคลแต่อาจมีการแสดงออกที่ต่างกัน ได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถตนเองที่ต่างกัน ในคนๆเดียวกันถ้ารับรู้ความสามารถตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาต่างกัน ได้ แบบดูราเห็นว่าความสามารถของคนเราไม่ตายตัวหากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆนั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทิศหา ไม่ท้อถอยง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุด

Bandura (1977) ได้นำเสนอรูปแบบของปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลของการกระทำ

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่คาดหวังในผลของการกระทำเป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นดังจะเห็นได้จากภาพที่ 2

คาดหวังในผลของการกระทำ

สูง

ต่ำ

การรับรู้ความสามารถ
ของตนเอง

มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 2 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1977)

โดยสรุปแล้วเมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ การรับรู้ความสามารถจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น แบนดูรา เสนอว่ามี 4 ปัจจัยคือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง แบนดูรา เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขาเชื่อว่า เขามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้นจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆแต่จะพยายามทำงานต่างๆเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้เห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่มีความยากลำบากแต่ได้รับผลกระทบที่พึงพอใจไม่มีผลเสียตามมาสามารถสร้างความคาดหวังในความสามารถตนเองให้กับผู้สังเกตได้ว่า ตนเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จ แม้ว่าจะเคยทำไม่สำเร็จมาแล้วเป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและความกลัวนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง

การเรียนรู้จากตัวแบบเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การที่บุคคลสามารถเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้นั้น ประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่างคือ

- กระบวนการตั้งใจ (Attention Process) คือกระบวนการที่มนุษย์ตั้งใจ สนใจในการรับรู้ตัวแบบ

- กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) คือกระบวนการที่มนุษย์เก็บจำพฤติกรรมที่ตัวแบบทำ

- **กระบวนการกระทำ (Production Process)** คือกระบวนการที่มนุษย์ทำหรือไม่ทำพฤติกรรมหนึ่งๆ

- **กระบวนการจูงใจ (Motivational Process)** คือกระบวนการที่จูงใจให้มนุษย์ทำหรือไม่ทำพฤติกรรมหนึ่งๆ

ประเภทของตัวแบบ

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) หมายถึงตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) หมายถึงตัวแบบที่บุคคลเรียนรู้ผ่านสื่อ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อทางด้านสุขภาพของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการป้องกัน รักษา โรคต่างๆ ตลอดจนการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนานำมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล ใช้อธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง Rosenstock (1974 : 330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีการรับรู้ และเชื่อว่าเขามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิต และการปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลดีลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้โดยไม่มีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง ต่อมา Becker et. al. (1974 : 12) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม ที่นอกเหนือการรับรู้ของบุคคล ซึ่งจะช่วยนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพแตกต่างกัน บุคคลจะมีการรับรู้ได้ 3 ทางคือ ความเชื่อที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกลึกต่อการง่ายที่ตนเองมีโอกาเสี่ยงจะเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ จึงถือว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยสำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ สรุปได้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้

โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไป ก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา (Perceived Benefits & Barriers) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีการรับรู้ของตนเองมีโอกาสเกิดโรค และถ้าเป็นแล้วจะเกิดความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม บุคคลก็จะแสวงหาวิธีปฏิบัติ รักษาให้หายจากโรค หรือในบุคคลที่ยังไม่ป่วยก็จะแสวงหาวิธีป้องกันมิให้เกิดโรค และบุคคลนั้นต้องยอมรับว่าวิธีดังกล่าวมีประโยชน์เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้หายจากโรคนั้นๆ ขณะเดียวกันบุคคลต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งอุปสรรคในที่นี้หมายถึงเงินที่ต้องเสียไป ยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยและอาการแทรกซ้อน พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลหรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อของผลดีจากการปฏิบัติรวมทั้งสิ่งร้ายจากภายนอกเช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ โดยทั่วไปจะวัดแรงจูงใจในรูปของ ระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจถูกนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะผู้ป่วยในลักษณะความปรารถนาหรือความตั้งใจที่จะยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เพื่อการป้องกันและรักษาโรคนั้น

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ นอกจากจะสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้และแรงจูงใจของบุคคลแล้วยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ การเข้าถึงบริการตลอดจนปฏิสัมพันธ์และปัจจัยสนับสนุนในด้านต่างๆหรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues To Action)

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยสรุป ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรคว่า บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคลนั้นๆด้วย

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยร่วมอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านการป้องกันโรค การรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำ หมายถึงการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความเอาใจใส่ การประคับประคองจากบุคคลในสังคมในด้านต่างๆเช่น เงิน วัสดุสิ่งของ การบริการด้านต่างๆ ข่าวสาร และการได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า

House (อ้างใน Brown, 1986 : 4-9) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึงการได้รับการยกย่องเห็นคุณค่า รักใคร่ ห่วงใยและได้รับความไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) หมายถึงการให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นด้วย การไม่เห็นด้วย การให้การรับรอง การยอมรับ เพื่อให้บุคคลนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ในสังคมเดียวกัน
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวคิดหรือวิธีที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrument Support)

หมายถึง การได้ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ แรงงาน และเวลา

ระดับของการให้การสนับสนุนทางสังคม มี 3 ระดับคือ

1. ระดับมหัพภาค (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจาก ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตในสังคม

2. ระดับกลาง (Mezzo Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อถึงกันอยู่เสมอเช่นกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาค (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด จากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนในลักษณะนี้มีบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค ทำให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสำคัญในการเป็นผู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพเป็นแบบอย่าง และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นตัวแทนที่ดีแก่สังคมและผู้ที่เกี่ยวข้อง แต่ด้วยภาระหน้าที่ ลักษณะงาน ภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว อาจมีผลต่อพฤติกรรมและสุขภาพของพยาบาล ทำให้คุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และจากการรวบรวมปัญหาสุขภาพของพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล โดยเลือกศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากยังไม่เคยมีผู้ทำการศึกษาในวงกว้าง ครบทุกองค์ประกอบ โดยเป็นการศึกษาขั้นต้น เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยการประยุกต์กรอบแนวคิด Precede-Proceed Framework มากำหนดเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย และเลือกศึกษาตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยต่างๆ จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การมีโรคประจำตัว รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน(การอยู่เวร) ที่อยู่อาศัย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และเป็นแนวทางให้ผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์และหากลวิธีในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่ามีปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์การพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดังนี้

อายุ

เป็นปัจจัยพื้นฐานการบ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกรู้สีกคิดเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

จากการศึกษาของวณิดา ทองใบ (2540 : 140) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ($r=0.1510$) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 81) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 149) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพศ

เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิง สังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่หรือผู้ดูแลจากการศึกษาของสุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 118) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.30) เพศชาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 54.90) จากการศึกษาดวงพร สุตสุนทร (2546 : 75) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 320 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.036$) โดยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพิชชา ศรีโยธิน รัตนภวนนท์ (2541 : 86) และการศึกษาของ Christiane Stock, Lutz Wille and Alexander Kramer (2001: 145) และ Christine Shannon et al. (2002 : 229-234) พบว่าเพศหญิงจะเลือกบริโภคอาหารโดยคำนึงถึงสุขภาพและน้ำหนักตัวมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ E.A. O' Conner, S. Friel and C.C. Kelleher (1997 : 139) ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักและรูปลักษณ์แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับนิสัยการรับประทานอาหาร

สถานภาพสมรส

คู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะมีความรักความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันจะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และช่วยบ่งชี้ศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2537 : 41)

จากการศึกษาของ ระพิน โอนอ่อน (2543 : ง) เรื่องการรับรู้ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 238 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่แต่งงานแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเลือกซื้อ

อาหารและมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารในลักษณะที่เป็นการประหยัดและมีความเหมาะสมตามหลักโภชนาการมากกว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสโสด สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตรา เหม้าเกษ (2539 : 100-101) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าสถานะภาพสมรสมีความสัมพันธ์ กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.05$) และจากการศึกษาของเนตรนภิส วัฒนสุชาติ และจันตรี บุญปิ่น (2538 : 264) เรื่องบทบาทของอาหารหาบเร่ต่อการได้รับสารอาหารประจำวันของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มมา 10 เขต จำนวน 618 คน พบว่ากลุ่มโสดได้รับแหล่งอาหารจากหาบเร่เป็นหลัก ขณะที่กลุ่มแต่งงานแล้วนิยมอาหารที่เตรียมเอง

ระดับการศึกษา

เป็นสถานภาพทางสังคมที่แสดงความสามารถของบุคคล เป็นการสะสมประสบการณ์ และความรู้จากการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็กเป็นต้นมา และเชื่อว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การศึกษาจะช่วยให้การตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผล

จากการศึกษาของเบญจพร สุขประเสริฐ และคณะ (2541) ที่ศึกษาถึงทัศนคติ ความรู้ ด้านอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ด้านอาหารและโภชนาการมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่น้อยกว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 81) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า จำนวน 320 คน พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการศึกษาของกองโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ.2532 พบว่าผู้ที่อายุมากขึ้นมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนมากขึ้นเนื่องจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งโดยทั่วไปการมีความรู้ที่ถูกต้องอย่างเดียว ไม่จำเป็นจะต้องทำให้เกิดการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเสมอไป แต่ต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย

ประสบการณ์การทำงาน

ประสบการณ์หมายถึงการได้ผ่านพฤติกรรม หรือสิ่งต่างๆมาแล้ว ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมาก จะมีความสามารถในการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาได้ดี ดังนั้นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากจะมีความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย

จากการศึกษาของวนลดา ทองใบ (2540: 140) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของคณงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = 0.2200$)

การมีโรคประจำตัว

การที่บุคคลมีประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนำจะทำให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ที่จะป้องกันสุขภาพของตนเอง (สันศักดิ์ เสริมศรี, 2528 : 4-6) ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ Pender (1987: 87) ที่กล่าวว่า ความถี่ของการเจ็บป่วยจะช่วยให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะยกระดับภาวะพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

จากการศึกษาของหวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543:91) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.01$)

รายได้

หมายถึงค่าตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน คนทุกคนมุ่งทำงานเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตตามสถานะทางสังคมของแต่ละคน ผู้ปฏิบัติงานนำรายได้ไปแลกเปลี่ยนเป็นสิ่งต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ

จากการศึกษาของ ระพิน โอนอ่อน (2543 : ง) เรื่องการรับรู้ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 238 คน พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ต่ำจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารของตนเองในลักษณะประหยัด และมีความเหมาะสมตามหลักโภชนาการ มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้สูง สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนกรุงเทพมหานครที่เปลี่ยนไปในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำโดยบริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย ปี2541 (นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2546 : 4) พบว่าหลังวิกฤตเศรษฐกิจประชาชนทั้งผู้หญิงและผู้ชายละเลยการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือ บริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ลดลงและรับประทานอาหารตามสะดวกมากขึ้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 76) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า จำนวน 320 คน พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ช่วงเวลาปฏิบัติงาน

จากลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพมีการหมุนเวียนการทำงานตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีการอยู่เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก และอาจต้องมีการขึ้นปฏิบัติงานทดแทนผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี มีผลทำให้มีวิถีชีวิตต่างไปจากปกติ และอาจมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งยังไม่มีผู้ทำการศึกษาตัวแปรนี้ว่ามีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือไม่อย่างไร

ความรู้

เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นประกอบ

จากการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 69) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 320 คน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.003$) สอดคล้องกับการศึกษาของวนลดา ทองใบ (2540 : 140) ที่พบว่าความรู้ของคณงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์

การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ หรือจากผลของการกระทำที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้รับการกระทำจะแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการทำพฤติกรรมนั้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจอยู่บนพื้นฐานของลักษณะ และประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง ความเชื่อในประโยชน์หรือผลจากการกระทำที่เกิดขึ้นจะเป็นไปในทางบวกเป็นสิ่งสำคัญ ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน (Intrinsic benefits) เช่นความเพลิดเพลิน ความพึงพอใจในตนเอง เสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองหรือภายนอก (Extrinsic benefits) เช่น คำสรรเสริญ รางวัล (N.J. Pender, Personal Communication, November 8, 2000) ในระยะแรกการรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจสำคัญให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านการยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ (Pender, 1996)

จากการศึกษาของสุทธีนิจ หนูทสาร (2539 : 161-162) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สารการ (2544 : 63) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรค

เป็นการรับรู้ทางด้านลบหรือการรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ และไม่สามารถทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ได้ บุคคลจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมากการกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น แต่เมื่อมีความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคน้อยความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคจึงมีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเป็นตัวกั้นขวางการกระทำ และมีผลทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

จากการศึกษาของสุทธีนิจ หนูทสาร (2539 : 161-162) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา สารการ (2544 : 65) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค รักษาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ เบคเกอร์ กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรคของบุคคล (Backer et al, 1977 : 354-355)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติพฤติกรรมจะไม่สามารถเกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงต่อการเกิดโรค แต่ขณะเดียวกันถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไป ก็อาจจำข้อแนะนำได้น้อย และไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถทำกิจกรรมได้ในระดับใด โดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นหรือไม่ แต่เป็นการพิจารณาว่าบุคคลนั้นสามารถที่จะทำอะไรได้บ้างโดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ตาม

จากการศึกษาของสุทธนิจ หุณฑสาร (2539 : 163) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนนทบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44) พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสุดารัตน์ ขวัญเงิน (2537 : ๑) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีทางการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

แรงสนับสนุนทางสังคม

การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัย การพึ่งพา การที่บุคคลรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ การได้รับความรัก ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยกลุ่มบุคคลในระบบสังคมเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ ตักเตือน คำปรึกษา การให้การรับรองให้เกิดความมั่นใจซึ่งเป็นทิศทางที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ เกิดเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีความหมายมากขึ้น

จากการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 73) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 320 คน พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิจ หุณฑสาร (2539 : 163) พบว่า

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆและการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนนทบุรี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้งกัน รวมทั้งยังมีปัจจัยบางอย่างที่ยังไม่เคยมีผู้นำมาการศึกษาและยังไม่มีผู้ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะทำการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพในลักษณะพหุ โดยศึกษาครบทุกองค์ประกอบ ทั้งปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยต่างๆจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เข้าใจปัจจัยต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างชัดเจน นำผลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของกลุ่มปัจจัยร่วม 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaires)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 1,878 คน โดยจำแนกตามโรงพยาบาลดังนี้

- | | |
|--------------------------------|--------|
| 1. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | 650 คน |
| 2. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | 700 คน |
| 3. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า | 528 คน |

กลุ่มตัวอย่าง

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรของ Parle, et. al, 1985 ซึ่งเป็นสูตรสำหรับการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ทราบข้อมูลสัดส่วน

$$n = \left[\frac{z}{d} \right]^2 p(1-p)$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

p = ค่าสัดส่วนประชากรที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง
ในงานวิจัยนี้ประมาณด้วยค่าสัดส่วนตัวอย่างจากที่เคยมีผู้ศึกษา

ไว้ $p = 0.52$ (Reanu Payngulume, 2001 : 40)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดได้สูงสุดในงานวิจัยนี้ กำหนดไว้
 $4\% = 0.04$

z = ค่ามาตรฐานของระดับความเชื่อมั่นที่มีการกระจายแบบปกติ ใน
งานวิจัยนี้ กำหนดค่าความเชื่อมั่นไว้ 95% ($\alpha = 0.05$)

ค่า $z = 1.96$

แทนค่าสูตร

$$n = \left[\frac{1.96}{0.04} \right]^2 \times (0.52)(0.48) = 599.28$$

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาไม่ควรน้อยกว่า 600 คน ทั้งนี้
เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างมากพอที่จะได้รับแบบสอบถามคืนในจำนวนที่เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล
จึงแจกแบบสอบถามเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 720 คน

2. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพของ
แต่ละโรงพยาบาล ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n_j = \frac{n \cdot N_j}{N}$$

n_j = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

N_j = จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลเท่ากับ

$$\begin{aligned} \text{โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า} &= \frac{720 \times 650}{1878} = 249 \text{ คน} \\ \text{โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช} &= \frac{720 \times 700}{1878} = 268 \text{ คน} \\ \text{โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า} &= \frac{720 \times 528}{1878} = 203 \text{ คน} \end{aligned}$$

3. แบ่งกลุ่มประชากรที่ศึกษาตามลักษณะการปฏิบัติงานตามผังโครงสร้างองค์การบริหารการพยาบาล ซึ่งทั้ง 3 โรงพยาบาลมีการแบ่งที่แตกต่างกันแต่มีโครงสร้างหลักคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงได้นำลักษณะการปฏิบัติงานมาจัดกลุ่มให้ลักษณะงานคล้ายคลึงกันอยู่ด้วยกันเพื่อความสะดวกในการคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มงานคลินิกผู้ป่วยนอก ได้แก่ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ห้องตรวจพิเศษ ต่างๆ
- 2) กลุ่มงานผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยอาการหนัก ห้องคลอด
- 3) กลุ่มงานสนับสนุนและอื่นๆ ได้แก่ ฝ่ายการพยาบาล ห้องผ่าตัด ดมยา ห้องฉุกเฉินและอื่นๆ

4. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มงานของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพแต่ละกลุ่มงาน ตามสูตรการคำนวณ จำนวน ดังนี้

$$nj = \frac{n \cdot Nj}{N}$$

nj = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มงานในแต่ละโรงพยาบาล

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

Nj = จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มงาน

N = จำนวนประชากรทั้งหมดในแต่ละโรงพยาบาล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มงานที่ปฏิบัติงานในแต่ละโรงพยาบาลได้
ดังนี้

ตาราง แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มงานต่างๆของ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

กลุ่มงาน	โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า		โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช		โรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)
กลุ่มงานผู้ป่วยนอกและ ตรวจพิเศษ	77	30	74	29	78	30
กลุ่มงานผู้ป่วยใน	389	149	450	172	280	108
กลุ่มงานสนับสนุนและอื่นๆ	184	70	175	67	170	65
รวม	650	249	700	268	528	203

5. สุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตามกลุ่มที่จัดไว้ในแต่ละโรงพยาบาลด้วย
วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเลือกในแต่ละแผนกและใน
แต่ละหอผู้ป่วย ถ้าในแผนกหรือหอผู้ป่วยที่เลือกได้มี จำนวนพยาบาลไม่พอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ที่กำหนด ผู้วิจัยจะทำการจับฉลากขึ้นมาอีกหนึ่งแผนกหรืออีกหนึ่งหอผู้ป่วย ให้ได้จำนวนพยาบาล
เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในกลุ่มงานนั้นๆและสำหรับแผนกหรือหอผู้ป่วยที่ต้องการ
จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วน ผู้วิจัยจะทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายเช่นกัน โดย
การจับฉลาก จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ดำเนินการเช่นนี้จนครบทุกโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (Research Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม(Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ประสบการณ์การทำงาน รายได้ เวลาปฏิบัติงาน (การอยู่เวร) ที่อยู่อาศัย มีทั้งหมด 17 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด (Opened-Ended Questions or Opened form) ในลักษณะเติมข้อความและคำถามปลายปิด (Closed-Ended Questions or Closed form) ในลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และบางคำถามอาจเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ชนิดของอาหารที่ควรรับประทาน และควรเลี่ยง โรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องเหมาะสม สร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด ไม่ทราบ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ถูก	1
ผิด	0
ไม่ทราบ	0

(ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้ตอบคำถามข้อใดในส่วนนี้ถือว่าได้คะแนนเท่ากับ 0)

การแปลผลพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 : 47) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์	คะแนน	การแปลผล
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	0 – 14	มีความรู้ระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 - 79	15 – 19	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	20 – 25	มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด (ข้อความที่ให้ความคิดเห็นที่ถูกต้องสมควรกระทำ) และให้เลือกตอบคำตอบที่ถูกโดยผู้ตอบสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ตอบถูก	1
ตอบผิด	0
ตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	ไม่ได้ให้คะแนน

การแปลผลพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 : 47) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์	คะแนน	การแปลผล
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	0 – 75	มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	76 – 100	มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	101 – 126	มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง สร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 20 ข้อและได้นำข้อคำถามทั้ง 20 ข้อ มาจัดเป็นกลุ่มอาหารได้เป็น 6 กลุ่ม คือ

1. เส้นใยอาหาร ได้แก่ข้อคำถามที่ 1 , 2
2. เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ ได้แก่ข้อคำถามที่ 3 , 4 , 6 , 7 , 8
3. ผัก ผลไม้ ได้แก่ข้อคำถามที่ 20
4. ไขมัน น้ำมัน กะทิ น้ำตาล ได้แก่ข้อคำถามที่ 5 , 9 , 10 , 11 , 12 , 13 , 15 , 19
5. อาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน ได้แก่ข้อคำถามที่ 14 , 16
6. ขนมขบเคี้ยว และอาหารเค็มจัด ได้แก่ข้อคำถามที่ 17 , 18

โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด (ข้อความที่ให้ความคิดเห็นที่ถูกต้องสมควรกระทำ) ใช้ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบการวัดของ Likert แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การแปลผลพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971: 47) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์	คะแนน	การแปลผล
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	20 – 67	มีการรับรู้ความสามารถของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	68 – 83	มีการรับรู้ความสามารถของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	84 – 100	มีการรับรู้ความสามารถของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง

การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพสร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ และได้นำข้อคำถามทั้ง 20 ข้อ มาจัดเป็นกลุ่มอาหารได้เป็น 6 กลุ่ม คือ

1. เส้นใยอาหาร ได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 2
2. เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ ได้แก่ข้อคำถามที่ 3, 4, 6, 7, 8
3. ผัก ผลไม้ ได้แก่ข้อคำถามที่ 20
4. ไขมัน น้ำมัน กะทิ น้ำตาล ได้แก่ข้อคำถามที่ 5, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 19
5. อาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน ได้แก่ข้อคำถามที่ 14, 16
6. ขนมขบเคี้ยว และอาหารเค็มจัด ได้แก่ข้อคำถามที่ 17, 18

ใช้ลักษณะคำตอบเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ตอบไม่สามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอ 7 อย่างคือ ราคา หาซื้อยาก การอยู่เวร การไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง แพ้อาหาร ไม่ชอบ คิดในรสชาติอาหารโดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
เลือก	1
ไม่เลือก	0
เลือกไม่มีอุปสรรค	ไม่นำมาคิดคะแนน

การแปลผลพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 : 47) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์	คะแนน	การแปลผล
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	0 – 83	มีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	84 – 111	มีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	112 – 140	มีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค สร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ใช้ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การแปลผลพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 : 47) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์	คะแนน	การแปลผล
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	11 – 36	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	37– 45	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	46– 55	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน, เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สร้างเป็นข้อคำถามแบ่งตามกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุน 4 กลุ่ม จำนวน 4 ข้อ และในแต่ละข้อ แบ่งเป็นข้อย่อยตามรูปแบบการสนับสนุน 4 รูปแบบ ใช้ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ได้รับมาก (มากกว่า 4 ครั้ง/เดือน)	3
ได้รับค่อนข้างมาก (3-4 ครั้ง/เดือน)	2
ได้รับค่อนข้างน้อย (1-2 ครั้ง/เดือน)	1
ไม่ได้รับเลย	0

การแปลผลพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 : 47) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์	คะแนน	การแปลผล
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	0 – 7	ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	8 – 9	ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	10– 12	ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 สร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 6 ข้อเป็นลักษณะปลายเปิด (Opened-Ended Questions or Opened form) ในลักษณะเติมข้อความและคำถามปลายปิด (Closed-Ended Questions or Closed form) ในลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และบางคำถามอาจเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ส่วนที่ 2 สร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 39 ข้อใช้ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยข้อคำถามด้านบวกได้แก่ข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 19, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 37 และข้อคำถามด้านลบได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 31, 35, 36, 38, 39 และได้นำข้อคำถามทั้ง 39 ข้อ มาจัดเป็นกลุ่มอาหารได้เป็น 8 กลุ่ม คือ

1. เส้นใยอาหาร ได้แก่ข้อคำถามที่ 2
2. เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ ได้แก่ข้อคำถามที่ 3, 4, 6, 7, 9
3. ผัก ผลไม้ ได้แก่ข้อคำถามที่ 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33
4. น้ำสะอาด ได้แก่ข้อคำถามที่ 20
5. ไขมัน น้ำมัน กะทิ น้ำตาล ได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 35
6. ขนมขบเคี้ยว และอาหารเค็มจัด ได้แก่ข้อคำถามที่ 22, 24
7. อาหารที่เป็นสารก่อมะเร็ง ได้แก่ข้อคำถามที่ 18, 19, 21
8. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 36, 37, 38, 39

คำตอบมี 5 ตัวเลือก ให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อคำถาม	คะแนนข้อคำถาม
	ด้านบวก	ด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	4	0
ปฏิบัติค่อนข้างมาก(5-6 วัน/สัปดาห์)	3	1
ปฏิบัติค่อนข้างน้อย(3-4 วัน/สัปดาห์)	2	2
ปฏิบัติน้อย(1-2 วัน/สัปดาห์)	1	3
ไม่ปฏิบัติเลย	0	4

การแปลผลพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 : 47) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์	คะแนน	การแปลผล
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	0 – 93	มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	94 – 124	มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	125 – 156	มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษา จากตำรา งานวิจัย และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการสร้างแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยจากตำรา และเอกสารต่างๆ
3. นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามโดยกำหนดโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหาให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และกรอบแนวคิดในงานวิจัย

4. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษา การเรียงลำดับคำถาม พร้อมทั้งขอคำแนะนำเพื่อนำมาแก้ไขและปรับปรุง ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ

5. ทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขและได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 50 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละส่วนและหาค่าจำแนกรายข้อดังนี้

5.1 วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยง ในส่วนความรู้ จำนวน 32 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้เท่ากับ 0.4187 ได้นำไปปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ปรับแบบสอบถามใหม่และนำไปให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คนทำ ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามทุกส่วนมีดังนี้

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
ความรู้ (จำนวน 25 ข้อ)	0.4195
การรับรู้ความสามารถ (จำนวน 20 ข้อ)	0.8134
การรับรู้ความเสี่ยง (จำนวน 11 ข้อ)	0.9164
การรับรู้ความรุนแรง (จำนวน 11 ข้อ)	0.8928
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ (จำนวน 20 ข้อ)	0.8615
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (จำนวน 39 ข้อ)	0.9003

5.2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ใช้สถิติ Student's t-test เลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่า t ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป หรือค่า P-value น้อยกว่า 0.05 และการวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายโดยวิธีของ Kuder Richardson (KR-20) เลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความยากง่ายระหว่าง 0.2-0.8 ขึ้นไป

6. นำผลการวิเคราะห์ไปปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบตอบด้วยตนเองแล้วไปปรับคืน (Self-Administered Questionnaires) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ติดต่อขอหนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ติดต่อขอหนังสือจากภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล
3. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. จัดเตรียมแบบสอบถามให้เพียงพอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
5. ติดต่อผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และเข้าพบหัวหน้าแผนกพยาบาลที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอคำแนะนำในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความเข้าใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอเอกสารชี้แจง (Information Sheet) และแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย (Informed Consent Form) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านทบทวน หรือซักถามและลงนามในเอกสารยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ โดยมอบแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้เป็นชุด และขอความร่วมมือให้เก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 7 สิงหาคม 2549 ถึงวันที่ 14 สิงหาคม 2549
6. หลังจากรับแบบสอบถามมาแล้ว ตรวจสอบรายละเอียดความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ถ้าแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ นำกลับไปให้กลุ่มตัวอย่างและขอให้ทำการตอบแบบสอบถามในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ แล้วจึงไปรับแบบสอบถามกลับคืนอีกครั้ง รวมแบบสอบถามจำนวน ทั้งหมด 652 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวางแผนวิเคราะห์และสถิติที่ใช้

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลและนำมา ตรวจสอบให้คะแนนเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งการวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

1.2 ลักษณะของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

ทดสอบหาความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายของกลุ่มปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยร่วมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Enter

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองแล้วไปปรับคืน แจกให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 720 ชุด และได้รับกลับคืนจำนวนทั้งหมด 660 ชุด หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 652 ชุด คิดเป็นร้อยละ 90.6 นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วนได้ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามปัจจัยได้ดังนี้

- 1.1 คุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ
- 1.2 สถานะทางสุขภาพ
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- 1.4 การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- 1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- 1.6 และการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- 1.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
- 1.8 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค
- 1.9 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

1.1 คุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลทั้งหมดจำนวน 652 คน พบว่าเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คิดเป็นร้อยละ 37.6, 35.1 และ 26.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน (N = 652)

สถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิพลอดุลยเดช	245	37.6
พระมงกุฎเกล้า	229	35.1
สมเด็จพระปิ่นเกล้า	175	26.8
ไม่ตอบ	3	0.5

ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปีและ 21-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 และ 31.8 ตามลำดับ กลุ่มที่มีสัดส่วนน้อยที่สุดคือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 50-58 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.3 และมี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.21 ปี โดยมีอายุต่ำที่สุด เท่ากับ 21 ปีและสูงที่สุดเท่ากับ 58 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.6) เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาพุทธ(ร้อยละ 96.8) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างยังไม่สมรส (ร้อยละ 50.8) เป็นผู้ที่มีสมรสแล้วและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 41.2) และแยกกันอยู่ (ร้อยละ 6.3) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.2) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีรายได้พอใช้และมีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 50.2 รองลงมา มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 34.0 อาศัยอยู่ในหอพักของทางโรงพยาบาล ห้องเช่า แฟลต คิดเป็นร้อยละ 46.6 และอยู่บ้านพักของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 34.7 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามลักษณะด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ (N=652)

ลักษณะ ด้านประชากรและเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
21 – 29	207	31.8
30 – 39	233	35.7
40 – 49	161	24.7
50 – 58	41	6.3
ไม่ตอบ	10	1.5
อายุเฉลี่ย = 35.21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.60 ปี อายุต่ำสุด = 21 ปี อายุสูงสุด = 58 ปี		
เพศ		
หญิง	623	95.6
ชาย	29	4.4
ศาสนา		
พุทธ	631	96.8
อิสลาม	5	0.8
คริสต์	1	0.1
ไม่ตอบ	15	2.3
สถานภาพสมรส		
โสด	331	50.8
คู่และอยู่ด้วยกัน	269	41.2
หม้าย หย่า คู่และแยกกันอยู่	41	6.3
ไม่ตอบ	11	1.7
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	575	88.2
ปริญญาโท	74	11.3
ไม่ตอบ	3	0.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามลักษณะด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ (N=652) (ต่อ)

ลักษณะ ด้านประชากรและเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้และมีเหลือเก็บ	327	50.2
พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	222	34.0
ไม่พอใช้และมีหนี้	56	8.6
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้	25	3.8
ไม่ตอบ	22	3.4
ที่อยู่อาศัย		
หอพักของทางโรงพยาบาลห้องเช่า แฟลต	365	56.0
บ้านตนเอง	226	34.7
อื่น ๆ (บ้านพักทางราชการ บ้านญาติ)	59	9.0
ไม่ตอบ	2	0.3

พบว่ากลุ่มพยาบาลที่ทำการศึกษามีส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 20 ปี โดยมีผู้ทำงานระหว่าง 1- 10 ปี , 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.3, 29.9 ตามลำดับและมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.9 มีประสบการณ์ในการทำงานโดยเฉลี่ย 13.02 ปี ประสบการณ์ในการทำงานต่ำที่สุด เท่ากับ 1 ปี และสูงที่สุดเท่ากับ 38 ปี จากการจำแนกการปฏิบัติงานเป็น 2 ประเภทคือ เวิร์ชเชาต์และเวิร์ชผลัดพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.9 ปฏิบัติงานเวิร์ชผลัด และร้อยละ 44.8 ปฏิบัติงานเวิร์ชเชาต์ตลอด ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประสบการณ์การทำงาน (N = 652)

ประสบการณ์ในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี)		
1 – 10	289	44.3
11 – 20	195	29.9
มากกว่า 20	130	19.9
ไม่ตอบ	38	5.8
ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย = 13.02 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.52 ปี ค่าต่ำสุด = 1 ปี ค่าสูงสุด = 38 ปี		
เวลาในการปฏิบัติงาน		
เวรผลัด	345	52.9
เวรเช้า	292	44.8
ไม่ตอบ	15	2.3

1.2 สถานะทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

จากการประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายของกรมอนามัย พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.3) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติคือน้ำหนักเกิน อ้วนและผอมกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 24.4, 1.9 และ 8.4 ตามลำดับ ในเรื่องการออกกำลังกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 71.8 ไม่มีการออกกำลังกาย และมีเพียงร้อยละ 25.4 ที่มีการออกกำลังกายได้ตามเกณฑ์คือครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 75.8) ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว ส่วนร้อยละ 23.6 ที่มีโรคประจำตัวพบว่าโรคที่พบบ่อย 2 อันดับแรกคือโรคระบบทางเดินหายใจและภูมิแพ้, โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 33.8 และ 24.7 ตามลำดับ ในจำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัวนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.1) มีการดูแลรักษาตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 60.4 และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พบบ่อยที่สุดคือการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 68.7, 67.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสถานะทางสุขภาพและการดูแลรักษา (N = 652)

สถานะทางสุขภาพและดูแลรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (N = 640)		
ต่ำกว่าปกติ	54	8.4
ปกติ	418	65.3
น้ำหนักเกิน	156	24.4
โรคอ้วน	12	1.9
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย = 21.50 กก./ม. ² ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.10 กก./ม. ² ค่าต่ำสุด = 16.23 ค่าสูงสุด = 36.79		
การออกกำลังกาย		
ใช่	166	25.4
ไม่ใช่	468	71.8
ไม่ตอบ	18	2.8
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	494	75.8
มี	154	23.6
ไม่ตอบ	4	0.6
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค) (N = 154)		
โรกระบบทางเดินหายใจและภูมิแพ้	52	33.8
โรคหัวใจและหลอดเลือด	38	24.7
โรกระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ	14	9.1
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	13	8.4
โรกระบบทางเดินอาหาร	13	8.4
โรกระบบประสาท	12	7.8
โรคเลือดและระบบภูมิคุ้มกัน	3	1.9
โรคมะเร็ง	3	1.9
โรกระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	1	0.6
ไม่ระบุ	10	6.5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสถานะทางสุขภาพและการดูแลรักษา (N = 652) (ต่อ)

สถานะทางสุขภาพและดูแลรักษา	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการดูแลรักษาโรคประจำตัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	131	85.1
รับประทานยา	93	60.4
อื่น ๆ (ผ่าตัด รักษาตามอาการ แพทย์ทางเลือก)	9	13.0
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การออกกำลังกาย	90	68.7
การรับประทานอาหาร	89	67.9
หลีกเลี่ยงอารมณ์เครียด	59	45.0
งดสูบบุหรี่ งดดื่มเหล้า	26	19.8
อื่น ๆ (พักผ่อน งดยกของหนัก ทัศนศึกษา)	20	15.3

ผลการตรวจร่างกายของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า (ร้อยละ 22.7) มีความผิดปกติของระดับคลอเลสเตอรอล รองลงมาคือมีความผิดปกติของระดับความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นร้อยละ 14.3, 7.2 และ 1.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทและผลของการตรวจร่างกายในรอบ 1 ปี (N = 652)

ประเภทการตรวจ	ผลการตรวจ			ไม่ตรวจ
	ปกติ	ผิดปกติ	จำไม่ได้	
คลอเลสเตอรอล	45.9	22.7	2.1	29.3
ความดันโลหิต	78.5	14.3	1.2	6.0
ไตรกลีเซอไรด์	58.7	7.2	2.8	31.3
น้ำตาลในเลือด	71.6	1.0	1.5	25.9

จากจำนวนพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจวัดระดับความดันโลหิตทั้งหมด 613 คน พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.5) มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมา มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 11.9 และมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 3.3 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความดันโลหิต (N = 613)

ความผิดปกติของความดันโลหิต	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	512	83.5
ต่ำกว่าปกติ	73	11.9
สูงกว่าปกติ	20	3.3
จำไม่ได้	8	1.3

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ในภาพรวมจากการศึกษา พบว่ามากกว่าครึ่งของพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 54.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 41.9 และ 3.7 ตามลำดับ และจากคะแนนเต็ม 25 คะแนน พบว่าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 19.56 โดยมีผู้ได้คะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 11 คะแนนและสูงที่สุดเท่ากับ 25 คะแนนดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (N = 652)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	24	3.7
ระดับปานกลาง	273	41.9
ระดับสูง	355	54.4
คะแนนเฉลี่ย = 19.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.52 คะแนนต่ำสุด = 11 คะแนนสูงสุด = 25		

จากการศึกษารายชื่อพบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่พยาบาลตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 97.5) คือโปรตีนจากเนื้อปลาช่วยบำรุงสมองและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รองลงมา (ร้อยละ 97.2) คือข้าวซ้อมมือ, ข้าวกล้องมีใยอาหารมากกว่าข้าวขาว ส่วนข้อความรู้ที่พยาบาลตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 33.6) คือคลอเลสเตอรอลเป็นไขมันที่พบในผลิตภัณฑ์จากสัตว์เท่านั้น รองลงมา (ร้อยละ 43.4) คือเกลือเป็นส่วนประกอบของอาหารที่มีอยู่ในธรรมชาติเช่น เนื้อไก่ ผักคะน้า กุ้งหอม และมิถุนันตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าครึ่งเพียงเล็กน้อยที่ทราบว่าควรบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต 6-8 ส่วนต่อวัน ผู้ที่มีคลอเลสเตอรอลสูงควรงดบริโภคไข่แดง โยเกิร์ตและนมเปรี้ยวเป็นอาหารบำรุงกระดูกและฟัน และมีกลุ่มตัวอย่างไม่ถึง 3 ใน 4 ที่ทราบว่าไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันที่พบได้ทั้งในพืชและในผลิตภัณฑ์จากสัตว์ และกรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพถูกต้องรายชื่อ (N = 652)

ข้อที่	ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1	ผู้ใหญ่วัยทำงานควรบริโภคอาหารหมู่คาร์โบไฮเดรต 6-8 ส่วน/วัน	325	49.8
2	ในหนึ่งวันไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะ	488	74.8
3	ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้องมีใยอาหารมากกว่าข้าวขาว	634	97.2
4	ธัญพืชช่วยลดคลอเลสเตอรอลในกระแสเลือดได้	574	88.0
5	โปรตีนเป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรค	549	84.2
6	ผู้ใหญ่วัยทำงานควรจำกัดปริมาณการบริโภคเนื้อสัตว์	557	85.4
7	ผู้ใหญ่วัยทำงานควรบริโภคเนื้อปลาอย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์	550	84.4
8	โปรตีนจากเนื้อปลาช่วยบำรุงสมองและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	636	97.5
9	ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคลอเลสเตอรอลสูงควรงดบริโภคไข่แดง	385	59.0
10	ผู้ใหญ่วัยทำงานควรจำกัดชนิดและปริมาณของนมที่ดื่ม	506	77.6
11	โยเกิร์ตและนมเปรี้ยวเป็นอาหารบำรุงกระดูกและฟัน	368	56.4
12	คลอเลสเตอรอลเป็นไขมันที่พบในผลิตภัณฑ์จากสัตว์และพืช	219	33.6

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพถูกต้องรายข้อ (N=652) (ต่อ)

ข้อที่	ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
13	ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันที่พบได้ทั้งในพืชและในผลิตภัณฑ์จากสัตว์	437	67.0
14	กรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	474	72.7
15	การใช้น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลืองในการทำอาหารช่วยลดคอเลสเตอรอล	515	79.0
16	การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมันและ/หรือเครื่องในสัตว์ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	622	95.4
17	ผู้ใหญ่วัยทำงานควรบริโภคผลไม้เช่นฝรั่ง ส้มเป็นอาหารว่างแทนขนมหวาน	630	96.6
18	การดื่มน้ำส้มคั้นสดได้กากใยเท่ากับการรับประทานส้มทั้งผล	594	91.1
19	ใยอาหารจากผักและผลไม้ช่วยนำสารพิษก่อมะเร็งออกจากร่างกาย	504	77.3
20	ผู้ที่บริโภคอาหารทอด ผัดเป็นประจำเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง	630	96.6
21	ผู้ใหญ่วัยทำงานควรบริโภคอาหารที่ประกอบโดยการอบ นึ่ง ต้ม ตุ่น	606	92.9
22	เกลือเป็นส่วนประกอบของอาหารที่มีอยู่ในธรรมชาติเช่น เนื้อไก่ ผักคะน้า กุ้งแห้ง	283	43.4
23	อาหารกระป๋อง บะหมี่สำเร็จรูปมีส่วนประกอบของเกลือมากกว่าอาหารสด	614	94.2
24	การบริโภคอาหารหวาน ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลมทำให้เกิดการสะสมของไขมันได้	544	83.4
25	ผู้ใหญ่วัยทำงานสามารถดื่มกาแฟได้ไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน	511	78.4

1.4 การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.6) ทราบดีว่าการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไว้เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ โรคกระดูกพรุน อยู่ในระดับต่ำ และจากคะแนนเต็ม 126 คะแนน พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 45.2 โดยมีผู้ได้คะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 4 คะแนนและสูงที่สุดเท่ากับ 126 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (N=651)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	603	92.6
ระดับปานกลาง	42	6.4
ระดับสูง	6	0.9
คะแนนเฉลี่ย = 45.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 18.84 คะแนนต่ำสุด = 4 คะแนนสูงสุด = 126		

เมื่อจำแนกการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ พบว่าพยาบาลมีการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ อยู่ในระดับต่ำทุกโรค โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับต่ำจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 99.2 รองลงมาคือโรคมะเร็งชนิดต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 95.8 โรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 95.1 โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 72.1 โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 67.9 และโรคไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 53.5 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค (N=652)

การรับรู้ประโยชน์การบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค	ระดับ		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
โรคไขมันในเลือดสูง	53.5	36.7	5.2
โรคอ้วน	67.9	25.9	6.2
โรคหลอดเลือดหัวใจ	67.9	26.2	5.9
โรคความดันโลหิตสูง	72.1	21.3	6.6
โรคเบาหวาน	95.1	3.8	1.1
โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ	95.8	3.1	1.1
โรคกระดูกพรุน	99.2	0.3	0.5

เมื่อจำแนกการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคตามชนิดของอาหารที่ทำให้เกิดโรค พบว่า มีพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 26.7 และร้อยละ 21.2 ที่ทราบว่า การงดขนมกรุบกรอบ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทราบว่า การรับประทานงา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี และโปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วน ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่า การดื่มนมพร่องมันเนย น้ำเต้าหู้ และการรับประทานไข่ขาว ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงร้อยละ 9.7 ที่ทราบว่า การเลี่ยงอาหารผัดทอด ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน และมีเพียงร้อยละ 14.4 ที่ทราบว่า การงดเครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ นอกจากนี้ มีเพียงร้อยละ 23.2 ที่ทราบว่า การรับประทานงา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค

ข้อที่	ชนิดของอาหาร	ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค						
		ไขมันในเลือดสูง	โรคอ้วน	ความดันโลหิตสูง	หลอดเลือดหัวใจ	เบาหวาน	มะเร็งชนิดต่างๆ	กระดูกพรุน
1	งา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี	59.5	42.9	37.1	46.8	26.5	37.7	23.2
2	เนื้อปลา	86.7	72.4	46.2	70.2	-	-	-
3	โปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้	60.1	50.8	40.5	51.5	24.8	-	27.0
4	งด กุ้ง ปลาหมึก หอย	90.2	-	51.5	62.7	-	-	-
5	ปลาเล็กปลาน้อย	-	-	-	-	-	-	95.9
6	นมพร่องมันเนย น้ำเต้าหู้	69.2	51.4	32.8	44.3	-	-	48.9
7	ไข่ขาว	69.9	-	35.0	48.5	-	-	-
8	งดเครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน	88.5	62.1	58.9	75.3	-	14.4	-
9	อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง	82.1	52.5	53.8	72.2	-	-	-
10	งดข้าวขาหมู ข้าวมันไก่	89.1	86.2	64.3	73.9	17.3	-	-
11	งดอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ	88.0	78.5	62.0	73.2	28.5	-	-
12	งดอาหารปิ้งย่าง รมควัน	-	-	-	-	-	95.2	-

ตารางที่ 11 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค (ต่อ)

ข้อที่	ชนิดของอาหาร	ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค						
		ไขมันในเลือดสูง	โรคอ้วน	ความดันโลหิตสูง	หลอดเลือดหัวใจ	เบาหวาน	มะเร็งชนิดต่างๆ	กระดูกพรุน
13	เลี่ยงอาหารผัด ทอด	85.6	75.9	53.8	66.6	9.7	20.4	-
14	งดอาหารสุกๆ ดิบๆ	-	-	-	-	-	66.0	-
15	งดอาหารหมักดอง เค็ม	-	-	63.3	-	-	47.2	-
16	งดขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด น้ำอัดลม น้ำหวาน	28.8	65.5	-	23.6	87.3	-	-
17	งดขนมกรุบกรอบ	26.7	70.9	40.3	21.2	-	-	-
18	ผัก ผลไม้หลากชนิดหมุนเวียน	58.9	71.5	49.4	54.9	50.2	61.8	-

1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.8) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน พบว่าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 64.06 โดยมีผู้ได้คะแนนต่ำที่สุด เท่ากับ 31 คะแนน และสูงที่สุดเท่ากับ 100 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (N=650)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	413	63.5
ระดับปานกลาง	210	32.3
ระดับสูง	27	4.2

คะแนนเต็ม = 100 คะแนนเฉลี่ย = 64.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.09 คะแนนต่ำสุด = 31 คะแนนสูงสุด = 100

และจากการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสามารถในการงดบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ได้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาคืองดบริโภคอาหารหมักดอง เค็มคิดเป็นร้อยละ 27.5 และชนิดของอาหารที่พยาบาลคิดว่าจะสามารถบริโภคเพื่อสุขภาพได้น้อยที่สุดคือ ข้าวกล้อง ขนมนึ่งโฮลวีทคิดเป็นร้อยละ 17.4 รองลงมาคือรับประทานไข่ขาวแทนไข่ทั้งฟองคิดเป็นร้อยละ 15.0 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ข้อที่	ประเภทอาหาร	ระดับความสามารถ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ข้าวกล้อง ขนมนึ่งโฮลวีท	7.2	15.7	31.6	28.1	17.4
2	งา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี	3.7	12.6	41.1	31.8	10.9
3	เนื้อปลา	20.8	37.8	33.3	6.4	1.7
4	โปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้	17.7	32.2	35.6	11.8	2.7
5	งคอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอย	9.4	17.9	35.5	26.2	11.0
6	ปลาเล็กปลาน้อย	6.2	20.7	43.7	23.4	6.0
7	นมพร่องมันเนย น้ำเต้าหู้	21.9	32.1	29.3	10.8	5.9
8	ไข่ขาวแทนไข่ทั้งฟอง	8.7	20.9	30.4	25.0	15.0
9	งดเครื่องในสัตว์	25.9	20.7	28.9	18.3	6.2
10	งดเนื้อสัตว์ติดมัน	24.8	25.4	27.8	16.1	5.9
11	อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง	22.3	19.3	29.6	17.7	11.1
12	งดอาหารจานเดียวไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หอยทอด ผัดไทย	8.0	19.0	40.3	24.4	8.3
13	งดอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ	10.4	22.7	41.1	19.5	6.3
14	งดอาหารปิ้งย่าง รมควัน	6.6	21.5	44.2	20.9	6.8
15	เลี่ยงอาหารผัด ทอด	2.8	16.0	47.7	25.4	8.1
16	งดอาหารสุกๆ ดิบๆ	59.8	15.3	9.7	5.5	9.7
17	งดอาหารหมักดอง เค็ม	27.5	25.4	29.1	12.4	5.6
18	งดขนมกรุบกรอบ	19.6	23.5	33.2	13.9	9.8
19	งดขนมหวาน/ผลไม้รสหวานจัด น้ำอัดลม น้ำหวาน	9.7	23.2	37.4	20.0	9.7
20	ผัก/ผลไม้หลากชนิดหมุนเวียนทุกวัน	26.7	29.1	32.8	8.2	3.1

เมื่อนำอาหารชนิดต่างๆมาจัดเป็นกลุ่ม พบว่า กลุ่มอาหารที่พยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงมากที่สุด(ร้อยละ 55.6) คืออาหารกลุ่มผัก ผลไม้ รองลงมา (ร้อยละ 41.1) คือการงดนมขบเคี้ยวและอาหารเค็มจัด ส่วนกลุ่มอาหารที่พยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด(ร้อยละ 35.9) คือ อาหารกลุ่มเส้นใยอาหาร รองลงมา (ร้อยละ 17.6) คือกลุ่มอาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการบริโภคอาหารประเภทต่าง ๆ (N=650)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการบริโภคอาหาร	ระดับ		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ	8.9	64.3	26.8
ผัก ผลไม้	11.7	32.7	55.6
ไขมัน น้ำมัน กะทิ น้ำตาล	14.1	62.1	23.8
งดนมขบเคี้ยว อาหารเค็มจัด	15.6	43.3	41.1
อาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน	17.6	58.6	23.8
เส้นใยอาหาร	35.9	52.8	11.3

1.6 การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ทั้งหมดคิดเป็น ร้อยละ 100 โดยจากคะแนนเต็ม 140 คะแนนพยาบาลได้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 19.41 มีผู้ได้คะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 3 คะแนน และสูงที่สุดเท่ากับ 54 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (N = 652)

การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	652	100.0
ระดับปานกลาง	0	0.0
ระดับสูง	0	0.0
คะแนนเต็ม = 140 คะแนนเฉลี่ย = 19.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.196 คะแนนต่ำสุด = 3 คะแนนสูงสุด = 54		

