

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลิน อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ โรคนี้มีความรุนแรงสืบเนื่องมาจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมากในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด ทำลายระบบประสาทส่วนปลาย ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่สภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ คือ ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา (Diabetic Retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic Neuropathy) ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic Nephropathy) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Vascular Disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease) แผลเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic Ulcer) (เบาหวาน, 2555)

สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคน และได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ (นิตยา พันธุเวช, เมตตา คาพิบูลย์ และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554, หน้า 22-25) รายงานว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 11.06 ต่อประชากร 100,000 คน พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จาก 257.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ. 2543 เป็น 879.58 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 3.4 เท่า และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปี ขึ้นไป) ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปีพ.ศ. 2546-2547 พบความชุกเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 สำหรับครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552) พบอัตราความชุกโรคเบาหวานเท่าเดิม คือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3.46 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน เมื่อแยกการกระจายพบเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ กรุงเทพฯ ภาคกลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ (ความชุก ร้อยละ 9.2 7.6 7.0 5.7 และ 5.0 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับพินิจ พิริฤกิติ (2550) ที่ได้ศึกษาค่านิยมบริโภคนิยมจุดเด่นที่เป็นนิสัยของคนไทย เป็นบุคคลที่มีนิสัยบริโภคเป็นหลักซึ่งไม่คำนึงถึงสุขภาพ ลักษณะพฤติกรรมการบริโภคชอบรับประทานอาหารนอกบ้าน พยายามสรรหาร้านอาหารที่อร่อย ไม่ว่าจะอยู่ใกล้หรือไกล ชอบร้านอาหารที่สะอาด สะดวกสบาย มีที่จอดรถ บางครั้งบริโภคมากเกินไปจนเกินความจำเป็นและมีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น โรคไขมัน

อดต้น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาหารไม่ย่อย ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มวัยกลางคนที่ชอบบริโภคนิยมไม่ชอบดูแลสุขภาพ จากการสำรวจโภชนาการของคนไทยของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้ใหญ่กลุ่มอายุ 30-59 ปี มีภาวะอ้วนมากที่สุด โดยพบ ในหญิงมากกว่าชาย คือ พบภาวะอ้วนในผู้หญิงร้อยละ 46.2 และผู้ชายร้อยละ 32.0 การบริโภคน้ำตาลและอัตราความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มขึ้นตามอายุและพบว่าคนต่างจังหวัดมีการบริโภคน้ำตาล ผลไม้และขนมหวานมากกว่าคนกรุงเทพฯ โดยภาพรวมคนไทยกินอาหารที่มีไขมันเพิ่มมากขึ้น กิน ผัก ผลไม้ลดลง ซึ่งทำให้เห็นชัดเจนว่าทำไมคนไทยจึงประสบปัญหาโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคเมตาบอลิกและโรคอื่น ๆ

อาหารเพื่อสุขภาพหมายถึงการมีแคลอรีที่สมดุลของร่างกายโดยการจัดการน้ำหนัก รับประทานอาหารให้หลากหลาย อาหารที่ควรรับประทานให้มากให้มาก คือ ผัก ผลไม้ ธัญพืช และสิ่งที่ควรรับประทานให้น้อยคือ เนื้อ เนย และอาหารจานด่วนที่มีไขมันและน้ำตาลมาก เช่น พาย เค้ก ขนมปังรสหวาน อาหารที่ดีต่อสุขภาพจะทำให้เกิดความสุขของร่างกาย (U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services, 2010, pp. 10-11) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเชื่อว่ามีความสำคัญในการป้องกันโรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมตาบอลิก โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน (McKevith, 2004; Renner, Hermes & Stracke, 1998; Richardson, 2000; Steinmetz & Potter, 1996) มีการพัฒนาความรู้ ทฤษฎีเพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (The Social Cognitive Theory: SCT) (Bandura, 1986) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model, HBM) (Becker & Rocenstock, 1984 อ้างถึงใน พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2549) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action: TRA, Fishbein & Ajzen, 1980) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior: TPB, Ajzen, 1991) จากทฤษฎีทั้งหมดเหล่านี้ ทฤษฎีของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีอิทธิพลสำคัญในการวิจัยและการศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพ

Miller (1996, cite in Ajzen, 1991, p. 189) กล่าวถึงสมมติฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory Planed Behavior: TPB) ว่าความเชื่อที่สำคัญที่เป็นปัจจัยในการกำหนดความตั้งใจและการกระทำของบุคคล ความเชื่อนี้คือความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) ที่น่าจะเกิดขึ้นทำให้เกิดทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward The Behavior) ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่ม (Normative Beliefs) และเกิดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่ม (Subjective Norm) และความเชื่อว่าปัจจัยที่จะสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมและรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมปัจจัยนั้นได้ (Control Beliefs) ทำให้เกิดการรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรม Blue and Marrero (2006) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน โดยพัฒนาแบบสำรวจและใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) พบว่าการวิเคราะห์ปัจจัยน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า .37 สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ของความเชื่อผลของพฤติกรรม ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อในการควบคุมคือ .80 .91 และ .84 ตามลำดับ โมเดลการวัดสามารถวัดโครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสอดคล้องกลมกลืนกันระดับดีสำหรับการวัดทางอ้อมของทัศนคติ

การคล้อยตามกลุ่ม และการรับรู้ความสามารถการควบคุมพฤติกรรมในการทำนายความตั้งใจที่จะรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ การทดสอบซ้ำภายในเวลา 2 เดือน ความเที่ยงของแบบสำรวจมีเสถียรภาพ

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่ากลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานเริ่มมีอายุน้อยลงและการเพิ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เกิดจากความเชื่อในการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่ถูกต้อง และส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ปลายเหตุคือการรักษาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงทำให้ประเทศไทยเผชิญปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในปี 2554 ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานตาม Blue and Marrero (2006) ซึ่งแบบสำรวจของ Blue and Marrero (2006) มีความเหมาะสมและเป็นไปตามทฤษฎีของ Ajzen (1991) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเชื่อ และพัฒนาแบบสำรวจในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับคนไทย และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานของ Blue and Marrero (2006) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เพื่อช่วยให้พัฒนาโครงการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้าของประชาชนเหล่านี้

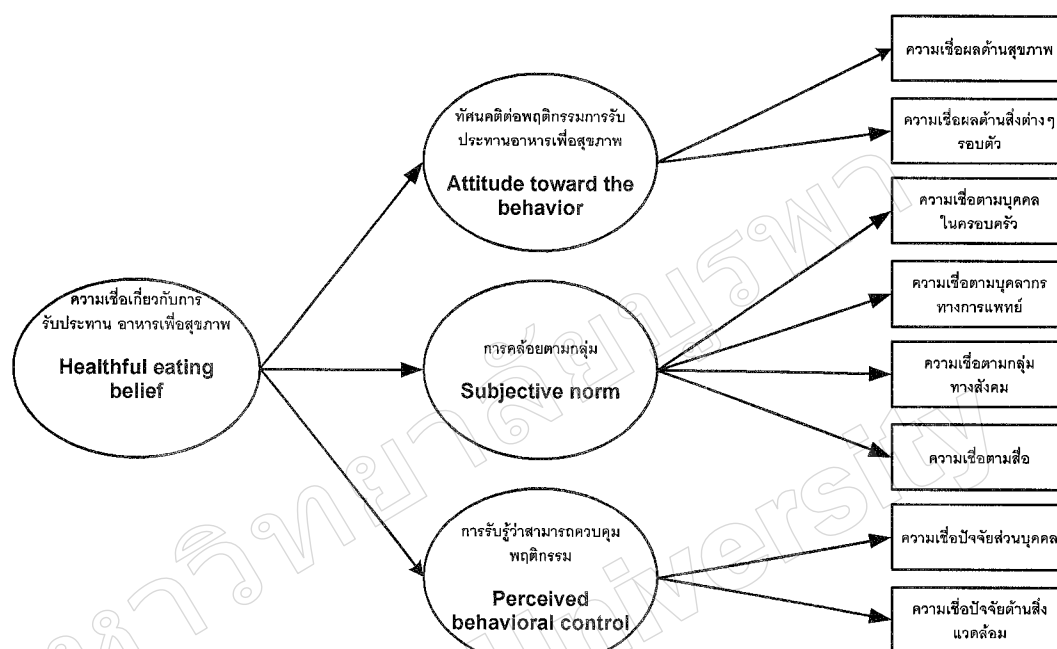
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน
2. เพื่อตรวจสอบความเที่ยง และความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้งานวิจัยของ Blue and Marrero (2006) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen (1991) เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ 2) การคล้อยตามกลุ่มที่จะรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ และ 3) การรับรู้ความสามารถควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ ซึ่งทศนคติต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ เกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมและการประเมินผลของพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) ซึ่งวัดจากความเชื่อผลด้านสุขภาพและความเชื่อผลด้านสิ่งต่าง ๆ รอบตัว การคล้อยตามกลุ่มที่จะรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ เกิดจาก ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวัง ของบุคคลหรือกลุ่มที่อยากให้กระทำพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามความคาดหวังนั้น (Normative Beliefs) วัดได้จากความเชื่อตามบุคคลในครอบครัว ความเชื่อตามบุคลากรทางการแพทย์ ความเชื่อตามกลุ่มทางสังคม ความเชื่อตามสื่อ และการรับรู้ความสามารถควบคุมพฤติกรรม รับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ เกิดจากความเชื่อ