จากการศึกษาพบว่าอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลสามารถบริโภคหรือไม่สามารถบริโภคอาหารชนิดต่างๆได้สม่ำเสมอ คือ

ราคา เป็นอุปสรรคในการบริโภคอาหาร พวกข้าวกล้อง ขนมหั้วโฮลวีท และงา อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอย คิดเป็นร้อยละ 5.40

การหาซื้อยาก เป็นอุปสรรคในการบริโภค งา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี และปลาเล็กปลาน้อยคิดเป็นร้อยละ 38.0 และ 33.4 ตามลำดับ

การอยู่เวร เป็นอุปสรรคในการบริโภค ข้าวกล้อง ขนมหั้วโฮลวีท และงา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี คิดเป็นร้อยละ 29.1 และ 26.8 ตามลำดับ

การไม่ได้ปรุงอาหารเอง เป็นอุปสรรคในการบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง และการเลียงอาหารผัด ทอด คิดเป็นร้อยละ 54.9 และ 48.5 ตามลำดับ

การแพ้อาหาร เป็นอุปสรรคเพียงเล็กน้อยต่อการบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

การไม่ชอบอาหาร เป็นอุปสรรคในการบริโภค ข้าวกล้อง ขนมหั้วโฮลวีท และการคั่วขนมพองมันเนย น้ำเต้าหู้ คิดเป็นร้อยละ 29.0 และ 23.0 ตามลำดับ

การติดในรสชาติอาหาร เป็นอุปสรรคในการงดขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด น้ำอัดลม น้ำหวาน และ งาอาหารปิ้งย่าง ร่มควัน คิดเป็นร้อยละ 52.3 และ 43.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหาร
เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ข้อที่	อาหาร	อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถบริโภคได้สม่ำเสมอ							
		แพง	หายาก	อยู่ไกล	ไม่ได้ปรุง อาหารเอง	แพ้	ไม่ชอบ	รสชาติ	ไม่มี อุปสรรค
1	ข้าวกล้อง ขนมนึ่งโฮลวีท	5.4	25.3	29.1	40.5	0.0	29.0	9.0	15.0
2	งา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี	1.5	38.0	26.8	35.3	0.0	22.4	5.5	16.7
3	เนื้อปลา	4.1	11.5	19.8	39.0	0.2	7.7	3.2	40.0
4	โปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้	0.3	9.0	17.8	26.7	0.0	16.9	5.1	44.0
5	งาดำ งาขาว งาเขียว งาเหลือง	5.4	5.8	8.1	22.5	2.0	5.4	39.9	26.2
6	ปลาเล็กปลาน้อย	1.8	33.4	18.9	33.3	0.2	11.3	4.1	26.7
7	นมพรีพร้อมดื่ม/นมถั่วเหลือง	1.2	4.6	10.9	8.0	0.3	23.0	5.5	54.3
8	ไข่ขาวแทนไข่ทั้งฟอง	0.6	3.1	7.1	31.9	0.2	19.0	20.2	70.7
9	งดเครื่องในสัตว์	0.5	2.0	5.7	19.8	0.0	15.6	22.5	40.8
10	งดเนื้อสัตว์ติดมัน	0.3	1.2	5.5	22.9	0.0	14.6	25.8	37.4
11	อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง	2.1	11.3	12.4	54.9	0.5	3.2	1.7	32.4
12	งดอาหารจานเดียวไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หอยทอด ผัดไทย	0.8	4.8	25.2	38.5	0.6	6.1	30.5	21.2
13	งดอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ	0.2	2.0	12.7	39.4	0.0	8.9	29.6	26.8
14	งดอาหารปิ้งย่าง รมควัน	0.3	1.2	11.3	26.8	0.3	6.4	43.1	24.1
15	เลี่ยงอาหารผัด ทอด	0.5	4.6	19.9	48.5	0.2	4.3	34.0	16.6
16	งดอาหารสุกๆดิบๆ	0.3	0.2	2.5	7.7	0.9	22.5	9.0	59.0
17	งดอาหารหมักดอง เค็ม	0.2	0.6	5.4	12.6	0.5	15.8	25.3	44.0
18	งดขนมกรุบกรอบ	0.5	0.3	8.0	5.8	0.2	12.3	34.7	40.7
19	งดขนมหวาน/ผลไม้รสหวานจัด น้ำอัดลม น้ำหวาน	0.3	0.8	8.7	6.1	0.3	7.7	52.3	28.5
20	ผัก ผลไม้หลากชนิดหมุนเวียนทุกวัน	5.2	16.4	22.1	10.0	0.2	5.4	10.1	47.2

และเมื่อนำอาหารชนิดต่างๆมาจัดเป็นกลุ่ม โดยพิจารณาอุปสรรคในการบริโภคหรือไม่บริโภคอาหาร ส่วนใหญ่ 2 อันดับแรกของอาหารกลุ่มต่างๆ พบว่า

กลุ่มเส้นใยอาหาร คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง และหาซื้อยาก คิดเป็นร้อยละ 50.6และ46.2 ตามลำดับ

กลุ่มเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วชนิดต่างๆ คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเองและไม่ชอบ คิดเป็นร้อยละ 61.0 และ 45.2 ตามลำดับ

กลุ่มผักและผลไม้ต่างๆ คือ การอยู่เวรและการหาซื้อยาก คิดเป็นร้อยละ 22.1 และ16.4 ตามลำดับ

กลุ่มงคอาหารไขมัน น้ำมัน กะทิ น้ำตาล คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง และ คิดในรสชาติของอาหาร คิดเป็นร้อยละ 73.2 และ 44.3 ตามลำดับ

กลุ่มงคขนมขบเคี้ยว และอาหารเค็มจัด คือ คิดในรสชาติของอาหาร และไม่ชอบ คิดเป็นร้อยละ 44.3 และ 20.6 ตามลำดับ

กลุ่มงคอาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง และคิดในรสชาติของอาหาร คิดเป็นร้อยละ 52.6 และ 51.8 ตามลำดับ

สรุปโดยรวมพบว่าการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง เป็นอุปสรรคสำคัญในการบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ คิดในรสชาติของอาหาร และไม่ชอบ ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารประเภทต่าง ๆ (N=652)

ประเภทอาหาร	อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถบริโภคได้สม่ำเสมอ						
	แพง	หายาก	อยู่เวร	ไม่ได้ปรุงอาหารเอง	แพ้	ไม่ชอบ	รสชาติ
เส้นใยอาหาร	6.0	46.2	35.0	50.6	0.0	38.0	11.7
เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วชนิดต่างๆ	6.3	42.3	34.0	61.0	0.6	45.2	29.0
ผัก ผลไม้ต่าง ๆ	5.2	16.4	22.1	10.0	0.2	5.4	10.1
ไขมัน น้ำมัน กะทิ น้ำตาล	7.5	21.0	28.5	73.2	3.1	30.2	72.1
งคขนมขบเคี้ยว อาหารเค็มจัด	0.5	0.6	9.2	13.0	0.5	20.6	44.3
อาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน	0.8	5.1	21.8	52.6	1.1	25.5	51.8

1.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 96.8 จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน พบว่าพยาบาลได้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 30.5 โดยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำที่สุดเท่ากับ 11 คะแนนและสูงที่สุดเท่ากับ 55 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (N = 652)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	526	80.7
ระดับปานกลาง	105	16.1
ระดับสูง	21	3.2
คะแนนเต็ม = 55 คะแนนเฉลี่ย = 30.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.84 คะแนนต่ำสุด = 11 คะแนนสูงสุด = 55		

และพบว่า พยาบาลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.3 รองลงมาคือ โรคไข้มันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 13.5 ส่วนโรคที่พยาบาลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคน้อยที่สุดคือ โรคเมเร็งดับ โรคเมเร็งกระเพาะอาหารและโรคเมเร็งลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 26.5, 17.8 และ 17.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ลำดับ	โรค	ระดับความเสี่ยง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	โรคอ้วน	14.3	28.5	33.2	17.2	6.8
2	โรคไขมันในเลือดสูง	13.5	33.0	36.5	13.1	3.9
3	โรคกระดูกพรุน	8.3	17.0	38.3	29.1	6.9
4	โรคความดันโลหิตสูง	7.7	19.9	38.6	27.5	6.3
5	โรคหลอดเลือดหัวใจ	7.5	22.9	39.9	23.7	6.0
6	โรคเบาหวาน	7.4	15.2	32.2	31.7	13.5
7	โรคเมร็งเต้านม	4.9	9.8	35.3	33.1	16.9
8	โรคเมร็งกระเพาะอาหาร	4.6	10.6	30.6	36.4	17.8
9	โรคเมร็งลำไส้	4.6	11.5	28.1	38.8	17.0
10	โรคหลอดเลือดในสมอง	4.3	17.3	34.7	33.2	10.5
11	โรคเมร็งตับ	3.1	5.1	19.8	45.4	26.5

1.8 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 91.9 จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน พบว่าพยาบาลได้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของเท่ากับ 46.66 โดยได้คะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 11 คะแนน และสูงที่สุดเท่ากับ 55 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (N = 652)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	53	8.1
ระดับปานกลาง	191	29.3
ระดับสูง	408	62.6

คะแนนเต็ม = 55 คะแนนเฉลี่ย = 46.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.96 คะแนนต่ำสุด = 11 คะแนนสูงสุด = 55

และพบว่าพยาบาลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งตับ มากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 65.3 รองลงมาเป็นลำดับที่ 2 คือโรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 63.5 ส่วนลำดับที่ 3 และ 4 คือโรคหลอดเลือดในสมอง และโรคมะเร็งลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 62.5 และ 62.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

ลำดับ	โรค	ระดับความรุนแรง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	โรคมะเร็งตับ	65.3	24.6	6.1	2.6	1.4
2	โรคมะเร็งเต้านม	63.5	25.4	7.4	2.5	1.2
3	โรคหลอดเลือดในสมอง	62.5	28.9	6.5	1.2	0.9
4	โรคมะเร็งลำไส้	62.4	27.5	6.9	2.3	0.9
5	โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร	59.9	28.4	8.0	2.8	0.9
6	โรคหลอดเลือดหัวใจ	53.9	36.3	7.8	1.4	0.6
7	โรคเบาหวาน	39.2	45.0	12.4	2.6	0.8
8	โรคความดันโลหิตสูง	29.1	50.9	16.0	3.4	0.6
9	โรคกระดูกพรุน	27.2	40.8	24.5	6.3	1.1
10	โรคอ้วน	27.0	46.1	21.5	4.3	1.1
11	โรคไขมันในเลือดสูง	24.0	47.9	21.8	5.6	0.8

1.9 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด คือจากผู้บังคับบัญชา ญาติ เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน และจากบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 93.1, 91.9, 88.5 และ 76.2 ตามลำดับ โดยพบว่าพยาบาลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงเพียงร้อยละ 10.7 รองลงมาคือเพื่อน เพื่อนร่วมงาน ญาติ และผู้บังคับบัญชา คิดเป็นร้อยละ 3.7, 2.9 และ 2.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนในภาพรวมจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ให้การสนับสนุน	ระดับ		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
บุคคลในครอบครัว	76.2	13.0	10.7
เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน	88.5	7.8	3.7
ญาติ	91.9	5.2	2.9
ผู้บังคับบัญชา	93.1	4.8	2.1

สิ่งสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลพบว่า สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุดคือจัดหา จัดทำให้รับประทาน คิดเป็นร้อยละ 23.9 รองลงมาคือแนะนำ ดักเตือน ให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 20.9 จากญาติที่ได้รับมากที่สุดคือแนะนำ ดักเตือน ให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 5.9 รองลงมาคือจัดหา จัดทำให้รับประทาน คิดเป็นร้อยละ 4.5 จากเพื่อนและเพื่อนร่วมงานที่ได้รับมากที่สุดคือแนะนำ ดักเตือน ให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 13.6 รองลงมาคือจัดหา จัดทำให้รับประทาน คิดเป็นร้อยละ 10.5 จากผู้บังคับบัญชาที่ได้รับมากที่สุด คือแนะนำ ดักเตือน ให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 6.0 รองลงมาคือข้อมูล (เอกสาร สิ่งพิมพ์) คิดเป็นร้อยละ 4.5 ดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรูปแบบการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ

บุคคล	รูปแบบการสนับสนุน	ปริมาณความถี่			
		มากกว่า 4 ครั้ง/ เดือนขึ้นไป	3-4 ครั้ง/ เดือน	1-2 ครั้ง/ เดือน	ไม่ได้รับเลย
บุคคลในครอบครัว	1. ข้อมูล (เอกสาร สิ่งพิมพ์)	10.5	13.8	33.3	42.4
	2. จัดหา จัดทำให้รับประทาน	23.9	20.8	29.3	26.0
	3. แนะนำ ดักเตือน ให้กำลังใจ	20.9	26.7	28.3	24.4
	4. เงิน	17.0	15.9	23.8	43.3

ตารางที่ 23 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรูปแบบการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ (ต่อ)

บุคคล	รูปแบบการสนับสนุน	ปริมาณความถี่			
		มากกว่า 4 ครั้ง/ เดือนขึ้นไป	3-4 ครั้ง/ เดือน	1-2 ครั้ง/ เดือน	ไม่ได้รับเลย
ญาติ	1. ข้อมูล (เอกสาร สิ่งพิมพ์)	2.9	9.6	22.0	65.5
	2. จัดหา จัดทำให้รับประทาน	4.5	13.4	26.1	56.0
	3. แนะนำ ตักเตือน ให้กำลังใจ	5.9	14.4	29.0	50.7
	4. เงิน	2.5	8.2	16.9	72.4
เพื่อนและ เพื่อนร่วมงาน	1. ข้อมูล (เอกสาร สิ่งพิมพ์)	9.3	20.2	39.3	31.2
	2. จัดหา จัดทำให้รับประทาน	10.5	21.6	32.1	35.8
	3. แนะนำ ตักเตือน ให้กำลังใจ	13.6	25.7	39.1	21.6
	4. เงิน	3.0	6.2	12.3	75.5
ผู้บังคับบัญชา	1. ข้อมูล (เอกสาร สิ่งพิมพ์)	4.5	14.7	34.3	46.5
	2. จัดหา จัดทำให้รับประทาน	3.5	11.4	28.7	56.4
	3. แนะนำ ตักเตือน ให้กำลังใจ	6.0	18.2	32.9	42.9
	4. เงิน	1.9	5.0	12.0	81.1

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามจำนวนมื้ออาหารที่รับประทานต่อวัน พบว่าพยาบาลรับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 47.1 รองลงมาคือ 2 มื้อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 43.7 มากกว่า 3 มื้อต่อวันคิดเป็นร้อยละ 5.5 และ 1 มื้อต่อวันคิดเป็นร้อยละ 3.7 ตามลำดับ โดยเลือกรับประทานมื้อกลางวันมากเป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 91.5 มื้อเย็นเป็นลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 89.2 และมื้อเช้าเป็นลำดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 56.1 ลำดับที่ 4 และ 5 คือมื้อดึกและอื่นๆไม่ระบุ คิดเป็นร้อยละ 8.8 และ 2.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามจำนวนมือที่รับประทานและมืออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน

จำนวนมืออาหารหลัก ต่อวัน	ร้อยละ	มืออาหารที่รับประทาน				
		เช้า	กลางวัน	เย็น	ดึก	อื่น
1 มือ	3.7	4.2	66.6	29.2	0	0
2 มือ	43.7	16.9	88.7	84.9	3.2	25.0
3 มือ	47.1	95.5	96.1	96.7	6.2	0.3
มากกว่า 3 มือ	5.5	91.6	91.6	91.6	80.5	25.0
รวม	100.0	56.1	91.5	89.2	8.8	2.9

จากการศึกษาพฤติกรรมกรับบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการรับประทานอาหารว่างพบว่า ร้อยละ 59.6 รับประทานอาหารว่าง และส่วนใหญ่ รับประทานอาหารว่าง 1 มื้อต่อวันคิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาคือ 2 มื้อต่อวันคิดเป็นร้อยละ 41.2 3 มื้อต่อวันและมากกว่า 3 มื้อต่อวันคิดเป็นร้อยละ 7.8 และ 2.5 ตามลำดับ ชนิดของอาหารว่างส่วนใหญ่ที่พยาบาลเลือกรับประทานคือขนม ขนมหุบกกรอบ ขนมหวาน เค้ก ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน ไมโล โอวัลติน คิดเป็นร้อยละ 76.2 รองลงมาคือผลไม้ น้ำผลไม้ และชา กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 55.5 และ 25.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับประทานอาหารว่าง

อาหารว่าง	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทาน		
รับประทาน	387	59.6
ไม่รับประทาน	262	40.4
รวม	649	100.0

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการรับประทานอาหารว่าง (ต่อ)

อาหารว่าง	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนมือที่รับประทาน		
1 มื้อ	180	48.5
2 มื้อ	153	41.2
3 มื้อ	29	7.8
มากกว่า 3 มื้อ	9	2.5
รวม	371	100.0
ชนิดของอาหารว่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)		
ขนม ขนมนกรอบ ขนมหวาน เค้ก ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวานไมโล โอวัลติน	295	76.2
ผลไม้ น้ำผลไม้	215	55.5
กาแฟ ชา	99	25.6
นม น้ำเต้าหู้ เต้าฮวย โยเกิร์ต	68	17.6
ลูกชิ้น ไส้กรอก ไก่ย่าง	8	2.1
สลัดผัก ส้มตำ	7	1.8
บะหมี่สำเร็จรูป	3	0.8
อาหารเสริม	1	0.2

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลจำแนกตามวิธีการเลือกรับประทานอาหารพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญของวิธีการเลือกรับประทานอาหารจากคุณค่าทางอาหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.1 รองลงมาคือ ความสะอาดและรสชาติ คิดเป็นร้อยละ 25.1 และ 23.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามวิธีการเลือกรับประทานอาหาร

วิธีการเลือกรับประทานอาหาร	การจัดลำดับความสำคัญ		
	มากที่สุด	ปานกลาง	น้อยที่สุด
คุณค่าทางอาหาร	27.1	19.8	19.0
ความสะดวก	25.1	36.7	15.7
รสชาติ	23.9	20.1	21.7
ความสะดวก	12.3	8.3	13.7
คุ้นารับประทาน	7.0	9.4	9.5
ราคา	2.5	5.1	19.7
ความนิยม	0.2	0.2	0.5
อื่น ๆ	1.8	0.4	0.0

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.7) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง รองลงมา (ร้อยละ 48.0) คือมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีเพียงร้อยละ 0.3 ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จากคะแนนเต็ม 156 พบว่าพยาบาลได้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 93.8 โดยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่ำที่สุดเท่ากับ 55 คะแนนและสูงที่สุดเท่ากับ 129 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (N = 652)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	337	51.7
พอใช้	313	48.0
ดี	2	0.3

คะแนนเฉลี่ย = 93.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.96 คะแนนต่ำสุด = 55 คะแนนสูงสุด = 129

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลจำแนกตามความถี่ในการบริโภคอาหารพบว่าใน 1 สัปดาห์ อาหารที่พยาบาลวิชาชีพบริโภคมากที่สุดคือข้าวขาว ขนมนึ่งขาว ขนมนึ่งจีน คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาคือต้มยำน้ำใสสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 51.9 และใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร คิดเป็นร้อยละ 26.4 ส่วนอาหารที่พยาบาลไม่บริโภคเลยใน 1 สัปดาห์ มากที่สุดคือเครื่องดื่มชูกำลังคิดเป็นร้อยละ 90.4 รองลงมาคือดื่มแอลกอฮอล์ และรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ คิดเป็นร้อยละ 88.9 และ 84.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความถี่ในการบริโภคอาหาร

ข้อที่	ประเภทอาหาร	ความถี่ในการบริโภคอาหาร				
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่บริโภคเลย
1	ข้าวขาว ขนมนึ่งขาว ขนมนึ่งจีน	59.8	15.3	10.7	13.7	0.5
2	ข้าวกล้อง ขนมนึ่งโฮลวีท	4.2	5.3	12.1	40.5	38.0
3	ปลา	2.3	10.2	40.6	45.2	1.7
4	ถั่ว เต้าหู้	4.5	9.1	28.6	49.6	8.2
5	กุ้ง ปลาหมึก หอย	0.8	5.8	14.6	59.2	9.5
6	ปลาเล็กปลาน้อย	0.2	3.3	14.6	58.4	23.5
7	นมไขมันต่ำ	6.9	8.8	23.1	35.6	25.6
8	นมสด	4.2	6.9	19.8	37.1	32.0
9	นมถั่วเหลือง	6.0	7.7	21.8	42.1	22.4

ตารางที่ 28 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความถี่ในการบริโภคอาหาร (ต่อ)

ข้อที่	ประเภทอาหาร	ความถี่ในการบริโภคอาหาร				
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่บริโภคเลย
10	การบริโภคไข่	2.9	11.1	39.6	44.6	1.7
11	เครื่องในสัตว์ ตับสัตว์	0.3	3.7	12.8	50.2	33.0
12	เนื้อสัตว์ติดมัน	0.3	3.8	15.6	49.7	30.6
13	อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช	26.4	23.5	33.4	15.6	1.1
14	อาหารที่ปรุงด้วยไขมันจากสัตว์	2.5	4.1	11.8	30.4	51.2
15	อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ	0.6	5.0	23.5	58.7	12.6
16	อาหารจานเดียวที่มีไขมันสูงเช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หอยทอด	0.9	6.5	16.2	60.7	15.7
17	พิซซ่า แซมเบเกอร์	0.0	1.4	5.4	41.7	51.5
18	อาหารปิ้งย่าง รมควัน	0.8	5.2	19.7	57.4	16.9
19	อาหารคัม คูน นึ่ง อบ	4.2	14.8	40.7	37.2	3.1
20	อาหารผัด ทอด	9.5	26.0	42.5	20.6	1.4
21	อาหารสุกๆดิบๆ	0.2	1.2	1.4	13.0	84.2
22	อาหารหมักดอง อาหารเค็ม ปลา ร้า ปลาเค็ม ผักดอง ผลไม้ดอง	0.6	3.2	11.3	46.8	38.1
23	ขนมหวานน้ำเชื่อม,ขนมหวานใส่กะทิ ขนมหวานที่มีไข่เป็นส่วนประกอบ	1.6	5.7	20.3	50.2	20.2
24	ขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยว	3.4	9.3	20.4	43.7	23.2
25	ผักใบเขียว	25.1	33.7	30.0	9.7	1.5
26	ผักหลากหลายชนิดในแต่ละวัน	21.2	24.2	31.1	20.7	2.8
27	ผักชนิดเดียวในแต่ละวัน	4.3	11.0	25.7	46.5	12.4
28	ผัก ผลไม้ สีเหลือง ส้มจัด เช่น ฟักทอง แครอท มะเขือเทศ	6.3	15.9	35.5	37.8	4.5
29	ผลไม้วิตามินซีสูง เช่น ส้ม ฝรั่ง แคนตาลูป	9.4	19.9	35.4	33.2	2.0
30	ผลไม้รสหวานน้อย เช่น ถั่วลิสง ทุเรียน ฝรั่ง	4.2	16.2	36.5	40.0	3.1
31	ผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน มังคุด ขนุน	0.2	3.7	12.6	57.3	26.2
32	ผลไม้หลากหลายชนิดในแต่ละวัน	12.0	15.6	28.0	37.6	6.5
33	ดื่มน้ำผลไม้สด ไม่เติมน้ำตาล	5.4	6.8	17.7	41.2	28.9

ตารางที่ 28 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความถี่ในการบริโภคอาหาร (ต่อ)

ข้อที่	ประเภทอาหาร	ความถี่ในการบริโภคอาหาร				
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่บริโภคเลย
34	ดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน	51.9	19.5	14.9	12.5	1.2
35	ดื่มน้ำอัดลม, น้ำหวาน	4.6	7.4	19.7	45.6	22.7
36	ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	0.3	0.5	3.2	5.6	90.4
37	ดื่มกาแฟ 1-2 แก้วต่อวัน	25.7	13.7	10.0	18.0	32.5
38	ดื่มกาแฟมากกว่า 2 แก้วต่อวัน	1.7	3.1	3.7	13.2	78.3
39	ดื่มแอลกอฮอล์	0.0	0.2	2.1	8.8	88.9

และเมื่อนำอาหารชนิดต่างๆมาจัดเป็นกลุ่มพบว่า ประเภทของอาหารที่พยาบาลมีการบริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 78.5) คือเส้นใยอาหาร รองลงมา (ร้อยละ 50.5) คือบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ ส่วนประเภทของอาหารที่พยาบาลมีการบริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับดีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 94.0) คือการงดบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน รองลงมา (ร้อยละ 71.3) คือการบริโภคน้ำสะอาด ดังแสดงในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามประเภทอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ	ระดับ		
	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ดี
งดอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง	0.2	54.0	45.8
งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน	0.2	5.8	94.0
งดไขมัน น้ำมัน กะทิ แป้ง น้ำตาล	0.5	45.1	54.4
งดขนมขบเคี้ยว อาหารเค็มจัด	2.6	30.2	67.2
ผัก ผลไม้	5.8	79.6	14.6
น้ำสะอาด	13.8	14.9	71.3
เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ	50.5	46.0	3.5
เส้นใยอาหาร	78.5	12.1	9.4

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัว กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในกรณีตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในกรณีที่ตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งจะอธิบายความสัมพันธ์ตามปัจจัยดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ(ข้อมูลเชิงปริมาณ)กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า

อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.280, 0.267, 0.121, 0.148, 0.441 0.142 และ 0.088 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 30

การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.323 และ 0.235 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 30

ตารางที่ 30 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ(ข้อมูลเชิงปริมาณ)กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยนำ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุ	0.280*
ประสบการณ์ในการทำงาน	0.267*
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	0.121*
การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	0.148*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.441*
การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	- 0.323*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	- 0.235*
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	- 0.063
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	0.142*
การได้รับการสนับสนุนจากญาติ	0.088*
การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนร่วมงาน	- 0.007
การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	- 0.006

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)พบว่า

สถานภาพสมรส รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน และที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาจากไคสแควร์

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร		χ^2	p-value
	ต้องปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้/ดี จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.000	0.997
หญิง	322 (51.7)	301 (48.3)		
ชาย	15 (51.7)	14 (48.3)		
สถานภาพสมรส			14.469	<0.001
คู่และอยู่ด้วยกัน	137 (44.2)	173 (55.8)		
โสด หม้าย หย่า คู่และแยกกันอยู่	196 (59.2)	135 (40.8)		
ระดับการศึกษา			0.624	0.429
ปริญญาตรี	300 (52.2)	275 (47.8)		
ปริญญาโท	35 (47.3)	39 (52.7)		
การมีโรคประจำตัว			2.998	0.083
ไม่มี	264 (53.4)	230 (46.6)		
มี	70 (45.5)	84 (54.5)		
รายได้			7.799	0.005
ไม่พอใช้	54 (66.7)	27 (33.3)		
พอใช้	282 (50.1)	281 (49.9)		
เวลาในการปฏิบัติงาน			36.061	<0.001
เวรพลัด	217 (62.9)	127 (36.8)		
เวรเช้า	114 (39.1)	177 (60.6)		
ที่อยู่อาศัย			19.420	<0.001
หอพัก ห้องเช่า แฟลต	215 (58.9)	150 (41.1)		
บ้านตนเอง	91 (40.3)	135 (59.7)		

สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน ที่อยู่อาศัยและ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 4 ความสามารถของปัจจัยต่างๆในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์หารูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยตัวแปรอิสระที่อยู่ในการศึกษาและนำมาวิเคราะห์แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ที่อยู่อาศัย และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มที่ 2 ตัวแปรแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy)

กลุ่มที่ 3 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้แก่การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยนำตัวแปรอิสระทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 11 ตัวแปร มาทำการวิเคราะห์ พบว่า มี 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 35 ($R^2 = 0.35$) (Model 1) โดย

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 6 ตัวแปร ได้แก่

อายุ โดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น 0.283 คะแนน ($B = 0.283$)

เพศ โดยเมื่อเป็นเพศหญิง จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าเพศชาย 3.998 คะแนน ($B = 3.998$)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเมื่อความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น 0.384 คะแนน ($B = 0.384$)

การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเมื่อคะแนนการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น 0.068 คะแนน ($B = 0.068$)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเมื่อคะแนนการรับรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น 0.272 คะแนน ($B = 0.272$)

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว โดยเมื่อคะแนนการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น 0.338 คะแนน ($B = 0.338$)

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่

การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเมื่อคะแนนการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง 0.148 คะแนน ($B = -0.148$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยเมื่อคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง 0.230 คะแนน ($B = -0.230$)

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทั้งหมดที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ทีละตัวโดยพิจารณาค่า Beta พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสูงที่สุด รองลงมาคือ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพศ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงลบ ($Beta=0.287, 0.222, -0.168, 0.123, -0.115, 0.108, 0.090$ และ 0.080 ตามลำดับ)

เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ ทีละกลุ่มปัจจัย พบว่ากลุ่มตัวแปรแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ดีที่สุด คือร้อยละ 26.2 ($R^2=0.262$) (Model 3) รองลงมาคือกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ (Model 2) และกลุ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (Model 4) โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 14 ($R^2=0.140$) และร้อยละ 2 ($R^2=0.020$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรในรูปแบบต่าง ๆ และสามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้

ลำดับ	ตัวแปร	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
		B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta
1	อายุ	0.283**	0.222	0.330**	0.259				
2	เพศ	3.998*	0.070	4.702*	0.082				
3	รายได้	1.379	0.043	2.669*	0.083				
4	ที่อยู่อาศัย	1.213	0.055	2.591**	0.117				
5	ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	0.384**	0.090	0.575**	0.135				
6	การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	0.068**	0.123			0.071**	0.125		
7	การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	-0.148**	-0.115			-0.220**	-0.167		
8	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.272**	0.287			0.335**	0.346		
9	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	-0.230**	-0.168			-0.197**	-0.144		
10	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	-0.066	-0.043			-0.085	-0.055		
11	การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	0.338**	0.108					0.444**	0.142
R ²		0.350		0.140		0.262		0.020	
F		27.571		18.540		45.740		13.432	
Sig. F		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
constant		61.743		63.230		83.361		91.656	

* p<0.05

** p<0.01

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 652 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นอย่างต่ำ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พยาบาลกลุ่มนี้กว่าครึ่ง (ร้อยละ 54) มีความรู้ด้านการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่อ้อยละ 99.7 อยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงพอใช้ มีเพียง ร้อยละ 0.3 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

จากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Precede-Proceed Framework ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว พบว่ามี 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน ที่อยู่อาศัย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากญาติ

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพหุโดยใช้สมการถดถอย พบว่า หลังจากควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว มี 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยทั้ง 8 นี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 35 ($R^2 = 0.35$) โดยมี 6 ตัวแปร ที่มีผลในทางบวก ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และมี 2 ตัวแปร ที่มีผลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด หลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ คือการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta = 0.287$)

เมื่อแบ่งปัจจัยที่ศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่กลุ่มปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มปัจจัยจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และกลุ่มปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) พบว่ากลุ่มตัวแปรแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ดีที่สุด คือร้อยละ 26.2 ($R^2 = 0.262$) รองลงมาคือกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ และสุดท้ายคือกลุ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 14 ($R^2 = 0.140$) และร้อยละ 2 ($R^2 = 0.020$) ตามลำดับ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงถึงพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 99.7 อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.8) และมีความเชื่อว่า ตนเองมีสุขภาพดี จึงมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ความเชื่อดังกล่าวเป็นการยอมรับของบุคคลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น นอกจากนี้ลักษณะของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยทั้งในมุมมองของพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วย ก็มีผลให้บุคคลเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมตามระยะต่างๆ โดยมีองค์ประกอบทางด้านสังคม และสภาพจิตใจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนั้น (Kasl & Cobb, 1985 : 528) ดังนั้นการที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย จึงอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อยู่ในภาวะความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร พรนฤสุวรรณและคณะ (2547 : 176) ที่พบว่าพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของบุคลากรสาธารณสุขสตรีก่อนวัยทองอยู่ในระดับพอใช้ โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน เพียงร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารมื้อกลางวันเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 91.5 และมีผู้รับประทานมื้อเช้าซึ่งเป็นมื้อที่สำคัญที่สุด เพราะร่างกายต้องการพลังงานจากอาหารเช้าเป็นหลัก เป็นประจำเพียง ร้อยละ 56.1 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งรับประทานอาหารว่าง 1 มื้อต่อวัน โดยอาหารว่างที่รับประทานส่วนใหญ่คือขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน เค้ก ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารจำพวก ผัก ผลไม้ นม เพียง 2 วันต่อสัปดาห์ และรับประทานอาหารผัด ทอด ถึง 3 -4 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งอาหารเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดโรคไร้เชื้อเรื้อรังทั้งสิ้น

กลุ่มตัวแปรคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสถิติไคสแควร์ พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่อายุ สถานะภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน และที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเมื่ออายุมากขึ้นกลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งอายุจะแสดงถึงวุฒิภาวะ พัฒนาการ ความสามารถ ความต้องการ และประสบการณ์ของบุคคล ผู้ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำเนื่องจากรายได้เป็นตัวกำหนดความสามารถในการได้มาซึ่งสิ่งสนับสนุนแหล่งประโยชน์ และสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของบุคคล และสถานะภาพสมรส มีผลต่อจำนวนเครือข่ายทางสังคมของบุคคล บุคคลที่สมรสจะมีเครือข่ายมากขึ้นทำให้มีแหล่งความช่วยเหลือ และแหล่งประโยชน์มากขึ้น (Gill, 1993 อ้างถึงในนิธยา บุญมาเลิศ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ จาริยะศิลป์ (2549) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง เพราะเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันพบว่าผู้ที่มีอายุการทำงานมานาน จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาในการทำงาน หรือประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับอายุ และรายได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช่นกัน

จากการศึกษาเชิงพหุพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเมื่อพยาบาลมีอายุมากขึ้น 1 ปี จะส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น 0.283 คะแนน ($B = 0.283$) อธิบายได้ว่าการที่บุคคลมีอายุต่างกันจะมีการรับรู้ต่างกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าย่อมเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะ มีพัฒนาการ ความสามารถ ความต้องการ และประสบการณ์ที่สูงขึ้น รวมทั้งเมื่อมีอายุมากขึ้น โอกาสของการเกิดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจะมีมากกว่าผู้ที่อายุน้อย และพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ดีในเรื่องของการบริโภคอาหารและสุขภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีขึ้น และอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้วุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ ผู้ใหญ่วัยทำงานมักจะมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าวัยอื่นๆ และอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะเพิ่มตามอายุสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าวัยสูงอายุ (Orem, 1991 : 283-241) สอดคล้องกับการศึกษาของวนลดา ทองใบ (2540 : 140) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ และการศึกษาของดวงพร สุดสุนทร (2546 : 81) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ฟูโตโสภณ (2540 : 149) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี อาจเนื่องจากการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยตัวอื่นๆ

จากการวิเคราะห์เชิงพหุพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพกับสถานะภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน รายได้และเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากผลการวิเคราะห์โดยการใช้อยู่สามประสิทธิสัมพันธแบบเพียร์สันและสถิติไคสแควร์ สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากอายุของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรายได้ ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาการทำงาน สถานะภาพสมรส และที่อยู่อาศัย ผู้ที่มีอายุมากขึ้น ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาการทำงานและรายได้ย่อมมากขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งสถานะภาพสมรสซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น ก็จะเปลี่ยนไปจากโสดเป็นสมรส เมื่อสมรสแล้ว ต้องมีการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย จากหอพักหรือห้องเช่าเป็นการไปอยู่บ้าน ซึ่งเป็นผลให้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป เช่นจากการหาซื้ออาหารสำเร็จรูปเพื่อการบริโภค การอยู่เป็นครอบครัวจะต้องมีการปรุงอาหารเอง ทำให้มีทางเลือกที่ดีขึ้นในการบริโภคอาหาร

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความเป็นเพศหญิง จะส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น 3.998 หน่วย ($B = 3.998$) เมื่อเทียบกับเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิง โดยเฉพาะผู้ที่สมรสแล้วมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว (Orem, 1985 : 220) และเพศหญิงมีความรู้และความสนใจในเรื่องของสุขภาพมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 8) ที่พบว่าบุคลากรเพศหญิงของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารดีกว่าเพศชาย และการศึกษาของสุกัญญา ฝัฒโสภณ (2540 : 141) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Christiane Stock, Lutz Wille and Alexander Kramer (2001 : 145) และ Christine Shannon *et al.* (2002 : 229-234) พบว่าเพศหญิงจะเลือกบริโภคอาหารโดยคำนึงถึงสุขภาพและน้ำหนักตัวมากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ E.A. O' conner, S. Friel and C.C. Kelleher (1997: 139) ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักและรูปลักษณ์แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับนิสัยการรับประทานอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเมื่อคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น 0.348 คะแนน ($B = 0.384$) ผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังแนวคิดที่ว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้นั้น จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นเสียก่อน เพราะความรู้ ความเข้าใจเป็นพื้นฐานของการคิด การไตร่ตรอง และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ ดังนั้นความรู้จึงมีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรง และทางอ้อม อันจะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตาม (Schwartz, 1975 อ้างถึงในบุศรินทร์ ประกอบธรรม, 2548 : 81) การที่บุคคลมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีและถูกต้อง ย่อมมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องหรือสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเช่นกัน (Bloom , 1975) ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 83) ที่พบว่าความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการศึกษาของวนลดา ทองใบ (2540 : 140) ที่พบว่าความรู้ของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอจังหวัดปทุมธานี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามแม้ผลจากการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.4) มีความรู้ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่มีกลุ่มตัวอย่างแค่ประมาณครึ่งหนึ่ง ที่ทราบถึงสัดส่วนของอาหารที่ควรหรือไม่ควรบริโภค เช่น ควรบริโภคคาร์โบไฮเดรต 6-8 ส่วนต่อวันหรือ กลุ่มตัวอย่างไม่ถึง 3 ใน 4 ที่ทราบว่าไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันที่พบได้ทั้งในพืชและในผลิตภัณฑ์จากสัตว์และกรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในหลักสูตรการเรียนการสอนไม่ได้เน้นการนำไปใช้และเมื่อจบการศึกษาไม่มีการทบทวนความรู้ในเรื่องของโภชนาการอีก นอกจากนี้ในทางปฏิบัติจริงๆแล้วพยาบาลกลุ่มตัวอย่างอาจ ไม่ได้นำความรู้ที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงรวมถึงมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่า

กลุ่มตัวแปรตามการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความสามารถของตนเอง

คนทั่วไปมักต้องการมีสุขภาพที่ดี และพยายามหลีกเลี่ยงอาการเจ็บป่วย ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงถูกกำหนดโดยการรับรู้ของบุคคลนั้นๆว่าเขามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งเป็นโรคที่เขาคิดว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด และพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะช่วยให้เขาหลีกเลี่ยงการเกิดโรสดังกล่าวได้เพียงใด เขามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวได้มากน้อยเพียงใด ในการทำพฤติกรรมนั้นๆมีปัญหาและอุปสรรค เช่น การเข้าถึงแหล่งบริการ การมีและเข้าถึงวัสดุ อุปกรณ์ ขัดแย้งกับขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชนหรือไม่เป็นต้น (Becker, 1974; Rosenstock, Shetcher and Becker, 1988; Bandura, 1977; พรทิพย์ เจริญสิทธิชัย, 2548 ; กันยา สุวรรณแสง, 2536) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่านอกจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพยาบาล และเป็นกลุ่มปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนี้ได้มากที่สุด ดังได้กล่าวมาแล้ว

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของปัจจัยต่างๆจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง แต่สูงกว่าตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ และเป็นตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่นๆ

จากผลการศึกษาพบว่าเมื่อพยาบาลมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะ ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้น 0.068 คะแนน ($B = 0.068$) การที่บุคคลรับรู้ ว่า สิ่งของตนเองปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อตนเอง และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญ การรับรู้ นี้ จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (สุปรียา ดันสกุล และคณะ, 2548 : 23-24 ; Rosenstock, 1974 : 328) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ฝไทโสภณ (2540 : 144) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการ ส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาของสุทธนิช หุณทสาร (2539 : 161-162) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ วาสนา สารการ (2544 : 63) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมบริโภค อาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยเมื่อคะแนนการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารลดลง 0.148 คะแนน ($B = -0.148$) การรับรู้ต่อ อุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ ตนเองในทางลบ เช่น อาจมีค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างซึ่งขัดกับ อาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งหรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรม สุขภาพ ดังนั้นการเลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริม สุขภาพ จึงเกิดจากการที่บุคคลมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่อาจ เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ โดยการรับรู้อุปสรรคจะส่งผลทางตรงต่อแนวโน้มการที่จะมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวอาจเป็นเพียงจินตนาการหรือเรื่องจริงก็ได้ ประกอบไปด้วย

การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มี ความไม่สะดวกหรือความลำบากของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987 : 65)

จากผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคส่วนใหญ่ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคือการหาซื้อยาก และการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 52.9)ปฏิบัติงานเวรผลัด ข้อยจำกัดของลักษณะงานทำให้การรับประทานอาหารผิดไปจากชีวิตประจำวันที่พักติ รวมทั้งมีวิถีชีวิตแบบสังคมเมืองที่มีชีวิตผูกติดกับเวลา ต้องรับประทานอาหารนอกบ้านในช่วงเวลาทำงาน และข้อจำกัดของที่พักอาศัยที่ไม่สามารถประกอบอาหารได้ โดยอาหารที่รับประทานส่วนมากเป็นอาหารที่ปรุงสำเร็จ ซึ่งอาจหาซื้อได้ง่ายในสังคมเมืองแต่อาจมีสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่และใช้ส่วนประกอบในการปรุงอาหารคุณภาพต่ำ จึงส่งผลให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิญ หุณหสาร (2539 : 161-162) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนนทบุรี และการศึกษาของวาสนา สารการ (2544 : 65) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของสุกัญญา ไพท โสภณ (2540 : 145) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยเมื่อคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง 0.230 คะแนน ($B = -0.230$) ซึ่งผลในการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามความคาดหมาย ที่ปกติแล้วผู้ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จะมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น เพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เพราะบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพของตน (Becker et al., 1974 : 354-355) ซึ่งการที่ผลการศึกษาค้นคว้าจากความคาดหมายคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ อาจเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้มีความรู้เรื่องโรค และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด

โรคไร้เชื้อเรื้อรังได้แก่กลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็งชนิดต่างๆเป็นอย่างดี และการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบ crosssectional survey study ไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดเกิดก่อน จึงอาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดีและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จึงมีการรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเอง ในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบาก และอาจต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา รวมถึงการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนทั้งด้านครอบครัว และการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าคุณนั้นรุนแรงมากเพียงใด แต่ถ้าไม่คิดว่าตนเองจะเป็นโรคนั้นๆ พฤติกรรมการป้องกันโรคดังกล่าวก็จะไม่เกิด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมสุขภาพ (Weinstein, ND, 2000 : 65-74)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยเมื่อคะแนนการรับรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น 0.272 คะแนน ($B = 0.272$) และยังเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่นๆ จากการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยจากการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเองและหาซื้อยาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในหอพัก แพลต ห้องเช่า มีข้อจำกัดในการปรุงอาหารรับประทานเอง รวมทั้งจากวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมเมืองและลักษณะงานทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องรับประทานอาหารนอกบ้านโดยรับประทานอาหารปรุงสำเร็จเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งส่วนประกอบในการปรุงอาหารมักมีคุณภาพต่ำ

และมีสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ รวมทั้งการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง รับประทานไข่ขาวแทนไข่ทั้งฟอง ซึ่งเป็นอาหารประเภทที่ต้องปรุงด้วยตนเอง หรือเป็นอาหารที่มีจำหน่ายเฉพาะที่เท่านั้น ทำให้ไม่สามารถเลือกบริโภคอาหารได้ตามต้องการ เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังถึงผลของการกระทำนั้น มีผลต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นของบุคคล (Bandura อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต : 2539 : 57-60) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นผลจากการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติในการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง และมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ แม้ว่าจะมีปัญหา อุปสรรคในการกระทำก็ตาม ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ต้องการได้ จะต้องมีความเชื่อมั่นสูงว่าตนเองสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ และสามารถเอาชนะปัญหาและอุปสรรคทั้งปวงที่จะมาขัดขวางไม่ให้เขาทำพฤติกรรมนั้นได้ (Pender, 1987 ; Bandura, 1977 : 84-85) อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลทำพฤติกรรมนั้นแล้ว แต่ประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง (Bandura, 1977: 84-85) และอาจมีผลให้บุคคลยุติการกระทำนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มต่างๆ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด (จิริรัตน์ เพชรทอง, 2540 ; Weigzed & Waller, 1990 : 23-44 อ้างในสุทธนิช หุณสาธ 2539 : 161 ; สมจิตรา เหมเกษ, 2539 : 119 ; สุทธนิช หุณสาธ, 2539 : 163 ; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538 : 44 ; สุดารัตน์ ขวัญเงิน, 2537 : จ)

กลุ่มตัวแปรตามปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยเมื่อคะแนนการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น 0.338 คะแนน ($B = 0.338$) จากการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุดเพียงร้อยละ 3.7 โดยการจัดหา จัดทำ ให้รับประทานอธิบายได้ว่า พยาบาลได้รับความคาดหวังจากบุคคลอื่นว่าควรดูแลสุขภาพของบุคคลรอบข้าง จากการที่สังคมรับรู้ว่าคุณกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสุขภาพ จึงควรที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม รวมทั้งจะต้องเป็นผู้ที่มีความตระหนักถึง ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และเป็นผู้ที่มีโอกาสได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมากกว่าอยู่แล้ว ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องของการบริโภคอาหารเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และผู้บังคับบัญชา จึงอาจมีไม่มากนัก การสนับสนุน ที่เห็นได้ชัดจึงเป็นการสนับสนุนจากครอบครัว โดยการปรุงหรือจัดหาให้รับประทานในกรณีที่พัก อาศัยอยู่กับครอบครัว และมีบุคคลผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเรื่องการเตรียมอาหารสำหรับทุกคน ในครอบครัวนั้น ส่วนในแง่การแนะนำ ดักเตือน และให้กำลังใจนั้น น่าจะอยู่ในส่วนของกลุ่ม ตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวที่ทำให้ต้องมีการดูแลตนเองเป็นพิเศษ ย่อมจะได้รับกำลังใจจากคนรอบ ข้างในการที่จะต้องปรับพฤติกรรม และการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สามารถสนับสนุน ชักจูง หรือ เอื้อให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำ หรือแรงสนับสนุนของผู้ให้ (สุปรียา ดันสกุล และคณะ, 2548 : 31) ผู้ที่มีการสนับสนุน ทางสังคมดี จะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเชื่อว่ามีคนให้ความรัก ให้การดูแลเอาใจใส่ สนใจ ยกย่อง หรือเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมซึ่งมีการติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ (Cobb, 1976 อ้างถึงในสุธีรัตน์ แก้วประโลม, 2538 : 75) และจากการได้ติดต่อ และสื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล สร้างความสนิท สนิทคุ้นเคย ทำให้มีโอกาสนึกถึงกันซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน นอกจากนี้การสนับสนุนทาง สังคมยังเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Orem, 1991 อ้างถึงในสุธีรัตน์ แก้วประโลม, 2538 : 75) และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพและ ช่วยป้องกันการเจ็บป่วย (Pender, 1987 : 396) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 73) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า การศึกษาของวนลดา ทองใบ (2540 : 169) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของคณานิสิตในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอจังหวัดปทุมธานี และการศึกษาของ สุทธานิจ หนูฆาธาร (2539 : 163) ที่พบว่าการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly et. al. (1991 : 311-320) ที่ พบว่าการสนับสนุนจากสังคมจากครอบครัวและบุคคลอื่นไม่สามารถทำนายแรงจูงใจและการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นการให้ข้อมูลจากผู้ตอบ ไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณ แต่ให้ออกาสกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยที่ผู้วิจัยไม่เข้าไปรบกวน ดังนั้นข้อมูลที่ได้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจึงน่าจะมีความถูกต้องสูง

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงของความเป็นเหตุเป็นผลได้ชัดเจน

จุดแข็งของงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความครอบคลุมและเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มเป้าหมาย
2. เป็นการใช่วิธีการทดสอบทางสถิติเชิงพหุ ฉะนั้นผลที่ได้จึงเป็นผลที่เกิดจากปัจจัยนั้น โดยไม่มีอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ
3. ผลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของกลุ่มปัจจัยร่วม 3 ปัจจัย โดยการใช้กรอบแนวคิด Precede-Proceed Framework มากำหนดเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย และเลือกศึกษาตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยต่างจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 652 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaires) และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาความสามารถในการทำนายของกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-39 ปี เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นโสด ร้อยละ 50.2 มีรายได้พอใช้และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 46.6 อาศัยอยู่ในหอพักของทางโรงพยาบาล ห้องเช่า แฟลต ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.2 มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 20 ปี และร้อยละ 52.9 ปฏิบัติงานเวรผลัด ส่วนสถานะสุขภาพพบว่าร้อยละ 65.3 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติคือมีค่าอยู่ระหว่าง