เกี่ยวกับปัจจัยที่จะอำนวยความสะดวกหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรมและการรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมปัจจัยนั้น ๆ ได้ (Control Beliefs) วัดได้จากความเชื่อปัจจัยส่วนบุคคลและความเชื่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน

สมมติฐานของการวิจัย

1. แบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การคล้อยตามกลุ่มที่จะรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ
2. แบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน มีความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้าง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้แบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน ที่มีคุณภาพ
2. บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้พัฒนากิจกรรมที่จะเปลี่ยน

กลไกความเชื่อในการรับประทานอาหารของประชาชนเหล่านี้ และจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานอเมริกา (2011, อ้างถึงใน สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย 2554, หน้า 7) ในอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด 16 ตำบล ได้แก่ ตำบลโนนสัง ตำบลหนองบัว ตำบลคำเนียม ตำบลเมืองน้อย ตำบลจาน ตำบลหนองแก้ว ตำบลบัวน้อย ตำบลดุน ตำบลหนองหัวช้าง ตำบลทาม ตำบลผักแพว ตำบลยาง ตำบลหนองแวง ตำบลอีปาด ตำบลละทาย ตำบลคู มีประชากรที่มีความเสี่ยงทั้งหมด จำนวน 4, 592 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ เดือน มีนาคม 2555)

2. ผู้วิจัยนำแบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน ของ Blue and Marrero (2006) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย โดยใช้แนวคิดของ Ajzen (1991) มี 3 องค์ประกอบดังนี้

2.1 ตัวแปรแฝงทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Attitude Toward Healthful Eating Behavior)

2.2 ตัวแปรแฝงการคล้อยตามกลุ่มที่จะรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Subjective Norm for Healthful Eating)

2.3 ตัวแปรแฝงการรับรู้ความสามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Perceived Behavioral Control for Healthful Eating)

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรแฝงทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Attitude Toward Healthful Eating Behavior) วัดจากตัวแปรสังเกตได้ คือ ความเชื่อผลด้านสุขภาพ และความเชื่อผลด้านสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

3.2 ตัวแปรแฝงการคล้อยตามกลุ่มที่จะรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Subjective Norm for Healthful Eating) วัดจากตัวแปรสังเกตได้ คือ ความเชื่อตามบุคคลในครอบครัว ความเชื่อตามบุคลากรทางการแพทย์ ความเชื่อตามกลุ่มทางสังคม และความเชื่อตามสื่อ

3.3 ตัวแปรแฝงการรับรู้ความสามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Perceived Behavioral Control for Healthful Eating) วัดจากตัวแปรสังเกตได้คือ ความเชื่อปัจจัยส่วนบุคคล และความเชื่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

แบบสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการยอมรับความรู้สึกนึกคิด ความโน้มเอียง การรับรู้ และการตีความหมายของบุคคล เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

ทัศนคติต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Attitude Toward Healthful Eating Behavior) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีผลทำให้ บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ และมีการประเมินว่าชอบหรือไม่ชอบ สนับสนุนหรือต่อต้าน เห็นด้วยไม่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ด้าน

1. ความเชื่อเกี่ยวกับผลด้านสุขภาพ หมายถึง การยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับร่างกายแข็งแรง การควบคุมน้ำหนัก การป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ความอ้วนหรือผอม เป็นต้น
2. ความเชื่อเกี่ยวกับผลด้านสิ่งต่าง ๆ รอบตัว หมายถึง การยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการจัดหาอาหารเพื่อสุขภาพ ความหิว ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

การคล้อยตามกลุ่มที่จะรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Subjective Norm to Healthful Eating) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมาจากแบบอย่างที่เป็นปัจจัยทางสังคม หรือแรงกดดันทางสังคมต่อตัวเขาว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขา คือ บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มทางสังคม ส่วนมากคิดว่าเขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ หากบุคคลคล้อยตามก็จะรับเอาทัศนคติและพฤติกรรมมาปฏิบัติตาม แบ่งเป็น 4 ด้าน

1. ความเชื่อตามบุคคลในครอบครัว หมายถึง การยอมรับของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมาจาก พ่อ แม่ สามี/ ภรรยา แฟน หรือญาติที่มีความสำคัญใกล้ชิดและอาศัยอยู่ด้วยกันว่า เขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพหากเขามีการคล้อยตาม ก็จะรับเอาทัศนคติและพฤติกรรมมาปฏิบัติตาม เช่น เมื่อบุคคลเห็นพ่อ แม่ รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเขาก็รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตาม เป็นต้น