18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 71.8 ไม่ออกกำลังกาย และในกลุ่มผู้ที่ออกกำลังกายมีเพียงร้อยละ 25.4 ที่มีการออกกำลังกายได้ตามเกณฑ์คือออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 75.8 ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 23.6 มีโรคประจำตัวที่พบบ่อย 2 อันดับแรกคือโรคระบบทางเดินหายใจและภูมิแพ้ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในจำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ร้อยละ 85.1 มีการดูแลรักษาตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พบบ่อยที่สุดคือการออกกำลังกาย และการรับประทาน อาหาร ผลการตรวจร่างกายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 22.7 มีความผิดปกติของระดับคอเลสเตอรอล รองลงมาคือมีความผิดปกติของระดับความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าร้อยละ 3.3 เป็นผู้ที่มียกระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.7) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงถึงพอใช้ โดยมีผู้ที่รับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารมื้อกลางวันเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 91.5 และมีผู้รับประทานมื้อเช้าเป็นประจำเพียงร้อยละ 56.1 และพบว่า ร้อยละ 59.6 รับประทานอาหารเช้า โดยร้อยละ 48.5 รับประทานอาหารเช้า 1 มื้อต่อวัน รองลงมาร้อยละ 41.2 คือ 2 มื้อต่อวัน และร้อยละ 7.8 และ 2.5 คือ 3 มื้อต่อวัน และมากกว่า 3 มื้อต่อวันตามลำดับ ชนิดของอาหารว่างส่วนใหญ่ที่พยาบาลเลือกรับประทาน คือขนม ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน เค้ก ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน ไมโล โอวัลติน คิดเป็นร้อยละ 76.2 รองลงมาคือผลไม้ น้ำผลไม้ และชา กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 55.5 และ 25.6 ตามลำดับจากและจากการศึกษาพบว่าพยาบาลเลือกรับประทานอาหารโดยพิจารณาจาก คุณค่าทางอาหารมากที่สุด รองลงมาคือ ความสะอาด และรสชาติ

พิจารณาความถี่ในการบริโภคอาหารใน 1 สัปดาห์ พบว่าอาหารที่พยาบาลวิชาชีพบริโภคมากที่สุดร้อยละ 59.8 คือ ข้าวขาว ขนมปังขาว ขนมจีน รองลงมาร้อยละ 51.9 คือดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน และร้อยละ 26.4 ใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร ส่วนอาหารที่พยาบาลไม่บริโภคเลยใน 1 สัปดาห์ มากที่สุดร้อยละ 90.4 คือเครื่องดื่มชูกำลัง รองลงมาร้อยละ 88.9 คือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 84.2 คืออาหารสุกๆ ดิบๆ กลุ่มอาหารที่พยาบาลมีการบริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจำนวนมากที่สุดร้อยละ 78.5 คือเส้นใยอาหาร รองลงมาร้อยละ 50.5 คือบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ ส่วนกลุ่มอาหารที่พยาบาลมีการบริโภค

เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงจำนวนมากที่สุดร้อยละ 94.0 คือการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน รองลงมาร้อยละ 71.3 คือการบริโภคน้ำสะอาด

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 54.4 ของพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าข้อ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่พยาบาลตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 97.5 คือโปรตีนจากเนื้อปลาช่วยบำรุงสมองและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รองลงมาร้อยละ 97.2 คือข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้องมีใยอาหารมากกว่าข้าวขาว แต่พบว่าพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากยังขาดความรู้ในเรื่องอาหารที่จำเป็นในการป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ และโรคมะเร็ง โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 33.6 ที่ทราบว่าคลอเรสเตอรอลเป็นไขมันที่พบในผลิตภัณฑ์จากสัตว์เท่านั้น และร้อยละ 43.4 ที่ทราบว่าเกลือเป็นส่วนประกอบของอาหารที่มีอยู่ในธรรมชาติเช่น เนื้อไก่ ผักคะน้า กุ้งหอม และมีกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าครึ่งเพียงเล็กน้อยที่ทราบว่าควรบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต 6-8 ส่วนต่อวัน ผู้ที่มีคลอเรสเตอรอลสูงควรบริโภคไข่แดง ไข่เกิร์ตและนมเปรี้ยวเป็นอาหารบำรุงกระดูกและฟัน และมีกลุ่มตัวอย่างไม่ถึง 3 ใน 4 ที่ทราบว่าไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันที่พบได้ทั้งในพืชและในผลิตภัณฑ์จากสัตว์ และกรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 92.6 รับรู้ว่าการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไว้เชื้อเรื้อรังต่างๆ ได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยเฉพาะโรคกระดูกพรุน โรคมะเร็งชนิดต่างๆ และโรคเบาหวาน โดยมีเพียงร้อยละ 26.7 และร้อยละ 21.2 ที่ทราบว่าควรดื่มนมกรอบช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งทราบว่ารับประทานงา ข้าวโพด ลูกเดือยข้าวสาลี และโปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วน ประมาณ 1 ใน 3 ที่ทราบว่าการดื่มนมพร่องมันเนย น้ำเต้าหู้ และการรับประทานไข่ขาว ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงร้อยละ 9.7 ที่ทราบว่า การเลี่ยงอาหารผัดทอด ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน และร้อยละ

14.4 ที่ทราบว่าเครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ นอกจากนี้มีเพียงร้อยละ 23.2 ที่ทราบว่ารับประทานงา ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ มี 2 ประเด็นหลัก คือ การงดหรือละเว้นการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย และการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางถึงร้อยละ 95.8 โดยพบว่าชนิดของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าสามารถบริโภคได้มากที่สุด คืออาหารสุกๆดิบๆ คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาคืออาหารหมักดองเค็ม คิดเป็นร้อยละ 27.5 ส่วนชนิดของอาหารที่พยายามคิดว่าสามารถบริโภคเพื่อสุขภาพได้น้อยที่สุดคือข้าวกล้อง ขนมนึ่งโฮลวีท คิดเป็นร้อยละ 17.4 รองลงมาคือรับประทานไข่ขาวแทนไข่ทั้งฟองคิดเป็นร้อยละ 15.0

เมื่อนำอาหารชนิดต่างๆมาจัดเป็นกลุ่ม พบว่ากลุ่มอาหารที่พยายามคิดว่าสามารถบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุดคืออาหารกลุ่ม ผัก ผลไม้ คิดเป็นร้อยละ 55.6 และระดับต่ำที่สุดคือกลุ่มเส้นใยอาหาร คิดเป็นร้อยละ 35.9 ส่วนกลุ่มอาหารที่สามารถงดบริโภคได้มากที่สุด คือขนมขบเคี้ยวและอาหารเค็มจัด คิดเป็นร้อยละ 41.1

การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของพยายามอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด จากการศึกษาพบว่าอุปสรรคที่ทำให้พยายามสามารถบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพชนิดต่างๆได้สม่ำเสมอ คือ

กลุ่มเส้นใยอาหาร คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเองและหาซื้อยาก คิดเป็นร้อยละ 50.6และ46.2 ตามลำดับ

กลุ่มเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วชนิดต่างๆ คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเองและไม่ชอบ คิดเป็นร้อยละ 61.0 และ 45.2 ตามลำดับ

กลุ่มผักและผลไม้ต่างๆ คือ การอยู่แหวและการหาซื้อยาก คิดเป็นร้อยละ 22.1 และ 16.4 ตามลำดับ

กลุ่มงดอาหารไขมัน น้ำมัน กะทิ น้ำตาล คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเองและคิดในรสชาติของอาหาร คิดเป็นร้อยละ 73.2 และ 44.3 ตามลำดับ

กลุ่มงดขนมขบเคี้ยว และอาหารเค็มจัด คือ คิดในรสชาติของอาหาร และไม่ชอบ คิดเป็นร้อยละ 44.3 และ 20.6 ตามลำดับ

กลุ่มงดอาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง และคิดในรสชาติของอาหาร คิดเป็นร้อยละ 52.6 และ 51.8 ตามลำดับ

สรุปโดยรวมพบว่าการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง เป็นอุปสรรคสำคัญในการบริโภค/ไม่บริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ คิดในรสชาติของอาหาร และไม่ชอบ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.8 อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยพบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนมากที่สุดร้อยละ 14.3 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.5 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การบริโภคอาหารน้อยที่สุด คือ โรคมะเร็งชนิดต่างๆ

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 91.9 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งตับ มากที่สุดร้อยละ 65.3 รองลงมาคือโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 63.5 โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 62.5 และ 62.4 ตามลำดับ

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด โดยพบว่าพยาบาลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการบริโภค

อาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเพียงร้อยละ 10.7 รองลงมาคือเพื่อน เพื่อนร่วมงาน ญาติ และผู้บังคับบัญชา คิดเป็นร้อยละ 3.7, 2.9 และ 2.1 ตามลำดับ

สิ่งสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลพบว่า สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน มากที่สุดคือจัดหา จัดทำให้รับประทาน และแนะนำ ดักเตือน ให้กำลังใจ ส่วนจากผู้บังคับบัญชา ที่ได้รับมากที่สุด คือแนะนำ ดักเตือน ให้กำลังใจ รองลงมาคือข้อมูล (เอกสาร สิ่งพิมพ์)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปรอิสระซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน ที่อยู่อาศัยและ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่าหลังจากที่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว มี 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล และตัวแปรเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวน ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 35 ($R^2 = 0.35$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสูงที่สุด

กลุ่มตัวแปรแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ดีที่สุด คือร้อยละ 26.2 ($R^2 = 0.262$) รองลงมาคือกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ และกลุ่มตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 14 ($R^2 = 0.140$) และร้อยละ 2 ($R^2 = 0.020$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังมีสิ่งที่จะต้องปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติด้านสุขภาพในสังคมได้ การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพคือการรับรู้ความสามารถของตนเองและกลุ่มตัวแปรแบบ

แผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ จึงควรมีการจัดกิจกรรม โครงการต่างๆ โดยเลือกใช้โปรแกรมและกลวิธีทางสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายร่วมกับการพัฒนาองค์กร การสร้างความตระหนักและพัฒนาทักษะต่างๆ ในการบริโภคอาหารที่ดีมีคุณประโยชน์ต่อร่างกาย และมีการใช้แรงเสริมสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและหน่วยงานโดยมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน ดังนี้

1. การสร้างความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร โดยจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรเกิดการตื่นตัว และตระหนักต่อการให้ความร่วมมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดนิทรรศการ หรืองานเทศกาลอาหารเพื่อสุขภาพ ประกอบไปด้วย การจัดบอร์ดให้ความรู้ การจัดตัวอย่างของอาหารเพื่อสุขภาพ การเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ การจัดกิจกรรมการประกวดสุขภาพ การแข่งขันตอบปัญหาชิงรางวัล การจัดจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในราคาถูก อาทิ ผัก ผลไม้ปลอดสารพิษ เป็นต้น

2. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ในด้านความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่

2.1) การรณรงค์ให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี และคัดเลือกกลุ่มบุคลากรที่ตรวจพบความผิดปกติมาร่วมกิจกรรมหรือโครงการ โดยนำองค์ความรู้จากการวิจัยมาใช้ในการวางแผนกิจกรรม เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มและการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Self-Help group) เช่น การวางแผนหรือมาตรการในการควบคุมตนเอง ใช้การบันทึกการรับประทานอาหารเพื่อเฝ้าติดตามและประเมินผลพฤติกรรมการบริโภค หากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่วางไว้จะมีการพูดคุยเพื่อหาเหตุผลและร่วมกันแก้ปัญหา ถ้าปฏิบัติได้ตามแนวทางที่วางไว้พิจารณาให้รางวัล

2.2) การจัดอบรมความรู้ในเรื่องอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นระยะ ๆ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พ่อครัว แม่ครัว และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เพื่อให้บุคลากรกลุ่มนี้มีความรู้ ความเข้าใจ อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้เกิดจิตสำนึก และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง อาทิ พ่อครัว แม่ครัวของโรงพยาบาลจัดอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร รวมทั้งการจัดอาหารเบรคในการประชุมวาระต่าง ๆ เน้นการใช้ผัก ผลไม้ ไขมันน้อย ไขมัน ขนมหวาน อาหารปิ้งย่าง ของหมักดอง

2.3) จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ดีเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับสัดส่วนของอาหารที่ควรรับประทานไม่ดีเท่าที่ควร การเลือก ไม่เลือกรับประทานไขมันอิ่มตัว/ไม่อิ่มตัว คอลเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ธัญพืช มีอยู่ในอาหารประเภทใด จึงควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ในเรื่องเหล่านี้ รวมทั้งควรมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลเพื่อให้พยาบาลมีโอกาสพัฒนา ค้นคว้าข้อมูล ให้ทันสมัยนำข้อมูลมาใช้กับตนเอง ครอบครัว ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปได้

3. การสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยผู้นำองค์กรควรผลักดันนโยบายในรูปแบบของโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ให้สามารถเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรในองค์กรมีสุขภาพดี โดย

3.1) ควรสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดให้มีสถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ด้วยราคาที่สมเหตุสมผล การจัดบริเวณที่บุคลากรสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก สถานที่สะอาด บรรยากาศถ่ายเทได้ดี รสชาติของอาหารอร่อยและมีคุณภาพ กล่าวคือ เน้นอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ อาหารซึ่งมีเส้นใยสูง งด อาหารที่มีไขมัน แยกกะทิ อาหารปิ้งย่าง รมควัน ของหมักดอง ควรมีผลไม้จำหน่ายแทนขนมหวาน และเครื่องดื่มสมุนไพรและน้ำผลไม้แทนน้ำอัดลม

3.2) ควรมีการควบคุมและประเมินคุณภาพของร้านอาหารอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้อาหารที่มีคุณภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง กล่าวคือ การจำหน่ายอาหารที่มีรสชาติ ราคา และคุณภาพคงที่ ถูกหลักสุขภาพอาหาร ซึ่งจะส่งผลไปถึงความจงรักภักดีของผู้บริโภค และควรจัดให้มีการประกวดร้านอาหารสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการ และให้ตระหนักถึงความสำคัญของการที่มีผลต่อสุขภาพ

3.3) จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด และพักอาศัยในหอพักของทางโรงพยาบาล แฟลต ห้องเช่า ซึ่งที่พักอาศัยในลักษณะดังกล่าวที่ไม่เอื้ออำนวยในการประกอบอาหาร ทำให้ไม่ส่งเสริมความสามารถของพยาบาลในการประกอบอาหารรับประทานเอง ดังนั้นองค์กรควรสนับสนุนและคำนึงถึงความสะดวกในการซื้อหาอาหารมาประกอบเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยการจัดสถานที่ประกอบอาหารหรือห้องครัวในหอพัก มีภาชนะ เครื่องครัวต่าง ๆ บริการให้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเท่านั้น ควรใช้วิธีอื่นๆ ในการเก็บข้อมูลร่วมด้วยเช่นการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกอาหารที่บริโภค เพื่อให้ได้ข้อมูลครบทุกองค์ประกอบมากยิ่งขึ้น โดยเน้นมุมมองให้เห็นแนวโน้มของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและเป็นแนวทางให้ผู้บริหารกำหนด นโยบาย กลยุทธ์ และหากลวิธี ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อไป

2. ควรทำโปรแกรมโภชนศึกษา ศึกษาหารูปแบบในการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลให้เหมาะสมตามปัจจัยที่ได้จากการสำรวจ พร้อมทั้งติดตามและประเมินถึงประสิทธิผลของรูปแบบนั้นๆว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆได้หรือไม่

3. ควรขยายการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพไปยังบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมทั่วประเทศ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง กลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร (FACTORS AFFECTING EATING BEHAVIORS AMONG REGISTERED NURSES AT HOSPITALS UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTRY OF DEFENSE AFFAIRS IN BANGKOK)

ร้อยเอกหญิง คารินทร์ ฤกษ์ชัย 4536086 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : บุญบา สงวนประสิทธิ์, Ph.D, ชุติมา ศิริกุลชยานนท์, M.A., ธาราดี เก่งการพานิช, M.A.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในหญิงไทยลำดับที่ 2, 3 และ 5 ได้แก่ ความอ้วน โรคความดันโลหิตสูงและการมีภาวะไขมันในเลือดสูง (Wibulpolprasert S., 2005 : 124) ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยที่รับประทานอาหารแบบตะวันตกและบริโภคอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ความหลากหลายของอาหารลดน้อยลง มีการบริโภคเกินความจำเป็น ได้สัดส่วนของอาหารไม่ถูกต้อง (สมชาย ศุรงค์เดช, 2545 : 23) ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยอาศัยกลวิธีส่งเสริมสุขภาพ (สมชาย ศุรงค์เดช, 2545 : 7) ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการสร้างสุขภาพป้องกันไม่ให้เกิดโรคอยู่ในภาวะเจ็บป่วยโดยการควบคุมและกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคล จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) มีแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เปลี่ยนจากการเน้นเรื่องความเจ็บป่วย (Ill Health) มาสนใจในเรื่องการสร้างสุขภาพ (Health Promotion) โรงพยาบาลจึงต้องเพิ่มมิติของการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการให้บริการทางการแพทย์และพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยทำโรงพยาบาลให้เป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) บุคลากรในโรงพยาบาลเป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในทีมสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด (อัลฟา รี เสิร์ช, 2543 : 284) และเนื่องจากงานพยาบาลเป็นงานหนัก มีการปฏิบัติงานหมุนเวียน ซึ่งไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ อาจเป็นปัญหาต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลทำให้คุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง จากการสำรวจพบว่าปัญหาสุขภาพของพยาบาลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่นระดับคอเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ปัญหามีความรุนแรงมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยการใช้ Precede-Proceed Framework เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย และเลือกศึกษาตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัย ได้แก่ปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยต่างจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยคือ

1.1 ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การมีโรคประจำตัว รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน(การอยู่เวร) ที่อยู่อาศัย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

1.2 ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

1.3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

2.ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey study) ประชากร

ที่ใช้ในการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวนทั้งสิ้น 1,878 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบข้อมูลสัดส่วนและการสุ่มตัวอย่างง่าย(Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจากทั้ง 3 โรงพยาบาลจำนวน 652 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง(Self-Administered Questionnaires) และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาความสามารถในการทำนายของกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-39 ปี เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นโสด ร้อยละ 50.2 มีรายได้พอใช้ และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 46.6 อาศัยอยู่ในหอพักของทางโรงพยาบาล ห้องเช่า แฟลต ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.2 มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 20 ปี และร้อยละ 52.9 ปฏิบัติงานเวรพลัด ส่วนสถานะสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 65.3 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติคือมีค่าอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 71.8 ไม่ออกกำลังกาย และในกลุ่มผู้ที่ออกกำลังกายมีเพียงร้อยละ 25.4 ที่มีการออกกำลังกายได้ตามเกณฑ์คือออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 75.8 ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบมาก 2 อันดับแรกคือโรคระบบทางเดินหายใจและภูมิแพ้ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการตรวจร่างกายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 22.7 มีความผิดปกติของระดับคอเลสเตอรอล รองลงมาคือมีความผิดปกติของระดับความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าร้อยละ 3.3 เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.7) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงถึงพอใช้ โดยมีผู้ที่รับประทานอาหารเช้า มื้อหลัก 3 มื้อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารมื้อกลางวันเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 91.5 และมีผู้รับประทานมื้อ

เข้าเป็นประจำเพียงร้อยละ 56.1 และพบว่าร้อยละ 59.6 รับประทานอาหารว่าง ในจำนวนนี้ร้อยละ 48.5 รับประทานอาหารว่าง 1 มื้อต่อวัน รองลงมาร้อยละ 41.2 คือ 2 มื้อต่อวัน ชนิดของอาหารว่าง ส่วนใหญ่ที่พยาบาลเลือกรับประทานคือขนม ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน เค้ก ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน ไมโล โอวัลติน คิดเป็นร้อยละ 76.2 รองลงมาคือ ผลไม้ น้ำผลไม้ และชา กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 55.5 และ 25.6 ตามลำดับจากและจากการศึกษายังพบว่าพยาบาลเลือกรับประทานอาหารโดยพิจารณาจาก คุณค่าทางอาหารมากที่สุด รองลงมาคือความสะดวก และรสชาติ

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคมากที่สุดร้อยละ 59.8 คือข้าวขาว ขนมนึ่งขาว ขนมหิน รองลงมาร้อยละ 51.9 คือคัมน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน และร้อยละ 26.4ใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร ส่วนอาหารที่พยาบาลไม่บริโภคเลยใน 1 สัปดาห์ มากที่สุดร้อยละ 90.4 คือ เครื่องดื่มชูกำลัง รองลงมาร้อยละ 88.9 คือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 84.2 คืออาหารสุกๆดิบๆ และกลุ่มอาหารที่พยาบาลมีการบริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจำนวนมากที่สุดร้อยละ 78.5 คือเส้นใยอาหาร รองลงมาร้อยละ 50.5 คือบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ ส่วนกลุ่มอาหารที่พยาบาลมีการบริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงจำนวนมากที่สุดร้อยละ 94.0 คือการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน รองลงมาร้อยละ 71.3 คือการบริโภคน้ำสะอาด

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 54.4 ของพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากยังขาดความรู้ในเรื่องอาหารที่จำเป็นในการป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคมะเร็ง โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 33.6 ที่ทราบว่าคลอเรสเตอรอลเป็นไขมันที่พบในผลิตภัณฑ์จากสัตว์เท่านั้น และร้อยละ 43.4 ที่ทราบว่าเกลือเป็นส่วนประกอบของอาหารที่มีอยู่ในธรรมชาติเช่น เนื้อไก่ ผักคะน้า กลัวยหอม และมีกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งที่ทราบว่าควรบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต 6-8 ส่วนต่อวัน ผู้ที่มีคลอเรสเตอรอลสูงควรบริโภคไข่แดง โยเกิร์ตและนมเปรี้ยวเป็นอาหารบำรุงกระดูกและฟัน และมีกลุ่มตัวอย่างไม่ถึง 3 ใน 4 ที่ทราบว่าไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันที่พบได้ทั้งในพืชและในผลิตภัณฑ์จากสัตว์ และกรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 92.6 คิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เรื่อยๆ ได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยเฉพาะโรคกระดูกพรุน โรคเมตาบอลิซึมต่างๆ และโรคเบาหวาน โดยมีเพียงร้อยละ 26.7 และร้อยละ 21.2 ที่คิดว่าทรงคนรอบรอบ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งคิดว่าการรับประทานข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี และโปรตีนจากพืชเช่น ถั่ว เต้าหู้ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วน ประมาณ 1 ใน 3 ที่ทราบว่าการดื่มนมพร่องมันเนย น้ำเต้าหู้ และการรับประทานไข่ขาว ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงร้อยละ 9.7 ที่ทราบว่าการเลี่ยงอาหารผัดทอด ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน และร้อยละ 14.4 ที่ทราบว่าการงดเครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเมตาบอลิซึมต่างๆ นอกจากนี้มีเพียงร้อยละ 23.2 ที่ทราบว่าการรับประทานข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มี 2 ประเด็นหลัก คือ การงดหรือละเว้นการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย และการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางถึงร้อยละ 95.8 โดยพบว่าชนิดของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าสามารถงดบริโภคได้มากที่สุด คืออาหารสุกๆดิบๆ คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมา คืออาหารหมักดอง เค็ม คิดเป็นร้อยละ 27.5 ส่วนชนิดของอาหารที่พยาบาลคิดว่าสามารถบริโภคเพื่อสุขภาพได้น้อยที่สุด คือข้าวกล้อง ขนมนึ่งโฮลวีท คิดเป็นร้อยละ 17.4 รองลงมา คือการรับประทานไข่ขาวแทนไข่ทั้งฟองคิดเป็นร้อยละ 15.0

เมื่อนำอาหารชนิดต่างๆมาจัดเป็นกลุ่ม พบว่ากลุ่มอาหารที่พยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คืออาหารกลุ่ม ผัก ผลไม้ คิดเป็นร้อยละ 55.6 และระดับต่ำที่สุด คือกลุ่มเส้นใยอาหาร คิดเป็นร้อยละ 35.9 ส่วนกลุ่มอาหารที่สามารถงดบริโภคได้มากที่สุด คือขนมขบเคี้ยวและอาหารเค็มจัด คิดเป็นร้อยละ 41.1

การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด จากการศึกษาพบว่าอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลสามารถบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพชนิดต่างๆ ได้สม่ำเสมอ คือ

กลุ่มเส้นใยอาหาร คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง และหาซื้อยาก คิดเป็นร้อยละ 50.6 และ 46.2 ตามลำดับ

กลุ่มเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ถั่วชนิดต่างๆ คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเองและไม่ชอบ คิดเป็นร้อยละ 61.0 และ 45.2 ตามลำดับ

กลุ่มผักและผลไม้ต่างๆ คือ การอยู่เวรและการหาซื้อยาก คิดเป็นร้อยละ 22.1 และ 16.4 ตามลำดับ

กลุ่มงดอาหารไขมัน น้ำมัน กะทิ น้ำตาล คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเองและติดในรสชาติของอาหาร คิดเป็นร้อยละ 73.2 และ 44.3 ตามลำดับ

กลุ่มงดขนมขบเคี้ยว และอาหารเค็มจัด คือ ติดในรสชาติของอาหารคิดเป็นร้อยละ 44.3

กลุ่มงดอาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน คือการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง และติดในรสชาติของอาหาร คิดเป็นร้อยละ 52.6 และ 51.8 ตามลำดับ

สรุปโดยรวมพบว่าการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง เป็นอุปสรรคสำคัญในการบริโภค/ไม่บริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ ติดในรสชาติของอาหาร และไม่ชอบ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.8 อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยพบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนมากที่สุดร้อยละ 14.3 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.5 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหารน้อยที่สุดคือ โรคกระเพาะชนิดต่างๆ

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 91.9 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคกระเพาะมากที่สุดร้อยละ 65.3 รองลงมาคือ

โรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 63.5 โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 62.5 และ 62.4 ตามลำดับ

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด โดยพบว่าพยาบาลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเพียงร้อยละ 10.7 รองลงมาคือเพื่อน เพื่อนร่วมงาน ญาติ และผู้บังคับบัญชา คิดเป็นร้อยละ 3.7, 2.9 และ 2.1 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ ผู้ที่สมรสแล้วประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน ผู้ที่อยู่บ้านตนเองและความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่าหลังจากที่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว มี 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล และตัวแปรเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวน ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 35 ($R^2 = 0.35$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสูงที่สุด

กลุ่มตัวแปรแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ดีที่สุด คือร้อยละ 26.2 ($R^2 = 0.262$) รองลงมาคือกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ และกลุ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 14 ($R^2 = 0.140$) และร้อยละ 2 ($R^2 = 0.020$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงถึงพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 99.7 อาจเป็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.8) และมีความเชื่อว่า ตนเองมีสุขภาพดี ความเชื่อดังกล่าวทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น (Kasl & Cobb, 1985 : 528) ดังนั้นการที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย จึงอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อยู่ในภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุทุมพร พรนฤสุวรรณและคณะ (2547 : 176) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของบุคลากรสาธารณสุขสตรีก่อนวัยทองอยู่ในระดับพอใช้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์ ได้แก่ อายุ สถานะภาพสมรส ประสิทธิภาพในการทำงาน รายได้ เวลาในการปฏิบัติงาน และที่อยู่อาศัย โดยเมื่ออายุมากขึ้นกลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งอายุแสดงถึงวุฒิภาวะ พัฒนาการ ความสามารถ ความต้องการ และประสิทธิภาพของบุคคล ผู้ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยเนื่องจากรายได้เป็นตัวกำหนดความสามารถในการได้มาซึ่งสิ่งสนับสนุนแหล่งประโยชน์ และสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของบุคคล และสถานภาพสมรสมีผลต่อจำนวนเครือข่ายทางสังคมของบุคคล บุคคลที่สมรสจะมีเครือข่ายมากขึ้นทำให้มีแหล่งความช่วยเหลือ และแหล่งประโยชน์มากขึ้น (Gill, 1993 อ้างถึงในนิตยา บุญมาเลิศ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ จาริยะศิลป์ (2549) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง เพราะเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันพบว่าผู้ที่มีอายุการทำงานมานาน จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาในการทำงาน หรือประสิทธิภาพในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับอายุ และรายได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช่นกัน

จากการวิเคราะห์เชิงพหุพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพกับสถานภาพสมรส ประสิทธิภาพการทำงาน รายได้และเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากผลการวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์ สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากอายุของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรายได้ ประสิทธิภาพการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน สถานะภาพสมรส และที่อยู่อาศัย ผู้ที่มีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงาน ระยะเวลาการทำงานและรายได้น่าจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งสถานภาพการสมรสซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น สถานะภาพสมรสก็จะเปลี่ยนไปจากโสดเป็นสมรส ซึ่งเมื่อสมรสแล้ว ก็จะต้องมีการเปลี่ยนสถานที่อยู่อาศัย จากหอพักหรือห้องเช่าเป็นการไปอยู่บ้าน ซึ่งเป็นผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป เช่นจากการหาซื้ออาหารสำเร็จรูปเพื่อการบริโภค การอยู่เป็นครอบครัวจะต้องมีการปรุงอาหารเอง ทำให้มีทางเลือกที่ดีขึ้นในการบริโภคอาหาร

การศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศหญิง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงโดยเฉพาะผู้ที่สมรสแล้วมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว (Orem, 1985 : 220) และเพศหญิงมีความรู้และความสนใจในเรื่องของสุขภาพมากกว่าเพศชายสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 8) ที่พบว่าบุคลากรเพศหญิง

ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารดีกว่าเพศชาย และการศึกษาของสุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 141) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชายชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Christiane Stock, Lutz Wille and Alexander Kramer (2001 : 145) และ Christine Shannon *et al.* (2002 : 229-234) ที่พบว่าเพศหญิงจะเลือกบริโภคอาหารโดยคำนึงถึงสุขภาพและน้ำหนักตัวมากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ E.A. O' conner, S. Friel and C.C. Kelleher (1997: 139) ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักและรูปลักษณ์แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับนิสัยการรับประทานอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังเฝ้าคิดว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้นั้น จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นเสียก่อน เพราะความรู้ความเข้าใจเป็นพื้นฐานของการคิด การไตร่ตรอง และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ ดังนั้นความรู้จึงมีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรง และทางอ้อม อันจะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตาม (Schwartz, 1975 อ้างถึงในบุศรินทร์ ประกอบธรรม, 2548 : 81) การที่บุคคลมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีและถูกต้อง ย่อมมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมหรือสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเช่นกัน (Bloom , 1975) ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 83) ที่พบว่าความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการศึกษาของวนิดา ทองใบ (2540 : 140) ที่พบว่าความรู้ของคณงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามแม้ผลจากการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่มีกลุ่มตัวอย่างแค่ประมาณครึ่งหนึ่งที่ทราบถึงสัดส่วนของอาหารที่ควร/ไม่ควรบริโภค เช่น ควรบริโภคคาร์โบไฮเดรต 6-8 ส่วนต่อวันหรือ กลุ่มตัวอย่างไม่ถึง 3 ใน 4 ที่ทราบว่าไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันที่พบได้ทั้งในพืชและในผลิตภัณฑ์จากสัตว์และกรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในหลักสูตรการเรียนการสอนไม่ได้เน้นการนำไปใช้และเมื่อจบการศึกษาไม่มีการทบทวนความรู้ในเรื่องของโภชนาการอีก นอกจากนี้ในทางปฏิบัติจริงๆแล้วพยาบาลกลุ่มตัวอย่างอาจ ไม่ได้นำความรู้ที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงรวมถึงมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่า

กลุ่มตัวแปรตามการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความสามารถของตนเอง

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของปัจจัยต่างๆจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่นๆ

การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น เพราะการที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อตนเอง และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญ จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (สุปรียา ตันสกุล และคณะ, 2548: 23-24 ; Rosenstock, 1974: 328) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ผไทโสภณ (2540:144) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาของสุทธนิญ หนูทสาร (2539 : 161-162) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ วาสนา สารการ (2544 : 63) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากการรับรู้ต่ออุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองในทางลบ เช่น อาจมีค่าใช้จ่าย หรือขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งหรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการเลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จึงเกิดจากการที่บุคคลมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ (Pender, 1987 : 65) จากผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคส่วนใหญ่ของการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคือการหาซื้อยาก และการไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานเวรผลัด (ร้อยละ 52.9) ข้อจำกัดของลักษณะงานทำให้การรับประทานอาหารผิดไปจาก

ชีวิตประจำวันที่พักติ รวมทั้งมีวิถีชีวิตแบบสังคมเมืองที่มีชีวิตผูกติดกับเวลา ต้องรับประทานอาหารนอกบ้านในช่วงเวลาทำงาน และข้อจำกัดของที่พักอาศัยที่ไม่สามารถประกอบอาหารได้ โดยอาหารที่รับประทานส่วนมากเป็นอาหารที่ปรุงสำเร็จ ซึ่งอาจหาซื้อได้ง่ายในสังคมเมืองแต่อาจมีสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่และใช้ส่วนประกอบในการปรุงอาหารคุณภาพต่ำ จึงส่งผลให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิญ หุณฑสาร (2539 : 161-162) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนนทบุรี และการศึกษาของวาสนา สารการ (2544 : 65) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของสุกัญญา ไพบูลย์ (2540 : 145) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลในการศึกษครั้งนี้ไม่เป็นไปตามความคาดหมาย ที่ปกติแล้วผู้ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เพราะบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตน (Becker et al., 1974 : 354-355) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้มีความรู้เรื่องโรค และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไว้เป็นอย่างดีได้แก่กลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็งชนิดต่างๆเป็นอย่างดี และการศึกษากครั้งนี้เป็นแบบ crosssectional survey study ไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดเกิดก่อน จึงอาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ดีและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จึงมีการรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดี

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ แต่ถ้าไม่คิดว่าตนเองจะเป็นโรคนั้นๆ พฤติกรรมป้องกันโรคดังกล่าวก็จะไม่เกิด ซึ่งในการศึกษากครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลในการศึกษากครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมสุขภาพ (Weinstein, ND, 2000 : 65-74)

กลุ่มตัวแปรตามปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุดเพียงร้อยละ 3.7 โดยการจัดหา จัดทำให้รับประทาน ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลได้รับความคาดหวังจากบุคคลอื่นว่าควรดูแลสุขภาพของบุคคลรอบข้าง จากการที่สังคมรับรู้ว่าคุณลักษณะเป็นบุคลากรสุขภาพ จึงควรที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม รวมทั้งจะต้องเป็นผู้ที่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และเป็นผู้ที่มีโอกาสได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมากกว่าอยู่แล้ว ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องของการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และผู้บังคับบัญชา จึงอาจมีไม่มากนัก การสนับสนุนที่เห็นได้ชัดจึงเป็นการสนับสนุนจากครอบครัว โดยการปรุง หรือจัดหาให้รับประทานในกรณีที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวและมีบุคคลผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเรื่องการเตรียมอาหารสำหรับทุกคนในครอบครัวนั้น ส่วนในด้านการแนะนำ ดักเตือน และให้กำลังใจนั้น น่าจะอยู่ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวที่ทำให้ต้องมีการดูแลตนเองเป็นพิเศษ ย่อมจะได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างในการที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร สุตสุนทร (2546 : 73) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า การศึกษาของวนลดา ทองใบ (2540 : 169) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอจังหวัดปทุมธานี และการศึกษาของสุทรนิจ หุณหสาร(2539 : 163) ที่พบว่าการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly et. al. (1991:311-320) ที่พบว่าการสนับสนุนจากสังคมจากครอบครัว และบุคคลอื่นไม่สามารถทำนายแรงจูงใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นการให้ข้อมูลจากผู้ตอบ ไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณ แต่ให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยที่ผู้วิจัยไม่เข้าไปรบกวน ดังนั้นข้อมูลที่ได้ในส่วนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมจึงน่าจะมีความถูกต้องสูง

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงของความเป็นเหตุเป็นผลได้ชัดเจน

จุดแข็งของงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความครอบคลุมและเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มเป้าหมาย
2. เป็นการใช้วิธีการทดสอบทางสถิติเชิงพหุ ฉะนั้นผลที่ได้จึงเป็นผลที่เกิดจากปัจจัยนั้น โดยไม่มีอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ
3. ผลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การสร้างความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร โดยจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรเกิดการตื่นตัว และตระหนักต่อการให้ความร่วมมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดนิทรรศการ หรืองานเทศกาลอาหารเพื่อสุขภาพ ประกอบไปด้วย การจัดบอร์ดให้ความรู้ การจัดตัวอย่างของอาหารเพื่อสุขภาพ การเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ การจัดกิจกรรมการประกวดสุขภาพ การแข่งขันตอบปัญหาชิงรางวัล การจัดจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในราคาถูก อาทิ ผัก ผลไม้ปลอดสารพิษ เป็นต้น

2. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ในด้านความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่

2.1) การรณรงค์ให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี และคัดเลือกกลุ่มบุคลากรที่ตรวจพบความผิดปกติมาร่วมกิจกรรมหรือโครงการ โดยนำองค์ความรู้จากการวิจัยมาใช้ในการวางแผนกิจกรรม เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มและการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Self-help group) เช่น การวางแผนหรือมาตรการในการควบคุมตนเอง ใช้การบันทึกการรับประทานอาหารเพื่อเฝ้าติดตามและประเมินผลพฤติกรรมบริโภค หากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่วางไว้จะมีการพูดคุยเพื่อหาเหตุผลและร่วมกันแก้ปัญหา ถ้าปฏิบัติได้ตามแนวทางที่วางไว้พิจารณาให้รางวัล

2.2) การจัดอบรมความรู้ในเรื่องอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นระยะ ๆ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พ่อครัว แม่ครัว และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เพื่อให้บุคลากรกลุ่มนี้มีความรู้ ความเข้าใจ อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้เกิดจิตสำนึก และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง

2.3) จัดให้มีการอบรมให้ความรู้ในเรื่อง สัดส่วนของอาหารที่ควรรับประทาน การเลือกรับประทานอาหารที่ปราศจากคลอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันและประเภทของอาหารไขมัน รวมทั้งควรมีแหล่งสนับสนุนข้อมูลเพื่อให้พยาบาลมีโอกาสนำมาพัฒนา ค้นคว้าข้อมูล ให้ทันสมัยนำมาใช้กับตนเอง ครอบครัว ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปได้

3. การสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยผู้บังคับการควรผลักดันนโยบายในรูปแบบของโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ให้สามารถเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรในองค์กรมีสุขภาพดี โดย

3.1) ควรสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดให้มีสถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ด้วยราคาที่สมเหตุสมผล การจัดบริเวณที่บุคลากรสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก สถานที่สะอาด บรรยากาศถ่ายเทได้ดี รสชาติของอาหารอร่อยและมีคุณภาพ กล่าวคือ เน้นอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ อาหารซึ่งมีเส้นใยสูง งด อาหารที่มีไขมัน เก่งกะทิ อาหารปิ้งย่าง ร่มควัน ของหมักดอง ควรมีผลไม้จำหน่ายแทนขนมหวาน และเครื่องดื่มสมุนไพรและน้ำผลไม้แทนน้ำอัดลม

3.2) ควรมีการควบคุมและประเมินคุณภาพของร้านอาหารอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้อาหารที่มีคุณภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง กล่าวคือ การจำหน่ายอาหารที่มีรสชาติ ราคา และคุณภาพสูงที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งจะส่งผลไปถึงความจงรักภักดีของผู้บริโภค และควรจัดให้มีการประกวดร้านอาหารสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการ และให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีผลต่อสุขภาพ

3.3) จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด และพักอาศัยในหอพักของทางโรงพยาบาล แพลต ห้องเช่า ซึ่งที่พักอาศัยในลักษณะดังกล่าวที่ไม่เอื้ออำนวยในการประกอบอาหาร ทำให้ไม่ส่งเสริมความสามารถของพยาบาลในการประกอบอาหารรับประทานเอง ดังนั้นองค์กรควรสนับสนุนและคำนึงถึงความสะดวกในการซื้อหาอาหารมาประกอบเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค โดยการจัดสถานที่ประกอบอาหาร หรือห้องครัวในหอพัก มีภาชนะเครื่องครัวต่าง ๆ บริการให้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเท่านั้น ควรใช้วิธีอื่นๆ ในการเก็บข้อมูลร่วมด้วยเช่นการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกอาหารที่บริโภค เพื่อให้ได้ข้อมูลครบทุกองค์ประกอบมากยิ่งขึ้น โดยเน้นมุมมองให้เห็นแนวโน้มของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและเป็นแนวทางให้ผู้บริหารกำหนด นโยบาย กลยุทธ์ และหากลวิธี ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อไป

2. ควรทำโปรแกรมโภชนศึกษา ศึกษาหารูปแบบในการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลให้เหมาะสมตามปัจจัยที่ได้จากการสำรวจ พร้อมทั้งติดตามและประเมินถึงประสิทธิผลของรูปแบบนั้นๆว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆได้หรือไม่

3. ควรขยายการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพไปยังบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมทั่วประเทศ

FACTORS AFFECTING EATING BEHAVIORS AMONG REGISTERED NURSES AT
HOSPITALS UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTRY OF DEFENSE AFFAIRS IN
BANGKOK

CAPT.DARIN LUECHAI 4536086 PHPH/M

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

THESIS ADVISORS: BOOSABA SANGUANPRASIT, Ph.D., CHUTIMA SIRIKULCHAYANONTA,
M.D., THARADOL KENGGANPANICH, M.A.

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Significance of the Problem

The second, third and the fifth risk factors causing premature disability and death among Thai women are obesity, high blood pressure and high cholesterol (Wibulpolprasert S., 2005 : 124). This situation caused partly by eating behaviors of Thai people that higher number of them favored to have western and ready-to-eat foods, as well as the decreased variety of foods, over eating and non-balanced diet (Somchai Durongdech, 2002 : 23). Those problems mentioned can be prevented by modifying people's eating behaviors through health promotion strategy (Somchai Durongdech, 2002 : 7). Health promotion is a strategy that aims to promote health and prevent an individual from being illness by controlling and getting rid of various risk factors affecting individual's health through modifying his/her own behaviors. According to the Ninth National Health Plan (B.E. 2545-2549), the concept of health system reform has been changed from the focus on "ill health" to "health promotion". Therefore, hospitals need to add health promotion to their present medical services and to develop the hospitals to be health promoting hospitals. The hospitals should be the examples of the healthy workplaces and the hospital staff must be the good role models of performing good health promoting behaviors.

Registered nurses are counted as the largest numbers of the medical staff in the health team (Alpha Research, 2000 : 284). Because nursing is a hard work and their assigned performance has been rotated continuously, this situation is not conducive to normal lifestyle. It may create the obstacles for performing correct health behaviors and may lead to their lower quality of life as well as job efficiency. The data from the surveys showed that most of the health problems found among nurses related to eating behaviors, for example, high cholesterol, high blood pressure, diabetes mellitus, etc. If their eating behavior have not been changed the problems will be more severe. Therefore, the researcher was interested in studying eating behavior for promoting health and the factors affecting eating behaviors among the registered nurses working in the hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Defense Affairs. The Precede Proceed Framework was applied for developing the research conceptual framework. The variables were selected from each group of the factors in regard to general socio-demographic characteristics, and various factors derived from the application of Self Efficacy Theory, Health Belief Model and Social Support.

Variables

1. Independent Variables :

1.1 Socio-Demographic Characteristics : age, sex, marital status, education, work experience, chronic illness, income, work schedule, residence, and knowledge about eating for promoting health.

1.2 Factors Regarding Health Belief Model and Self Efficacy Theory : perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy to eat for promoting health, perceived susceptibility, and perceived severity of the illness.

1.3 Social Support : the supports that the subjects received from family members, relatives, friends, co-workers and superiors.

2. Dependent Variable : eating behaviors for promoting health

Research

This research was a cross-sectional survey study. The population of the study consisted of 1,878 registered nurses working in the hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Defense Affairs, in Bangkok. Those hospitals included Phramongkutklo Hospital, Bhumibol Adulyadej Hospital, and Somdejprapinklao Hospital. The appropriate sample size was derived from computing the sample size formula with known-proportional data and simple random sampling was carried on. The total of 652 sampled nurses were drawn from the 3 hospitals. Data were collected by using self-administered questionnaires and were analyzed by using the statistics as frequency, percentage, means, and standard deviation. The relationship between variables was tested by Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The power of the variables to predict eating behaviors for promoting health of the sampled registered nurses was tested by computing multiple regression analysis.

Research Results

It was found that most of the registered nurses aged between 21-39 years, were females, were Buddhists, and finished bachelor degree. About half of sample were single; 50.2% had adequate income and had savings ; 46.6% lived in the hospital dormitories, apartments, flats ; 74.2% had less than 20 years of work experience ; and 52.9% had rotated work schedule. Regarding health status, it was found that 65.3% had normal body mass index ($18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$) ; 71.8% did not perform any exercise and among those who had performed exercise only 25.4% had performed exercise properly in accordance with the criteria which are 30 minutes of exercise and at least 3 times a week; 75.8% did not have any chronic illness and the first two chronic illnesses found most were respiratory tract disease and allergy and cardiovascular diseases; the results of their past year physical examination showed that 22.7% had problem about cholesterol level and the other health problems found were the abnormal levels of blood pressure, triglyceride and blood sugar. It was found that 3.3% had high blood pressure level.

Eating Behaviors for Promoting Health Among the Registered Nurses

The high percentage of them (99.7%) had eating behaviors at the level of “Need to be improved-moderate”. It was found that 47.1% had consumed 3 meals a day; 91.5% consumed lunch regularly; and only 56.1% consumed breakfast regularly. Regarding snack consumption, it was found that 59.6% consumed snack whereby 48.5% of this group consumed 1 snack per day while 41.2% consumed snack 2 times a day. Most of the snack consumed were sweet meals, fried flour-snacks, cake, ice cream, soda beverages, sweet-beverages, milks, oval tins (76.2%) while 55.5% and 25.6% respectively consumed fruits, fruit juice and coffee, tea. It was found that most of the sampled nurses had selected the food in accordance with the nutrient quality and the next factors were cleanliness and taste respectively.

During the past 1 week, 59.8% of the sampled nurses mentioned that they have consumed most of the following foods: white rice, white bread, and Thai-style noodles (Khanomjeen), 51.9% had 6-8 glasses of water per day; and 26.4% used vegetable oil for cooking. The foods that the sample did not eat at all during the last week were: power-strengthened beverages (90.4%); alcoholic beverages (88.9%); and half cooked foods. The foods for promoting health that the sampled group consumed least were high-fibre foods (78.5%); lean meat, low-fat milk and beans (50.5%). The foods for promoting health that the sampled nurses consumed mostly were: do not consume any alcoholic beverages or caffeine (94.0%) and drinking clean water (71.3%).

Knowledge About Eating for Promoting Health

It was found that 54.4% of the sample nurses had “high level” of knowledge about eating for promoting health. However, it was found that most of them still lacked knowledge about essential foods for preventing various chronic diseases, for example, high blood pressure, diabetes, high blood cholesterol, cardiovascular diseases, and cancer. Only 33.6% knew that cholesterol is a kind of fat that was found only in animal products while 43.4% knew that salt is the substance that is found in the natural foods, for example, chicken, Chinese cabbage, and

banana. About half of the sample knew that they should consume carbohydrates 6-8 portions per day, the persons who have high cholesterol level should avoid consuming yolk egg ; and yoghurt and sour milk are good for healthy bones and teeth. There were less than three third of the sampled nurses who knew that : one should not consume sugar more than 4 table spoons per day ; triglyceride is the fat that can be found in both vegetables and animal products ; and unsaturated vegetable fat help preventing cardiovascular diseases.

Perceived Benefits of Eating for Promoting Health

The high percentage of the registered nurses (92.6%) thought that eating health promoting food will have least effect on helping people to be healthy and to lower the onset of some non-communicable diseases especially osteoporosis, various types of cancer, various types of cancer, and diabetes mellitus. There were 26.7% and 21.2% of the respondents who thought that avoiding of junk snacks will help lowering the risk of the onset of high cholesterol and cardiovascular disease respectively. About half of the respondents thought that consuming sesame, corn, wheat, Job's tears seeds, and vegetable protein, e.g. beans, tofu, etc. will help reducing the risk of getting obesity. About one third of the respondents thought that consuming low-fat milk, soybean milk, and white egg will help lowering the risk of having high blood pressure. There were only 9.7% of them responded that avoiding fried food will help lowering the risk of having diabetes while 14.4% knew that not consuming organ meats (for example, liver, kidney, brain, etc.) and meat with some part of fat will help reducing the risk of having various types of cancer. There were only 23.2% who knew that eating sesame, corn, Job's tears seeds and wheat will help reducing the risk of getting osteoporosis.

Perceived Self-Efficacy to Eat the Health Promoting Foods.

There were 2 main issues regarding perceived self-efficacy to consume the foods that promote health, avoiding the foods, that are not good for health and consuming the foods that are good for health. Generally, it was found that 95.8% of the sampled nurses had “low level” to “moderate level” of perceived self-efficacy to

eat the health promoting foods. The foods that the respondents mentioned that they can avoid most were the half-cooked foods (59.8%) and fermented / salted foods (27.5%). The foods that they least were brown rice, whole wheat bread (17.4%) and white egg instead the whole egg (15.0%).

In regard to the food group, it was found that the food group that the registered nurses had the “high level” of perceived self-efficacy to eat was “vegetables and fruits” group (55.6%) while the “fibre” group was the group that 35.9 percent of the respondents perceived that they hold self-efficacy to eat. The food group that they can stop eating was “junk snacks and high-salted foods” (41.1%)

Perceived Barriers of Eating Health Promoting Foods

Low level of perceived barriers of eating for promoting health among all sampled registered nurses was found. The following barriers were mentioned by the respondents in regard to being able/unable to eat the foods for promoting health :

- “Fibre” group : Did not prepare foods by themselves and it was difficult to find the food, 50.6% and 46.2% respectively
- “Lean meat, low-fat milk, beans” group : Did not prepare foods by themselves and did not like, 61.0% and 45.2% respectively.
- “Vegetables and fruits” group : Had to work and this food group is not available, 22.1% and 16.4% respectively.
- “Avoiding high fat-foods, oil, coconut milk, sugar” group : Did not prepare foods by themselves and the foods taste good, 73.2% and 44.3% respectively.
- “Avoiding junk snacks, high salted foods” group : the foods taste good (44.3%).
- “Avoiding contaminated foods” groups : Did not prepare foods by themselves and the foods taste good, 52.6% and 51.8% respectively.