2. ความเชื่อตามบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การยอมรับของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมาจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งเป็นบุคคลที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ หากบุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าเขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพหากเขามีการคล้อยตามก็จะรับเอาทัศนคติและพฤติกรรมมาปฏิบัติตาม เช่น เมื่อบุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเขาก็จะรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตาม เป็นต้น

3. ความเชื่อตามกลุ่มทางสังคม หมายถึง การยอมรับของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมาจากกลุ่มทางสังคม เช่น เพื่อน บุคคลที่ทำงานร่วมกัน ผู้บังคับบัญชา คิดว่าเขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ หากเขามีการคล้อยตามก็จะรับเอาทัศนคติและ

พฤติกรรมมาปฏิบัติตาม เช่น เมื่อกลุ่มทางสังคม รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเขาก็จะรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตาม เป็นต้น

4. ความเชื่อตามสื่อ หมายถึง การยอมรับของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมาจากสื่อต่าง ๆ ดารา หรือบุคคลที่เขาชื่นชอบ เช่น เขาเห็นการโฆษณาณรงค์ให้รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน หากเขามีการคล้อยตาม ก็จะรับเอาทัศนคติและพฤติกรรม มาปฏิบัติตาม เป็นต้น

การรับรู้ความสามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

(Perceived Behavioral Control for Healthful Eating) หมายถึง การประเมิน และตีความหมายของบุคคลเมื่อเจอสถานการณ์หรือปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคล ทำหรือไม่ทำ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และแปลความหมายสถานการณ์หรือปัจจัยนั้นว่ายากหรือง่าย ควบคุมได้หรือควบคุมไม่ได้ ต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ด้าน

1. ความเชื่อปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง การยอมรับของบุคคลเกี่ยวกับการวางแผนมื้ออาหาร การควบคุมการรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ นิสัยการรับประทานอาหาร ความสามารถของตนเอง การจัดหาอาหารและ ค่าใช้จ่ายว่ายากหรือง่ายต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

2. ความเชื่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การยอมรับของบุคคลเกี่ยวกับวัตถุดิบในการประกอบอาหาร กำลังใจจากครอบครัวและคนอื่น ค่าใช้จ่าย ว่ายากหรือง่ายต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

บุคคลที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีข้อบ่งชี้ว่าเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการใช้แบบวัดความเสี่ยงโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานอเมริกา เช่น ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน น้ำหนักเกินหรืออ้วน หรือลงพุง พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายความดันโลหิต $\geq 140/90$ มม.ปรอท หรือได้รับยารักษาความดันโลหิตสูงอยู่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 100-125 มก. ต่อ ดล. หรือคนที่ได้รับการบอกจากผู้ให้บริการว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน

อาหารเพื่อสุขภาพ (Healthful Diet) หมายถึง อาหารที่เราควรรับประทานให้มากขึ้น และที่เราควรรับประทานในปริมาณน้อย อาหารที่เราควรรับประทานให้มาก คือผัก ผลไม้ และธัญพืช อาหารที่ควรรับประทานในปริมาณน้อยคือ เนื้อสัตว์ อาหารทอดที่มีไขมันจำนวนมาก และอาหารที่มีน้ำตาลจำนวนมากคือ ขนมหวาน อาหารเพื่อสุขภาพทำให้ร่างกายมีความสมดุล

คุณภาพของแบบสำรวจ หมายถึง คุณสมบัติของแบบสำรวจในด้านต่าง ๆ ดังนี้

อำนาจจำแนกรายข้อของข้อคำถาม (Total Item Correlation) หมายถึง คุณสมบัติของข้อคำถามที่จำแนกหรือแยกผู้ตอบออกเป็นกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ

ความเที่ยงของแบบสำรวจ หมายถึง (Reliability) หมายถึง คุณสมบัติของแบบสำรวจที่สามารถวัดได้คงที่แน่นอน ซึ่งตรวจสอบได้โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบราค

ความตรงของแบบสำรวจ (Validity) หมายถึง คุณสมบัติของแบบสำรวจที่สามารถทำหน้าที่วัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ถูกต้องตามจุดมุ่งหมาย ในการศึกษาครั้งนี้จะหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ดังนี้

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หมายถึง คุณสมบัติของแบบสำรวจที่สามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาจากนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC)

ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) หมายถึง คุณสมบัติของแบบสำรวจที่สามารถวัดได้ตรงตามทฤษฎี ซึ่งตรวจสอบได้โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University