In conclusion, “did not prepare foods by them selves” was the important barrier for eating, not eating for promoting health and the next barriers found were “good taste” and “dislike”.

Perceived susceptibility of Getting Diseases

Perceived susceptibility of getting diseases among most of the registered nurses was at the “low-moderate level” (96.8%). Obesity was the disease that 14.3% of the respondents perceived that they may get a chance to have. The next disease was high blood pressure (13.5%). The lowest percentage of the respondents perceived that various types of cancer may occur due to eating behaviors.

Perceived Severity of Diseases Related to Eating Behaviors

Most of the sampled nurses had “moderate-high level” of perceived severity of diseases related to eating behavior (91.9%). The highest percentage of the respondents perceived the severity of having liver cancer (65.3%). The next diseases that they perceived their severity were breast cancer (63.5%); cerebrovascular diseases ; and colon cancer (62.4%).

Social Support Received from Other Persons

The low level of social support was found to be received by all of the sampled nurses as regard to eating for promoting health. There were 10.7% of the respondents who indicated that they have received support from their family members. Other supporters were friends, co-workers, relatives and superiors, 3.7%, 2.9% and 2.1% respectively.

Factors Relating Eating Behaviors.

The following factors were found to be significantly relating eating behaviors of the registered nurses.

Socio-demographic characteristics. The factors regarding age, marital status, work experience, income, work schedule, staying at their own houses, and

knowledge about eating for promoting health were found to have positive relationship with eating behaviors. The significant relationship was found at the 0.05 level.

Factors regarding Health Belief Model and Perceived self-efficacy.

The factors that were found to have significantly positive relationship with eating behaviors were perceived benefits and perceived self-efficacy ($p < 0.05$). But the factors that were found to have significantly negative relationship with eating behaviors were perceived barriers of performing eating behavior and perceived susceptibility of getting diseases ($p < 0.05$).

Social support. It was found that receiving support family members and support from relatives have significantly positive relationship with eating behavior of the sampled nurses ($p < 0.05$).

Factors That Can Predict Eating Behaviors.

According to the multiple regression analysis, after controlling other variables it was found that 8 variables, those are age, sex, knowledge about eating for promoting health, perceived benefits of performing eating behaviors, perceived barriers of performing eating behaviors, perceived susceptibility of getting diseases, perceived self-efficacy and receiving social support from family members, related significantly with eating behaviors of the sampled nurses and could be used to explain the variance of eating behaviors of the sampled nurses 35.0% ($R^2 = 0.35$). It was also found that perceived self-efficacy was the factor that mostly affected the eating behaviors.

The variables in the group of the Health Belief Model, which were perceived benefits of performing eating behaviors, perceived barriers of performing eating behavior, perceived susceptibility of getting diseases, perceived severity of diseases, and perceived self-efficacy, could be used to explain the variance of eating behavior 26.2% ($R^2 = 0.262$). The next variable groups that could be used to explain the variance of eating behaviors were socio-demographic characteristics 14% ($R^2 = 0.14$) and social support 2.0% ($R^2 = 0.020$).

Discussion

The results of the study showed that the high percentage of the registered nurses had eating behaviors at the “Need to be improved-moderate level” (99.7%). This finding may be due to the fact that most of respondents were healthy with no chronic illness (75.8%). They also believed that they are healthy, therefore this belief influenced their behaviors (Kasl & Cobb, 1985 : 528). Therefore, the low level of eating behaviors of the registered nurses found should be due to their present good health status. This finding was consistent with the study of Utumporn Pornnaruesuwan et al. (2004: 176), which was found that health promoting behaviors in regard to nutrition of pre-menopause public health personnel were at the moderate level.

According to the Pearson’s Product Moment correlation Coefficient analysis and Chi-square test, the significant relationship at the 0.05 level was found between eating behaviors of the registered nurses and the following factors : age, marital status, work experience, income, work schedule, and residence. It was found the higher the age of the respondents was their eating behaviors were. The additional years to age showed the maturity, development, ability, needs, and experience of the individuals. It was also found that the respondents who had high income performed better eating behaviors than those who had lower income. This finding was due to the fact that income is the indicator of ability to get the supportive resources and the necessary things for living of individuals. The same as marital status, it affected the number of social networking of individuals. Those who are married were found to have higher numbers of social networking so they have more supports and more resources (Gill, 1993 cited in Nitaya Bunmalers, 1999). This finding was agreed with the study of Wanpen Jariyasilp (2006) which was found that there was a relationship between age and health promoting behaviors among the high blood pressure-risk group because when persons were more mature they could be able to make good decisions for good alternatives and could make correct decisions for performing health behaviors. It was also found that those who had longer years of work had better eating behaviors. This finding may be due to

the fact that there was a relationship between working duration or work experiences and age and income whereas these two factors also related with eating behaviors.

As the multiple regression analysis showed the non-significant relationship between eating behaviors of the registered nurses and the following factors : marital status, work experience, income and work schedule, which is different from the analysis made by using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Chi-square test, it showed that the relationship between these factors and eating behaviors was intervened by age of the sampled group. Because age is the factor that related positively with income, work experience, working duration, marital status, and residence. For those who get older, their marital status will be changed from "single" to "married" and after they were married their residence was changed from "dormitory" to "house". These changes affected their eating behaviors, for example, from "buying ready-to-eat foods" to "preparing foods by themselves", which means that they have better alternative for eating.

The results of this study showed that females had better eating behaviors than males. This finding may be due to the fact that among the females especially those who are married, they took their responsibility for taking a good health-care for their family-members (Orem, 1985 : 220) and females usually hold better knowledge about and interest in health than males. This finding was agreed with the study carried out by Duangporn Sutsunton (2003: 8), that was found that female personnel of Phramongkutklao Hospital had performed better eating behaviors than male personnel. The similar finding was also found in the study of Sukunya Phathaisopon (1997 : 141), who studied health promoting behaviors of public health personnel and found that health promoting behaviors of females were better than males. This finding was consistent with the studies carried out by Stock Christiane, Wille, Lutz and Kramer, Alexander (2001 : 145) and Shannon, Christine et al. (2002 : 229-234) which were found that females selected the foods in accordance with their concerns about their health and their body weight, more than the males. But this finding was not agreed with the study of O'conner, E.A., Friel, S., and Kellekher, CC. (1997 : 139),

which was found that females worried about their body weight and body image but their worry did not relate with their eating habit.

As it was found that there was a positive relationship between eating behaviors of registered nurses, this finding emphasized the concept that in order to be able to practice appropriate behaviors a person needs to have correct knowledge and understanding about that behaviors to be performed because knowledge and understanding are the foundations of thinking, consideration and decision making to perform or not perform that behavior. Therefore, knowledge affected behavior directly and indirectly which will lead the person to change his/her behavior (Schwartz, 1975 cited in Busarintr Pragorbthum, 2005 : 81). If a person holds adequate and correct health knowledge he/she will be likely to perform the behaviors or be able to apply knowledge into behaviors for preventing and promoting health appropriately (Bloom, 1975). This finding was congruent with the study carried out by Duangporn Sutsunthorn (2003 : 83) that was found that there was a positive relationship between knowledge of nursing personnel and their health promoting behaviors in regard to food consumption. The study of Wanalada Tongbai (1997: 140) was also agreed with this study, that was found that knowledge of female workers working in the industrial textile factories in Patumthani Province related significantly with their health promoting behaviors. However, even though it was found that most of the sampled nurses had high level of knowledge regarding eating for promoting health but about half of them knew about the proportion of food that should/or should not be consumed, for example, one should consume 6-8 portions of carbohydrate per day, or less than three fourth of the respondents know that one should not consume sugar more than 4 table spoons per day ; triglyceride is the fat that can be found in both vegetables and animal products ; and unsaturated fatty acid in vegetable oil can help prevent cardiovascular diseases. This finding may be due to the fact that teaching and learning curriculum of nursing students has not been emphasized on the application of the knowledge learned into practices and after the nursing students graduated they did not review their knowledge about nutrition at all. In addition, in the real practices the nurses may not apply their knowledge and also, there are other factors that can affect their eating behaviors.

The Factors Derived from the Application of Health Belief Model and Self-Efficacy Theory

The analysis of the relationship between the factors derived from the application of Self Efficacy Theory and Health Belief Model showed that positive relationship was found between perceived benefits of eating behaviors, perceived self-efficacy to perform eating behaviors and eating behaviors while significantly negative relationship was found between perceived barriers of performing eating behaviors, perceived susceptibility of getting diseases and eating behaviors of the sampled nurses. It was found that there was no relationship between perceived severity of getting diseases and eating behaviors. Perceived self-efficacy was found to be the factor that can mostly predict eating behaviors of the registered nurses, comparing to other variables.

Perceived benefits of eating for promoting health will lead the person to better eating behaviors because he/she perceived that his/her behaviors are beneficial for himself-herself. That benefit will also be important in reinforcing the person to repeat those behaviors (Supreeya Tunskul et al., 2005 : 23-24; Rosenstock, 1974 : 328). This finding was congruent with the study of Sukunya Phathaisopon (1997: 144), who found that perceived benefits of performing health promoting behaviors related significantly with health promoting behaviors of public health personnel. The study of Suthanij Huntasarn (1996 : 161-162) was also found that perceived benefits of performing health promoting behaviors had significantly positive relationship with health promotion behavior. The similar finding was found in the study carried out by Wasana Sarakarn (2001 : 63) which was found that perceived benefits of health promoting behaviors of female workers working industrial textile factories related positively with health promoting behaviors.

Perceived barriers of performing eating behaviors was found to relate negatively with eating behavior. Because perceived barriers is the person's negative expectation about performing health behaviors, for example, the cost of performing that behavior, the behavior is against his/her occupation or lifestyle which created conflict or avoiding behaviors, etc. Therefore, decision to perform or not perform

eating behaviors is the outcome of persons' assessment of benefits and barriers that might be occurred (Pender, 1987 : 65). The results of the study showed that the most barriers found were the difficulty of getting the proper foods and they did not prepare the food by them selves, which may be due to their work schedules (52.9%). The limitation about their job characteristics made their eating changed from the normal daily living coupled with the urban lifestyles that forced people stuck with time so they have to eat outside during their work. Besides, because of the limitation about the residency they could not prepare foods at home. So most of them bought the ready-to-eat food which could be get easily but it contained unbalanced nutrients as well as low quality ingredients. This situation caused the sampled group performed improper eating behaviors. This finding was agreed with the study carried out by Suthanj Huntasarn (1996 : 161-162), that was found that there was a negative relationship between perceived barriers of performing health promoting behaviors and health promoting behaviors of menopause women in the Province of Nontaburi. The similar finding was also found in the study carried out by Wasana Sarakarn (2001 : 65) which was found that there was a negative relationship between perceived barriers and health promoting behaviors among female workers in the industrial textile factories. Another similar finding was also found in the study of Sukunya Phathaisopon (1997 : 145), who found the negative relationship between perceived barriers to perform health promoting behaviors and health promoting behaviors among public health personnel.

Perceived susceptibility of getting diseases was found to have negative relationship with eating behaviors of the registered nurses. This finding was opposite to the expectation that those who hold high level of perceived susceptibility of getting diseases normally should perform better health behaviors since they wanted to avoid health problems. According to the concept of the Health Belief Model, perceived susceptibility of getting illness is the important factor that had more influence on health behaviors than other factors because the people who had a high level of perceived susceptibility will realize the importance of being healthy and will perform disease preventive and health promoting behaviors (Becker et al., 1974 : 354-355). However, for this study, because the sampled nurses have proper knowledge about diseases and risk factors that cause chronic diseases, for example,

diabetes mellitus, high blood pressure, cardiovascular diseases, cancer, etc. and this study was a cross-sectional survey study so it can not be identified what factor occurred first. It may be concluded that the registered nurses who have already performed unhealthy eating behaviors and could not changed their behaviors, have perceived that they were susceptible to get illness more than those who performed healthy eating behaviors.

Perceived severity of getting diseases was found to did not relate with eating behaviors of the sampled nurses. However, if the person does not think that he/she will have that disease, he/she will not perform disease preventive behaviors. According to this study, low level of perceived susceptibility of getting illnesses diseases related to eating behaviors, therefore this situation may be the reason why there was no relationship between perceived severity of and eating behaviors. This finding was congruent with the findings of previous researches regarding perceived severity of getting illnesses/diseases and health behaviors (Weinsteing, ND, 2000 : 65-74).

The Factors in the Social Support Variable

The study showed that all sample nurses received supports from various groups of people at the low level. Only 3.7% received supports from family members in regard to getting and preparing foods for them. This finding may be due to the expectation of other persons that nurses should take health care of other persons surrounding them. Since the society perceived that nurses are the health personnel so they should be able to perform their health behaviors properly and correctly and they should be aware of the importance of taking a good care of their own health as well as have more opportunity to receive health information, therefore, these nurses should receive only few supports from family members, relatives, friends and their superiors at work. The explicit supports that they received were from their families in regard to preparing or getting the foods for them in case that they stay with their families and there were some persons who were responsible for preparing foods

for the family members. Regarding receiving suggestions, reminding and psychological support, these supports should be found in the group who had chronic diseases who need special self-care. The encouragements that they received from surrounding people will help them to change their behaviors and perform self-care in order to maintain their health status. This finding was similar of the study by Duangporn Sutsumthorn (2003: 73) which found that there was a positive relationship between social support from other people and eating behaviors of nursing personnel in Phramongkutklao Hospital. Similar finding was also found in the study of Wanalada Tongbai (1997: 169), which was found that there was a relationship between social support and health promoting behaviors of female workers in the industrial textile factories in Patumthani Province. Another similar finding was found in the study by Suthanij Hunthasarn (1996: 163), who found that receiving suggestions and supports from other persons related with health promoting behaviors. However, this finding was not agreed with the study of Kelly et al. (1991 : 311-320), which was found that social supports from family members and other persons can not be used to predict motivation and health promotion behavioral changes among patients.

Limitation of the Study

1. The data of this study were collected by employing questionnaires whereas the respondents gave the information but their eating behaviors have not been observed due to the limitation of time and budget. However, the respondents were free to answer the questionnaires with no interfere from the researcher. Therefore, the data on behaviors of the respondents should be higher reliable.

2. This study was a cross-sectional survey study, therefore the cause-and-effect relationship of the studied variables may not be clearly explained.

Strengths of the Study

1. The studied samples covered and were the good representatives of the target group.
2. The data analysis has been done by using the multiple regression analysis therefore the outcome should be due to that factor only not other variables.
3. The research results can be used as the guideline for promoting health promoting behaviors of the target groups effectively.

Recommendations

1. In order to provoke awareness about eating behaviors among organization's personnel, the programs or activities should be implemented aiming to make people be alert and be aware to cooperate and modify their eating behaviors. Those activities should include organizing an exhibition of food fair for health which include the following activities : preparing bulletin board ; displaying models of health foods ; inviting resource persons to give a lecture and demonstrate health food preparation, organizing a health contest, conquering-questions competition, selling low-price health foods, for example, organic vegetables and fruits, etc.

2. Individual skills should be developed in regard to knowledge, ability, understanding about performing eating behavior and skills in taking self-care, through the following activities :

2.1 A campaign on yearly physical examination should be organized activities or programs for those personnel who had health problems should be followed. The knowledge derived from this study should be used for planning the activities emphasizing on group participation and self-help groups should also be established. The self-help group should do the following activities : setting the guideline or criteria for self-regulation, making dietary record that can be used for a

surveillance program and evaluating eating behavior, etc. If the group members could not follow the guideline or criteria set they can discuss and help each other to solve the problems but, if they could follow the guideline set they will be awarded.

2.2 Organizing a training program on knowledge about food for promoting health periodically for related personnel, for example, food handlers, others staff, etc. in order to have them gained more knowledge and understanding, developed consciousness, and performed correct behaviors continuously.

2.3 Organizing a training program or knowledge regarding balanced proportion of food that one should consume, selection of cholesterol free foods and glycoside-free foods and benefits and types of cereals. In addition, the information support sources for nurses should be available so they can have a chance to develop and search the up-to-date information and make use of those information for themselves families, patients, and general public.

3. Supporting the changes of eating behaviors of the personnel continuously and sustainly by establishing the health promotion policy in the organization by the organizational leaders. As part of the policy, programs or activities should be implemented continuously for the good health of the personnel, by organizing the following activities :

3.1 Establishing the supportive environments that are conducive to the change of eating behavior by : establishment of cafeteria or the food shops that sell health promoting foods in the hospital, with a reasonable price ; setting the place that personnel can access to the food services conveniently ; making the place clean and have a good ventilation; and selling delicious and high quality foods by emphasizing on vegetables, high-fiber foods, no fat-foods, foods that were prepared by using coconut milk, grilled foods, smoked foods, and fermented foods, selling fruits instead of sweets; and selling herbal beverages and fruit juice instead of soda beverages.

3.2 The measures should be made to control and evaluate the quality of the food shops continuously in order to make the high quality foods available for the personnel. The constant selling of delicious, low-cost and quality foods as well as

maintaining food sanitation will lead to the loyalty of the consumers. The health food shops contest should be organized in order to motivate the good handlers/ the food shop owners and to provoke their awareness about the importance of food to health.

3.3 As the research results showed that most of the nurses were single and stayed in the hospital dormitories, flats, apartments, these types of residence were not enable them to prepare foods so they have not been promoted to prepare foods by themselves. Therefore, the organizations should support and consider the convenience of the nurses to buy raw foods for preparing their own foods so they can change their eating behaviors by providing the places or the kitchens in the dormitories including cooking utensils.

Recommendations for Future Researchers

1. In this study, the data were collected by using only the questionnaires that were developed by the researcher, for the future researches other instruments should be used along with the questionnaires, for example, interview, observation, dietary recording, etc. These instruments will help getting the complete dimension of the information. The focus should be made on the trend of eating behaviors among registered nurses which can be used as the basic data for planning and as the guideline for the administrators to set the policy, strategies, and methods to develop eating behaviors among these nurses in the future.

2. The nutrition education program should be organized including studying the best practice model in developing eating behaviors of nurses appropriately and accordingly with the factors derived from the survey. In addition, follow-up and evaluation should be carried out in order to evaluate the effective ness of the model and to find out whether or not the model can be applied with other target groups.

3. The study about eating behaviors should be carried out with other groups of the hospital's personnel or other hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Defense Affairs all over the country.

บรรณานุกรม

- กองงานวิทยาลัยพยาบาล, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2525). เอกสารเกี่ยวกับขอบเขตและหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาล.
- กองวิทยาการกรมแพทยทหารบก. (2542). คู่มือปฏิบัติงานสำหรับนายทหารใหม่เหล่าแพทย์.
กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.
- กองทัพบก. (2541). ก้าวใหม่ของกองทัพบกสู่ทศวรรษ40. (พิมพ์ครั้งที่1), กรุงเทพมหานคร :
ไอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- กองสุศึกษา. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนา
พฤติกรรมสุภาพ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย. ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุภาพของคนไทย. กระทรวง
สาธารณสุข. ม.ป.ป.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2532). ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนว
ทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กระทรวงกลาโหม. (2497). คำสั่งกระทรวงกลาโหมที่ 82/7059 เรื่องการตรวจร่างกายข้าราชการ
ประจำปี. อัดสำเนา.
- กฤติกา จันทรหอม. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาสุศึกษาและ
พฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลยา ตันติผลาชีวะและสงศรี กิตติรัญตระกูล. (2541). วิชาชีพพยาบาลในยุคเศรษฐกิจถดถอย.
สารสพยาบาล. ปีที่ 13 ฉบับที่1: 1-7.
- กัลยา กิจบุญชู. (2534). ก้าวไปกับโภชนาการเพื่อสุภาพ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สื่ออักษร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. (พิมพ์ครั้งที่ 1),
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธรรมสารจำกัด.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. (2544). แผนพัฒนาสุภาพ
แห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ.2545 – 2549.
- คณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการ. (2545). แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติฉบับที่9
พ.ศ.2545 – 2549.

- จินตนา พรมลาย. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2532). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทางการแพทย์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (1), 42-59.
- จุฑาภาดี กลิ่นเฟื่อง. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงานและบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุริรัตน์ เพชรทอง. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์และคณะ. (2540). การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพหน่วย 7 : มโนคติและกระบวนการพยาบาลหน่วย 7-12. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. สุโขทัยธรรมมาธิราช
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2546). โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (ฉบับพิเศษ). มกราคม-สิงหาคม 2546 : 58-64.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2542). โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พิมพ์ครั้งที่ 2.
- ดวงพร สุดสุนทร. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พลศึกษา), สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ดวงใจ รัตนธัญญา. (2545). สุขศึกษา : หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1): โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- ดุสิต สุจิรารัตน์. (2541). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Window เล่มที่ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพมหานคร : บริษัทจุดทองจำกัด.
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์และคณะ. (2537). การศึกษาภาวะสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร. ทุนอุดหนุนการวิจัยทุนประเภท ข. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัยนา หนูนิล. (2545). การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ. การส่งเสริมสุขภาพแนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- เนตรนภิส วัฒนสุชาติและจันตรี บุญปิ่น. (2538). บทบาทของอาหารหาบเร่ต่อการได้รับสารอาหารประจำวัน: โภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ. การประชุมวิชาการ จัดโดยสถาบันวิจัยโภชนาการและคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. วันที่ 22-24 ธันวาคม 2536.
- นิตยา บุญมาเลิศ. (2541). การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจพร สุขประเสริฐ. (2540). รายงานการวิจัย : ทักษะความรู้ด้านอาหารและโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารของคนกรุงเทพมหานคร : วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 : 71-83.
- บุญเยี่ยม สาริมาน. (2536). ทหารอาชีพ. สถาบันวิชาการทหารบกชั้นสูง วิทยาลัยการพยาบาลกองทัพบก.
- บุศรินทร์ ประกอบธรรม. (2548). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประณีต โสภณพิศ, สำเนียง อรรถาเวชและเพลินสุข นิลโต. (2544). การสำรวจภาวะสุขภาพของพยาบาลโรงพยาบาลโรคทรวงอก. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. ปีที่ 4 ฉบับที่ 3-4.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2534). คำนิยม. ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- _____. (2538). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ. ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2541). การศึกษาพฤติกรรมป้องกันและรักษาสุขภาพของลูกจ้างผู้ประกันตนในประเทศไทย. รายงานการวิจัยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- ประเวศ วะสี. (2541). การปฏิรูปแนวคิดคนไทย:สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2 : บริษัทไอร์แลนด์จำกัด.

- ผาณิต สกุลวัฒนะ. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชษฐ์ เจริญเกษ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จ.นครนายกจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข ศาสตร์), สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญพิชชา สร โยธิน รัตนภวนนท์. (2541). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกโภชนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มันทนา ประทีปะเสน. (2539). อาหารและโรคหลอดเลือดหัวใจ. วัฏจักรวงการแพทย์. 29 : 13-17.
- ระพิน โอนอ่อน. (2543). การรับรู้ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกโภชนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนลดา ทองใบ. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพนักงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วลัย อินทร์พรชัย. (2530). โภชนาการสำหรับคนวัยต่างๆ. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร : แสงทวีการพิมพ์.
- วัลลภ ไทยเหนือ. (2547). แนวทางการปฏิบัติงานโครงการเมืองไทยสุขภาพดี 2547. สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ จาริยะศิลป์. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2528). ปัญหาสุขภาพกายใจลูกรัก. กรุงเทพมหานคร : แพลนพับลิชชิง.
- วาริน เอี่ยมสวัสดิกุล. (2541). อาการหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วาสนา สารการ.(2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิณะ วีระไวทยะและสง่า ดามาพงษ์. (2541). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมจิตรา เห่งเกษ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร), สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินต์.
- สมชาย ครุรงค์เดช. (2545). การพัฒนางจรรยาอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ : อาหารและโภชนาการ : แนวคิดสู่การปฏิบัติสำหรับผู้บริโภค. การประชุมวิชาการ โภชนาการ จัดโดยชมรมโภชนวิทยามหิดลและภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่24-26 เมษายน พ.ศ. 2545 โรงแรมมารวยการ์เด็น กรุงเทพมหานคร.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา ไพบูลย์โสภณ. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร), สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2548). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5 : โรงพิมพ์สามลดา กรุงเทพมหานคร.
- สุดารัตน์ ขวัญเงิน. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธนิจ หนูทสาร. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร),สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุธีรัตน์ แก้วประโลม. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุปรียา ต้นสกุล และคณะ. (2548). ทฤษฎี และ โมเดล: การประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์.
- สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล.(2548).รายงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ.พิมพ์ครั้งที่1,กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิคตอเรีย อิมเมจจำกัด.
- สุรเกียรติ อาชานุกาพ.(2541).วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์นานาชาติ.พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ,กรุงเทพมหานคร:ดิไอซ์.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ. (2546). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนหลังวิกฤตเศรษฐกิจ : ชุดโครงการศึกษาเพื่อติดตามสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข : ออลพรีนซ์ออฟจำกัด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2545). ขบวนการเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. รายงานประจำปี 2545.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). การสาธารณสุขไทย 2542-2543. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- หทัย ชิตานนท์.(2540).นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ.สถาบันวิจัยสาธารณสุข,กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์บริษัทไอซ์จำกัด.
- หวานใจ ขาวพัฒน์วรรณ. (2543). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทุมพร พรนฤสุวรรณและคณะ.(2547).พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขสตรี ก่อนวัยทอง.วารสารพยาบาล 53(3), 168-178.
- อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัลฟา รีเสิร์ชจำกัด. (2543). ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543 – 2544. บริษัทพี.เพรส จำกัด.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2545). การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ: การปฏิรูปสังคมและชีวิต. 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9. โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

- Ahijevych, k. Bernard, l. (1994). Health Promotion Behavior of African American Women. Nursing Research, 43, 86-89
- Ann Hope, Cecily C. Kelleher and Maire O'Connor (1998). Lifestyle practices and the health promoting environment of hospital nurses. Journal of Advanced Nursing: 28 (2), 438-447.
- Backer, M. H. and others. (1977). Journal of Health and Social Behavior. December: 18, 349.
- Bandura. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura. (1986). Social foundation of thought and action : A social cognitive learning. New Jersey. Prentice Hall.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monograph: 2, 336-353.
- Bloom, B.S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York : McGraw-Hall.
- Brown MA. (1986). Social support during pregnancy : a unidimensional or multidimensional construct. Nurse Research: 35(1), 49.
- Christiane Stock, Lutz Wille and Alexander Kramer (2001). Gender-specific behavior of German university students predict the interest in campus health promotion. Health Promotion International .Volume 16, No.2, 145-154.
- Cristine D. Delnevo, Diane J. Abatemarco and Audrey R. Gotsch (1996). Health Behavior and Health Promotion/Disease Prevention Perception of Medical Students. American Journal of Preventive Medicine. Volume 12, No.1, 38-43.
- E.A. O'Connor, S. Friel and C.C. Kelleher (1997). Fashion consciousness as a social influence on lifestyle behavior in young Irish adults. Health Promotion International Volume 12, No.2, 135-139.
- Green LW, Kreuter MW. (1991). Health Promotion Planning : An Education and Environmental Approach. 2nd ed. Mountain view (CA) : Mayfield.
- Kasl, S., & Cobb, S. (1996) Health Behavior, Illness Behavior Sick Role Behavior. Arch. Environ. Health. 12, 246-261.

- Kelly, R.B., et al. (1991). Prediction of Motivation and Behavior Change Following Health Promotion : Role of Health Beliefs, Social Support, and Self Efficacy. Social Science&Medicine.32,311-320.
- Kalosa,K.(1982).Anthropological perspective in nutrition. Journal Nutrition Education, 12, 15-31.
- Orem, D. (1985). Nursing :Concepts of Practice. (3nd.ed.) New York : Mc Graw Hill book co.
- _____. (1991). Nursing: Concepts of Practice. (4th.ed.) St. Louis Mos by year book co.
- Palank, C. L. (1991). Decemoer. Determinants of Health Promotion Behavior. A Review of Current Research. Nursing Clinics of North America. Volume 26, 815-832.
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Norwalk : Appleton & Lange.
- _____. (1996). Health promotion in nursing practice (3rded.). California : Appleton & Lange.
- Reanu Payngulume. (2001). The Health-Promotion Behavior Of Operation Nurses In Hospital Under Ministry Of University Affairs In Bangkok. Public Health Thesis, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of Health Belief Model. The Health Belief Model and Personal Behavior. Edited by Marshel H. Becker. New Jersy: Charles B. Slack.
- Weinstein, ND.(2000).Perceived probability, perceived severity and health protective behaviors. Health Psychology.19(1),65-74
- Wibulpolprasert S. (2005). Thailand Health Profile 2001-2004. (1st ed). Ministry of Public Health. Thai Health Promotion Foundation.
- WHO. (1972). Technical Report Series. No 647.
- WHO.(2004).Appropriate body mass index for Asian population and its implication for policy and intervention strategies. lanet 2004,363,157-163.

ภาคผนวก

**แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)**

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร (FACTORS AFFECTING EATING BEHAVIORS AMONG REGISTERED NURSES AT HOSPITALS UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTRY OF DEFENSE AFFAIRS IN BANGKOK)

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

เอกสารคำอธิบาย / คำชี้แจงโครงการวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูล
(Information Sheet)

ดิฉัน ร้อยเอกหญิง คารินทร์ ฤกษ์ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและ
พฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำการศึกษาวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด
ที่ต้องชี้แจงให้ท่านทราบเพื่อขอคำยินยอมจากท่านเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้

1. หัวข้อเรื่องที่จะทำการศึกษาค้นคว้า

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
เพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานคร
รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

3. ความสำคัญของผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้หนึ่งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
ในเขตกรุงเทพมหานคร มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และขั้นตอนการคัดเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยเหตุ
นี้ดิฉันใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นโครงการวิจัยที่มีประโยชน์และไม่ก่อให้เกิด
ผลเสียใดๆ

4. ระยะเวลาในการทำวิจัย

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและไปรับกลับ ใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในกรณีที่ท่านยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และเป็นแนวทาง
ในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์และกลวิธีในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อ
ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครให้
เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อันเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพในอนาคต และเป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพแก่หน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงกลาโหมต่อไป ส่งผลให้พยาบาลสังกัดกระทรวง กลาโหม มีสุขภาพหรือสุขภาพะที่ดีสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้เป็นอย่างดี เป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติด้านสุขภาพ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของทหาร ข้าราชการ ลูกจ้าง คนงาน ในกระทรวงกลาโหม ตลอดจนครอบครัวและประชาชนทั่วไปได้

6. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจ สอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วว่าไม่มีผลกระทบที่จะทำให้ท่านได้รับความเสียหาย จึงไม่มีการกระทำใดๆที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งต่อร่างกายและจิตใจของท่าน และการตอบแบบสอบถามจะเป็นไปตามความสมัครใจของท่านหากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

7. การดูแลความลับของข้อมูลต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลต่างๆที่ท่านบันทึกลงในแบบสอบถามไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในภาพรวมของผลการวิจัยหรือกระทำเฉพาะกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

8. สิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้และแม้ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วหากในภายหลังท่านเกิดเปลี่ยนใจ ท่านมีสิทธิจะขอถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่าน

9. ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้

ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใด ๆ ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยของท่านทุกประการ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ร้อยเอกหญิง ดารินทร์ ฤาชัย

ที่บ้าน 2/46 หมู่บ้านเฉลิมสุข 9 แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพ 10230

โทร 02-5194778 หรือ 01-8388170

ที่ทำงาน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมสามัญ) ถนนราชวิถี

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพ 10400

โทร 02-3547711 ต่อ 94038, 94039

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงในปัจจุบันมากที่สุด หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
2. เพศ

☐ 1) หญิง	☐ 2) ชาย
----------------------------------	---------------------------------
3. ศาสนา

☐ 1) พุทธ	☐ 2) คริสต์
☐ 3) อิสลาม	☐ 4) อื่นๆระบุ.....
4. สถานภาพสมรส

☐ 1) โสด	☐ 2) คู่อยู่ด้วยกัน
☐ 3) หม้าย/หย่า	☐ 4) คู่แยกกันอยู่ (เนื่องจากความจำเป็น)
☐ 5) อื่นๆระบุ.....	
5. ระดับการศึกษา

☐ 1) ปริญญาตรี	☐ 2) ปริญญาโท
☐ 3) ปริญญาเอก	☐ 4) อื่นๆระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้ของท่านจัดอยู่ในระดับใด

☐ 1) ไม่พอใช้ มีหนี้	☐ 2) ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้
☐ 3) พอใช้ มีเหลือเก็บ	☐ 4) พอใช้ ไม่มีเหลือเก็บ
☐ 5) อื่นๆระบุ.....	
7. ภูมิลำเนาเดิม

☐ 1) กรุงเทพฯ	☐ 2) ต่างจังหวัด ระบุ.....
--------------------------------------	---
8. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
9. โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงาน

☐ 1) พระมงกุฎเกล้า	☐ 2) ภูมิพลอดุลยเดช
☐ 3) สมเด็จพระปิ่นเกล้า	☐ 4) อื่นๆระบุ.....
10. แผนก/หน่วย/หอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงาน.....
11. เวลาในการปฏิบัติงานประจำ

☐ 1) เวรลัด	☐ 2) เวรเช้า (หยุดวันเสาร์/อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์)
☐ 3) อื่นๆระบุ.....	

12. ส่วนใหญ่ท่านพักอยู่ที่ไหน

- ☐ 1) หอพักของทางโรงพยาบาล ☐ 2) บ้านตนเอง
☐ 3) ห้องเช่า/แฟลต ☐ 4) อื่นๆระบุ.....

13. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ☐ 1) ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ 15) ☐ 2) มี ระบุ.....

14. ถ้าท่านมีโรคประจำตัวท่านได้รับการดูแลรักษาอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1) ยา ระบุ.....
☐ 2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1) การออกกำลังกาย ☐ 2) การรับประทานอาหาร
☐ 3) งดสูบบุหรี่/ดื่มเหล้า ☐ 4) เลี่ยงอารมณ์เครียด
☐ 5) อื่นๆระบุ.....
☐ 3) อื่นๆ ระบุ.....

15. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร กรู๊ปเลือด.....

16. ท่านมีการตรวจร่างกายในเรื่องเหล่านี้หรือไม่อย่างไร (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)

- ระดับคลอเลสเตอรอล ☐ 1) ตรวจ ผลการตรวจ ☐ 1) สูง ☐ 2) ปกติ ☐ 3) จำไม่ได้
☐ 2) ไม่ตรวจ
ระดับไตรกลีเซอไรด์ ☐ 1) ตรวจ ผลการตรวจ ☐ 1) สูง ☐ 2) ปกติ ☐ 3) จำไม่ได้
☐ 2) ไม่ตรวจ
ระดับน้ำตาลในเลือด ☐ 1) ตรวจ ผลการตรวจ ☐ 1) สูง ☐ 2) ปกติ ☐ 3) จำไม่ได้
☐ 2) ไม่ตรวจ
ระดับความดันโลหิต ☐ 1) ตรวจ ผลการตรวจ ☐ 1) สูง ☐ 2) ต่ำ ☐ 3) ปกติ
☐ 4) จำไม่ได้
☐ 2) ไม่ตรวจ

17. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์

- ☐ 1) ใช่ ☐ 2) ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ โดยพิจารณาเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ผู้ใหญ่วัยทำงานควรบริโภคอาหารหมู่คาร์โบไฮเดรต 6-8 ส่วน/วัน(1ส่วน= ข้าว 1ทัพพี, ผักกม้นหัวเล็ก, บะหมี่ 1 ก้อน, ขนมปัง 1 แผ่น, ข้าวโพด 1 ฝัก)			
2. ในวันหนึ่งๆท่านสามารถบริโภคน้ำตาลได้มากกว่า 4 ช้อนโต๊ะ/วัน			
3. ข้าวซ้อมมือ, ข้าวกล้องมีใยอาหารมากกว่าข้าวขาว			
4. รัญพืชช่วยลดคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดได้			
5. โปรตีนเป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรค			
6. ผู้ใหญ่วัยทำงานสามารถบริโภคเนื้อสัตว์ได้ไม่จำกัดปริมาณ			
7. ผู้ใหญ่วัยทำงานควรบริโภคเนื้อปลาอย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์			
8. โปรตีนจากเนื้อปลาร่วมช่วยบำรุงสมองและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ			
9. ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคอเลสเตอรอลสูงควรบริโภคไข่แดง			
10. ผู้ใหญ่วัยทำงานควรดื่มนมชนิดใดก็ได้ไม่จำกัดปริมาณเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน			
11. โยเกิร์ตและนมเปรี้ยวเป็นอาหารบำรุงกระดูกและฟัน			
12. คอเลสเตอรอลเป็นไขมันที่พบในผลิตภัณฑ์จากสัตว์เท่านั้น			
13. ไตรกลีเซอไรด์เป็นไขมันที่พบได้ทั้งในพืชและในผลิตภัณฑ์จากสัตว์			
14. กรดไขมันไม่อิ่มตัวในน้ำมันพืชช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด			
15. การใช้ไขมันรำข้าว, น้ำมันถั่วเหลืองในการทำอาหารช่วยลดคอเลสเตอรอล			
16. การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมันและ/หรือเครื่องในสัตว์ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด			
17. ผู้ใหญ่วัยทำงานควรบริโภคผลไม้เช่นฝรั่ง, ส้มเป็นอาหารว่างแทนขนมหวาน			
18. การดื่มน้ำส้มคั้นสดได้กาประโยชน์เท่ากับการรับประทานส้มทั้งผล			
19. ใยอาหารจากผักและผลไม้ช่วยนำสารพิษก่อมะเร็งออกจากร่างกาย			
20. ผู้ที่บริโภคอาหารทอด / ผัดเป็นประจำเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง			
21. ผู้ใหญ่วัยทำงานควรบริโภคอาหารที่ประกอบโดยการอบ นึ่ง ต้ม ตุ่น			
22. เกลือเป็นส่วนประกอบของอาหารที่มีอยู่ในธรรมชาติเช่น เนื้อไก่, ผักคะน้า, กุ้งแห้ง			
23. อาหารกระป๋อง, บะหมี่สำเร็จรูปมีส่วนประกอบของเกลือมากกว่าอาหารสด			
24. การบริโภคอาหารหวาน ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลมทำให้เกิดการสะสมของไขมันได้			
25. ผู้ใหญ่วัยทำงานสามารถดื่มกาแฟได้ไม่เกิน 2 แก้ว/วัน			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารต่อไปนี้ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอะไรบ้างดังต่อไปนี้
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ชนิดของอาหาร	ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค							
	ไขมันในเลือดสูง	โรคอ้วน	ความดันโลหิตสูง	หลอดเลือดหัวใจ	เบาหวาน	มะเร็งชนิดต่างๆ	กระดูกพรุน	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
1. งาม, ข้าวโพด, ลูกเดือย, ข้าวสาลี								
2. เนื้อปลา								
3. โปรตีนจากพืชเช่นถั่ว, เต้าหู้								
4. งด กุ้ง, ปลาหมึก, หอย								
5. ปลาเล็กปลาน้อย								
6. นมพร่องมันเนย/น้ำเต้าหู้								
7. ไข่ขาว								
8. งดเครื่องในสัตว์, เนื้อสัตว์ติดมัน								
9. อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันรำข้าว/น้ำมันถั่วเหลือง								
10. งดข้าวขาหมู, ข้าวมันไก่								
11. งดอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ								
12. งดอาหารปิ้งย่าง/รมควัน								
13. เลี่ยงอาหารผัด/ทอด								
14. งดอาหารสุกๆดิบๆ								
15. งดอาหารหมักดอง/เค็ม								
16. งดขนมหวาน/ผลไม้รสหวานจัด/น้ำอัดลม/น้ำหวาน								
17. งดขนมกรุบกรอบ								
18. ผัก/ผลไม้หลากชนิด, หมุนเวียน								

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกละความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ท่านสามารถบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอได้มากขึ้นเพียงใดและคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างเป็นอุปสรรคในการบริโภคอาหารนั้นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[illegible]

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ท่านคิดว่าท่านเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่อไปนี้มาก-น้อยเพียงใด

โรค	ระดับความเสี่ยง				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. โรคไขมันในเลือดสูง					
2. โรคอ้วน					
3. โรคความดันโลหิตสูง					
4. โรคหลอดเลือดหัวใจ					
5. โรคหลอดเลือดในสมอง					
6. โรคเบาหวาน					
7. โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร					
8. โรคมะเร็งลำไส้					
9. โรคมะเร็งตับ					
10. โรคมะเร็งเต้านม					
11. โรคกระดูกพรุน					

ท่านคิดว่าโรคต่างๆต่อไปนี้ มีความรุนแรงทั้งด้าน ร่างกาย, จิตใจ, ค่าใช้จ่าย, ความเป็นอยู่ มาก-น้อยเพียงใด

โรค	ระดับความรุนแรง				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. โรคไขมันในเลือดสูง					
2. โรคอ้วน					
3. โรคความดันโลหิตสูง					
4. โรคหลอดเลือดหัวใจ					
5. โรคหลอดเลือดในสมอง					
6. โรคเบาหวาน					
7. โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร					
8. โรคมะเร็งลำไส้					
9. โรคมะเร็งตับ					
10. โรคมะเร็งเต้านม					
11. โรคกระดูกพรุน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยพิจารณาเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถาม

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับการสนับสนุนหรือกระตุ้นให้มีการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพจากบุคคลต่างๆ เหล่านี้ อย่างไรและบ่อยเพียงใด

บุคคล	รูปแบบการสนับสนุน	ปริมาณความถี่			
		มากกว่า 4 ครั้ง/เดือนขึ้นไป	3-4 ครั้ง/เดือน	1-2 ครั้ง/เดือน	ไม่ได้รับเลย
1. บุคคลในครอบครัว (พ่อ,แม่,พี่,น้อง,สามี,ภรรยา,บุตร)	1.1 ข้อมูล(เอกสาร,สิ่งพิมพ์)				
	1.2 จัดหา,จัดทำให้รับประทาน				
	1.3 แนะนำ, ตักเตือน,ให้กำลังใจ				
	1.4 เงิน				
	1.5 อื่นๆ.....				
2.ญาติ	2.1 ข้อมูล(เอกสาร,สิ่งพิมพ์)				
	2.2 จัดหา,จัดทำให้รับประทาน				
	2.3 แนะนำ, ตักเตือน,ให้กำลังใจ				
	2.4 เงิน				
	2.5 อื่นๆ.....				
3. เพื่อน,เพื่อนร่วมงาน	3.1 ข้อมูล(เอกสาร,สิ่งพิมพ์)				
	3.2 จัดหา,จัดทำให้รับประทาน				
	3.3 แนะนำ, ตักเตือน,ให้กำลังใจ				
	3.4 เงิน				
	3.5 อื่นๆ.....				
4. ผู้บังคับบัญชา	4.1 ข้อมูล(เอกสาร,สิ่งพิมพ์)				
	4.2 จัดหา,จัดทำให้รับประทาน				
	4.3 แนะนำ, ตักเตือน,ให้กำลังใจ				
	4.4 เงิน				
	4.5 อื่นๆ.....				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงในปัจจุบันมากที่สุด หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ท่านรับประทานอาหารมื้อหลักวันละกี่มื้อ มื้อใดบ้าง

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| ☐ 1. 1 มื้อ ได้แก่ | ☐ 1) เช้า | ☐ 2) กลางวัน | ☐ 3) เย็น |
| | ☐ 4) ดึก | ☐ 5) อื่นๆระบุ..... | |
| ☐ 2. 2 มื้อ ได้แก่ | ☐ 1) เช้า | ☐ 2) กลางวัน | ☐ 3) เย็น |
| | ☐ 4) ดึก | ☐ 5) อื่นๆระบุ..... | |
| ☐ 3. 3 มื้อ ได้แก่ | ☐ 1) เช้า | ☐ 2) กลางวัน | ☐ 3) เย็น |
| | ☐ 4) ดึก | ☐ 5) อื่นๆระบุ..... | |
| ☐ 4. มากกว่า 3 มื้อได้แก่ | ☐ 1) เช้า | ☐ 2) กลางวัน | ☐ 3) เย็น |
| | ☐ 4) ดึก | ☐ 5) อื่นๆระบุ..... | |

2. ท่านรับประทานอาหารว่าง (ระหว่างมื้อหลัก) เป็นประจำหรือไม่

- ☐ 1. ใช่ เฉลี่ย.....ครั้ง/วัน อาหารว่างที่ท่านรับประทานได้แก่
- 1).....
- 2).....
- 3).....
- ☐ 2. ไม่ใช่

3. ท่านมีวิธีเลือกรับประทานอาหารอย่างไร 3 ลำดับแรกโดยเรียงความสำคัญจากมากที่สุด (1)

ไปจนถึง น้อยที่สุด (3)

- | | |
|---|-------------------------------|
| () 1. ราคา | () 2. รสชาติ |
| () 3. ความสะอาด | () 4. ความสะดวก |
| () 5. คุณารับประทาน | () 6. ความทันสมัย (ความนิยม) |
| () 7. ประโยชน์ที่ได้รับ (คุณค่าทางอาหาร) | () 8. อื่นๆระบุ..... |

4. ท่านรับประทานไข่

- ☐ 1. ใช่ รับประทานครั้งละ.....ฟอง/ครั้ง โดยรับประทาน
- ☐ 1. ทั้งฟอง ☐ 2. เฉพาะไข่ขาว
- ☐ 2. ไม่ใช่

5. ท่านเติมซีอิ๊ว น้ำปลา เกลือ เพิ่ม ในอาหารที่รับประทานทุกครั้ง

- ☐ 1. ใช่
- ☐ 2. ไม่ใช่

6. ท่านเติมน้ำตาล เพิ่ม ในอาหารที่รับประทานทุกครั้ง

- ☐ 1. ใช่
- ☐ 2. ไม่ใช่

1. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านบริโภคอาหารเหล่านี้บ่อยเพียงใด

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยพิจารณา
เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ประเภทของอาหาร	ความถี่ในการบริโภค				
	ทุกวัน	5-6วัน/ สัปดาห์	3-4วัน/ สัปดาห์	1-2วัน/ สัปดาห์	ไม่บริโภค เลย
1. ข้าวขาว,ขนมปังขาว,ขนมจีน					
2. ข้าวกล้อง, ขนมปังโฮลวีท					
3. ปลา					
4. ถั่ว,เต้าหู้					
5. กุ้ง,ปลาหมึก,หอย					
6. ปลาเล็กปลาน้อย					
7. นมไขมันต่ำ					
8. นมสด					
9. นมถั่วเหลือง					
10. ไข่					
11. เครื่องในสัตว์, ตับสัตว์					
12. เนื้อสัตว์ติดมัน					
13. อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช					
14. อาหารที่ปรุงด้วยไขมันจากสัตว์					
15. อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ					
16. อาหารจานเดียวที่มีไขมันสูงเช่น ข้าวขาหมู, ข้าวมันไก่, หอยทอด					
17. พิซซ่า, แฮมเบอร์เกอร์					
18. อาหารปิ้ง,ย่าง,รมควัน					

ประเภทของอาหาร	ความถี่ในการบริโภค				
	ทุกวัน	5-6วัน/ สัปดาห์	3-4วัน/ สัปดาห์	1-2วัน/ สัปดาห์	ไม่บริโภค เลย
19. อาหารต้ม,ตุ๋น, นึ่ง,อบ					
20. อาหารผัด, ทอด					
21. อาหารสุกๆดิบๆ					
22. อาหารหมักดอง,อาหารเค็มเช่นปลาร้า,ปลาเค็มผักดอง, ผลไม้ดอง					
23. ขนมหวานน้ำเชื่อม,ขนมหวานใส่กะทิ,ขนมหวานที่มีไข่ เป็นส่วนประกอบ					
24. ขนมกรุบกรอบ, ขนมขบเคี้ยว					
25. ผักใบเขียว					
26. ผักหลากชนิดในแต่ละวัน					
27. ผักชนิดเดียวในแต่ละวัน					
28. ผัก/ผลไม้ สีเหลือง ส้มจัด เช่นฟักทอง,แครอท,มะเขือเทศ					
29. ผลไม้วิตามินซีสูงเช่นส้ม,ฝรั่ง, แคนตาลูป					
30. ผลไม้รสหวานน้อยเช่น กลิ้ว, ชมพู, แดงโม					
31. ผลไม้รสหวานจัดเช่น ทุเรียน,มังคุด, ขนุน					
32. ผลไม้หลากชนิดในแต่ละวัน					
33. ดื่มน้ำผลไม้สดไม่เติมน้ำตาล					
34. ดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้ว/วัน					
35. ดื่มน้ำอัดลม,น้ำหวาน					
36. ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง					
37. ดื่มกาแฟ 1-2 แก้ว/ วัน					
38. ดื่มกาแฟมากกว่า 2 แก้ว/ วัน					
39. ดื่มแอลกอฮอล์					



No. MU 2006-102

**Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok**

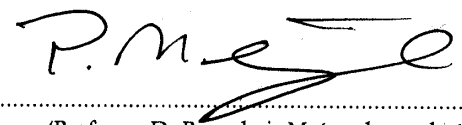
Title of Project. Factors Affecting Eating Behaviors among Registered Nurses at Hospitals under the Jurisdiction of the Ministry of Defense Affairs in Bangkok
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. CAPT. Darin Luechai

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation.

Signature of Chairman. 
(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute. 
(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. 16 JUN 2006

Date of Expiration. 15 JUN 2007

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

ร้อยเอกหญิงคารินทร์ ฤาชัย

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2513

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก(พ.ศ.2532-2536)

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ.2545-2550)

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมสามัญ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร