

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา

PREDICTORS OF FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES IN INDIGENOUS AND ETHNIC COMMUNITIES, PHAYAO PROVINCE

กรกมล แสงโสภา, กมลชนก รักนาค, กรกวิภา บุญต่อ, กฤตยา ยินดี, ชนิตา มีชัย, ชุตินา ปรีक्षा,
ปนัดดา ยาอุด, เนตรนภา พรหมมา*

Konkamon Sangsoda, Kamonchanok Raknak, Kronwika Boontor, Krittaya Yindee, Chanida Meechai,
Chutima Prueksa, Panadda Ya-ud, Natnapa Promma*

สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Department of Community Health, School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author E-mail: natnapa.pr@up.ac.th

Received: 24 Oct., 2025

Revised: 23 Feb., 2026

Accepted: 5 Mar., 2026

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา จำนวน 384 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มชุมชนพื้นเมือง (ร้อยละ 69.5 และ 46.1 ตามลำดับ) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 2.11; 95%CI = 1.31–3.40, $p = 0.002$) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (AOR = 0.57; 95%CI = 0.35–0.92, $p = 0.021$) กลุ่มชาติพันธุ์ (AOR = 2.26; 95%CI = 1.42–3.60, $p = 0.001$) ทักษะการบริโภคอาหารที่ดี (AOR = 0.37; 95%CI = 0.23–0.59, $p < 0.001$) และการได้รับปัจจัยเสริมที่เหมาะสม (AOR = 0.31; 95%CI = 0.11–0.89, $p = 0.030$) ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 18.6 และมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 54.7 ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเน้นการปรับทัศนคติ การเสริมปัจจัยเกื้อหนุนจากครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; กลุ่มชุมชนพื้นเมือง; กลุ่มชาติพันธุ์

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the predictors of food consumption behaviors among patients with non-communicable diseases (NCDs) in indigenous and ethnic communities in Phayao Province. The sample consisted of 384 patients with NCDs from indigenous and ethnic communities in Phayao Province. Data were collected through interviews and analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and multiple logistic regression analysis. The results revealed that ethnic groups had a higher proportion of inappropriate food consumption behaviors than indigenous communities (69.50% and 46.09%, respectively). The predictors of inappropriate food consumption behaviors among patients with NCDs in indigenous and ethnic communities included being female (AOR = 2.11; 95% CI = 1.31–3.40, $p = 0.002$), being older than 60 years (AOR = 0.57; 95% CI = 0.35–0.92, $p = 0.021$) belonging to an ethnic community (AOR = 2.26; 95% CI = 1.42–3.60, $p = 0.001$) having a positive attitude toward food consumption (AOR = 0.37; 95% CI = 0.23–0.59, $p < 0.001$) and receiving adequate enabling factors (AOR = 0.31; 95% CI = 0.11–0.89, $p = 0.030$). These five variables jointly explained 18.6% of food consumption behaviors and demonstrated a predictive accuracy of 54.7%. Therefore, healthcare service providers should develop culturally appropriate nutrition promotion programs for ethnic communities, focusing on improving attitudes, strengthening supportive factors from families and communities, and considering cultural and environmental influences to enhance the effectiveness of food consumption behavior modification.

Keywords: Food consumption behavior; Non-communicable diseases; Indigenous communities; Ethnic groups

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2024) โรคกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียม น้ำตาล และ

ไขมันสูง ขณะที่ขาดผักและผลไม้เพียงพอ พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (World Health Organization [WHO], 2025) สถานการณ์ระดับโลกสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กว่า 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ (WHO, 2024) สำหรับประเทศไทย พบว่า

ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 9.5 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนอย่างมีนัยสำคัญ (Dulyapach et al., 2022; Chotruangnapa et al., 2024) เมื่อพิจารณาระดับภูมิภาค พบว่าพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงเป็นลำดับต้น ๆ ของประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดพะเยา ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (2568) ระบุว่าแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างต่อเนื่องเฉลี่ยร้อยละ 5-7 ต่อปี ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารรสจัด เค็ม หวาน และมัน รวมถึงขาดกิจกรรมทางกายและการรับรู้ด้านโภชนาการ ที่ถูกต้อง สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยเชิงพฤติกรรมและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่นี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักสะท้อนถึงค่านิยมทางวัฒนธรรม ความเคยชิน และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าผู้ป่วยมักยังคงบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและไขมันสูง หรือรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และเยาวลักษณ์ รูปปัทม์, 2565) ขณะที่งานวิจัยของ Promma (2025) ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง จังหวัดพะเยา พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านโภชนาการ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ และ

การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยทางวัฒนธรรมและโครงสร้างสังคมของชุมชนม้ง เช่น ความเชื่อดั้งเดิม ระบบเครือญาติ และข้อจำกัดด้านภาษา มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอว่าการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของชุมชน ควบคู่กับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เหมาะสมและยั่งยืน กลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพะเยา เช่น ชาวพื้นเมืองบ้านต้า และชาวม้งบ้านสันติสุข มีวิถีชีวิตและรูปแบบการบริโภคอาหารที่เป็นเอกลักษณ์ โดยนิยมบริโภคอาหารพื้นบ้านที่มีรสเข้มข้น (Promma, 2025) ใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติ และรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัวขนาดใหญ่ แม้วิถีดังกล่าวมีคุณค่าในด้านภูมิปัญญาอาหารท้องถิ่น แต่การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดการบริโภคอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารทอดมากขึ้น ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มประชากรนี้

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ของ Green & Kreuter (2005) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นการศึกษาปัจจัยนำ เช่น ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และปัจจัยเสริม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในงานด้าน

ส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ซับซ้อนซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม ดังเช่นผลการศึกษาของ Sooampon & Sooampon (2024) สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยชี้ให้เห็นว่า ความรู้ ทักษะ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากหลักฐานที่กล่าวมา สะท้อนถึงช่องว่างทางองค์ความรู้ในประเด็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในบริบทของกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตแตกต่างจากประชากรทั่วไป การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยดังกล่าวโดยใช้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model เป็นกรอบวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในจังหวัดพะเยา ทั้งนี้ ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานสาธารณสุขในการกำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา

วิธีการศึกษา

- 1) รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กับประชากรกลุ่มผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มชุมชนพื้นเมือง

ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยในบ้านต้า หมู่ที่ 11 ตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา และกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ ชาวม้งที่อาศัยในบ้านสันติสุข หมู่ที่ 7 ตำบลขุนควรว อำเภอปง จังหวัดพะเยา เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2568

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา จำนวน 118,142 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ได้จำนวน 384 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นแรก สุ่มเลือก 2 อำเภอ จาก 9 อำเภอ (ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก) ได้แก่ อำเภอเมืองพะเยา (ชุมชนกลุ่มพื้นเมือง จำนวน 1 อำเภอ) และอำเภอปง (ชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ จำนวน 1 อำเภอ) ขั้นที่สอง สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง (ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก) ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรว อำเภอปง ขั้นที่สาม คัดเลือกแหล่งละ 1 หมู่บ้าน (หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้าใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ส่วนหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรวใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เนื่องจากต้องเป็นชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์) ได้แก่ บ้านต้า หมู่ที่ 11 และบ้านสันติสุข หมู่ที่ 7 ขั้นที่สี่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบสะดวกจากผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงได้ในช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชน พื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา	1,627	243
ตำบลขุนควร อำเภอปง	910	141
รวม	2,537	384

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไขมันในเลือดสูง และอยู่ในระยะควบคุมโรคได้ มีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควร อำเภอปง มีอายุระหว่าง 30–70 ปี ณ วันที่เก็บข้อมูล อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี และแสดงความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยพร้อมลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยโรคเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค และผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น ย้ายถิ่นฐานระหว่างการวิจัย หรือปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ BMI การศึกษา รายได้ สถานภาพ

สมรส ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร โรคประจำตัว การใช้สมุนไพร การตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) เนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรและไม่ควรบริโภคสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน และตอบผิด 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ใช้มาตราส่วนประเมินค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert scale) เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะสลับกับเชิงบวก เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความขึ้นชอบต่อรสชาติ การเลือกรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ใช้มาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนก็จะสลับกับเชิงบวก โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ รสชาติและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่เหมาะสม (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับเหมาะสม (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert scale) ลักษณะคำถามเชิงบวก เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะสลับกับเชิงบวก โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการเข้าถึงอาหาร ร้านค้าในชุมชน ราคาอาหาร การเข้าถึงสิทธิบริการทางสุขภาพ สภาพแวดล้อมชุมชน สื่อโซเชียลและการโฆษณา เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่เหมาะสม (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับเหมาะสม (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริม จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert scale) ลักษณะคำถามเชิงบวก เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะสลับกับ

เชิงบวก โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมอบรมด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่เหมาะสม (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับเหมาะสม (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

4) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และอนามัยชุมชน ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00

4.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จำนวน 30 คน แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีค่าความเที่ยงตามสูตร KR-20 ของ Kuder & Richardson (1937) เท่ากับ 0.788 และแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ของ Cronbach (1951) เท่ากับ 0.794, 0.945, 0.748 และ 0.907 ตามลำดับ

5) การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านต้า อำเภอมะนัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรว อำเภอปาง จังหวัดพะเยา โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อกำหนดวัน-เวลาเก็บข้อมูลให้ตรงกับวันนัดรับยาประจำของผู้ป่วย เพื่อลดการรบกวนการทำงานของหน่วยบริการ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อราย หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ทางสถิติ

6) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (เพศ อายุ BMI การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร โรคประจำตัว การใช้สมุนไพร การตรวจสุขภาพประจำปี) โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

6.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าวแล้ว รายงานผลเป็นค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) รายงานผลเป็นค่า

Adjusted Odds Ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7) การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการ HREC-UP-HSST1.3/020/68 ลงวันที่ 29 มีนาคม 2568 คณะผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มชุมชนพื้นเมืองส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 ส่วนมากอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 72.0 ส่วนมากจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.0 ส่วนมากมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.9 ส่วนมากรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 79.0 มีดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำหนักเกิน มากที่สุด ร้อยละ 47.3 เกือบทั้งหมดไม่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 92.6 และไม่มีประวัติการแพ้อาหาร ร้อยละ 93.0 ส่วนมากไม่รับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 63.0 ส่วนมากไม่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรค ร้อยละ 70.0 เกือบทั้งหมดตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 96.7 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 53.9 รายละเอียดดังตารางที่ 2

กลุ่มชาติพันธุ์ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 ส่วนมากอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 62.4

ส่วนมากจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.5 ส่วนมาก มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 80.1 มีดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำหนักเกิน มากที่สุด ร้อยละ 53.2 เกือบทั้งหมด ไม่มีประวัติการแพ้ยาล ร้อยละ 91.5 และไม่มีประวัติ การแพ้อาหาร ร้อยละ 97.2 ส่วนใหญ่ไม่รับประทาน

อาหารเสริม ร้อยละ 80.9 ส่วนใหญ่ไม่ใช้สมุนไพรใน การรักษาโรค ร้อยละ 87.9 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพ ประจำปี ร้อยละ 85.8 และส่วนมากมีพฤติกรรมการ บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 69.5 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปและระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชน พื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา (n=384)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มชุมชนพื้นเมือง (n=243)	กลุ่มชาติพันธุ์ (n=141)
เพศ		
ชาย	71 (29.2)	41 (29.1)
หญิง	172 (70.8)	100 (70.9)
อายุ		
≤ 60 ปี	68 (28.0)	53 (37.6)
> 60 ปี ขึ้นไป	175 (72.0)	88 (62.4)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	21 (8.6)	21 (14.9)
ประถมศึกษา	187 (77.0)	105 (74.5)
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	35 (14.4)	15 (10.6)
สถานภาพสมรส		
โสด	32 (13.1)	15 (10.6)
สมรส	126 (51.9)	98 (69.5)
หม้าย หย่า แยก	85 (35.0)	28 (19.9)
รายได้ต่อเดือน		
≤ 2,000 บาท	191 (78.6)	113 (80.1)
> 2,000 บาท ขึ้นไป	52 (21.4)	28 (19.9)
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ผอม	24 (9.9)	13 (9.2)
ปกติ	104 (42.8)	53 (37.6)
น้ำหนักเกิน	115 (47.3)	75 (53.2)
ประวัติการแพ้ยาล		
ไม่มี	225 (92.6)	129 (91.5)
มี	18 (7.4)	12 (8.5)
ประวัติการแพ้อาหาร		
ไม่มี	226 (93.0)	137 (97.2)
มี	17 (7.0)	4 (2.8)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มชุมชนพื้นเมือง (n=243)	กลุ่มชาติพันธุ์ (n=141)
การรับประทานอาหารเสริม		
รับประทาน	90 (37.0)	27 (19.2)
ไม่รับประทาน	153 (63.0)	114 (80.8)
การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค		
ใช้	74 (30.5)	17 (12.1)
ไม่ใช้	169 (69.5)	124 (87.9)
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจ	235 (96.7)	121 (85.8)
ไม่ตรวจ	8 (3.3)	20 (14.2)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
เหมาะสม	131 (53.9)	43 (30.5)
ไม่เหมาะสม	112 (46.1)	98 (69.5)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา ได้แก่ ตัวแปรเพศ โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายมีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่าเพศหญิง 1.94 เท่า (Crude OR = 1.94; 95%CI: 1.26–3.07, $p = 0.003$) ตัวแปรอายุ โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (Crude OR = 1.31; 95%CI: 1.09–1.57, $p = 0.005$) ตัวแปรกลุ่มชุมชน โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มชุมชนพื้นเมืองมีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารเหมาะสมมากกว่ากลุ่มชาติพันธุ์ 2.67 เท่า (Crude OR = 2.67; 95%CI: 1.72–4.13, $p < 0.001$) ตัวแปรทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร โดยผู้ป่วยโรคไม่

ติดต่อเรื้อรังที่มีทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหาร มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ที่มีทัศนคติไม่ดี 0.35 เท่า (Crude OR = 0.35; 95%CI: 0.22–0.54, $p < 0.001$) และตัวแปรปัจจัยเสริม โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในระดับเหมาะสม มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ที่มีปัจจัยเสริมไม่เหมาะสม 0.34 เท่า (Crude OR = 0.34; 95%CI: 0.13–0.89, $p = 0.023$) ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ประวัติการแพ้ยา ประวัติการแพ้อาหาร การรับประทานอาหารเสริม การใช้สมุนไพร และการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชน
พื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา (n=384)

ปัจจัย	การบริโภคอาหาร		χ^2	df	p-value	Crude OR (95%CI)
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)				
เพศ						
ชาย	64 (57.1)	48 (42.9)	8.930	1	0.003	1.94 (1.26-3.07)
หญิง	110 (40.4)	162 (59.6)				
อายุ						
≤ 60 ปี	42 (34.7)	79 (65.3)	8.013	1	0.005	0.53 (0.34-0.82)
> 60 ปี ขึ้นไป	132 (50.2)	131 (49.8)				
การศึกษา						
ไม่ได้เรียน	16 (38.1)	26 (61.9)	0.991	1	0.319	0.72 (0.37-1.38)
ได้รับการศึกษา	158 (46.2)	184 (53.8)				
สถานภาพสมรส						
โสด หม้าย หย่า แยก	74 (46.3)	86 (53.7)	0.097	1	0.755	1.07 (0.71-1.60)
สมรส	100 (44.6)	124 (55.4)				
รายได้ต่อเดือน						
≤ 2,000 บาท	131 (43.1)	173 (56.9)	2.903	1	0.088	0.65 (0.39-1.07)
> 2,000 บาท ขึ้นไป	43 (53.8)	37 (46.3)				
ดัชนีมวลกาย BMI (kg/m²)						
ปกติ	90 (46.4)	104 (53.6)	0.184	1	0.668	1.09 (0.73-1.63)
น้ำหนักเกิน	84 (44.2)	106 (55.8)				
ประวัติการแพ้ยา						
มี	13 (43.3)	17 (56.7)	0.051	1	0.821	0.92 (0.43-1.94)
ไม่มี	161 (45.5)	193 (54.5)				
ประวัติการแพ้อาหาร						
มี	6 (28.6)	15 (71.4)	2.512	1	0.113	0.64 (0.18-1.22)
ไม่มี	168 (46.3)	195 (53.7)				
การรับประทานอาหารเสริม						
รับประทาน	54 (46.2)	63 (53.8)	0.048	1	0.826	1.05 (0.68-1.62)
ไม่รับประทาน	120 (44.9)	147 (55.1)				
การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค						
ใช้	47 (51.7)	44 (48.3)	1.932	1	0.165	1.39 (0.87-2.24)
ไม่ใช้	127 (43.3)	166 (56.7)				

ปัจจัย	การบริโภคอาหาร		χ^2	df	p-value	Crude OR (95%CI)
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)				
การตรวจสุขภาพประจำปี						
ตรวจ	160 (44.9)	196 (55.1)	0.268	1	0.605	0.82 (0.38-1.76)
ไม่ตรวจ	14 (50.00)	14 (50.00)				
กลุ่มชุมชน						
พื้นเมือง	131 (53.9)	112 (46.1)	19.738	1	< 0.001	2.67 (1.72-4.13)
ชาติพันธุ์	43 (30.5)	98 (69.5)				
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร						
น้อย	94 (45.8)	111 (54.2)	0.052	1	0.820	1.02 (0.85-1.23)
มาก	80 (44.7)	99 (55.3)				
ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร						
ดี	95 (36.8)	163 (63.2)	22.876	1	< 0.001	0.35 (0.22-0.54)
ไม่ดี	79 (62.7)	47 (37.3)				
ปัจจัยเอื้อ						
เหมาะสม	170 (45.2)	206 (54.8)	0.072	1	0.788	0.83 (0.20-3.35)
ไม่เหมาะสม	4 (50.0)	4 (50.0)				
ปัจจัยเสริม						
เหมาะสม	160 (43.9)	204 (56.1)	5.189	1	0.023	0.34 (0.13-0.89)
ไม่เหมาะสม	14 (70.0)	6 (30.0)				

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา ได้แก่ ตัวแปรเพศ โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงมีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชาย 2.11 เท่า (AOR = 2.11; 95%CI = 1.31–3.40, p = 0.002) ตัวแปรโดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปี

ขึ้นไป โดยลดโอกาสลงร้อยละ 43.0 (AOR = 0.57; 95%CI = 0.35–0.92, p = 0.021) ตัวแปรกลุ่มชุมชน โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์มีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นกลุ่มชุมชนพื้นเมือง 2.26 เท่า (AOR = 2.26; 95%CI = 1.42–3.60, p = 0.001) ตัวแปรทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารมีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีทัศนคติไม่ดี โดยลดโอกาสลงร้อยละ 63 (AOR = 0.37; 95%CI = 0.23–0.59,

$p < 0.001$) และตัวแปรปัจจัยเสริม โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับปัจจัยเสริมที่เหมาะสมมีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับปัจจัยเสริมไม่เหมาะสม โดยลดโอกาสลงร้อยละ 69 (Adjusted OR = 0.31; 95%CI =

0.11–0.89, $p = 0.030$) ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 18.6 และมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 54.7 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์หัตถถอยโลจิสติกระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา (n=384)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Adjusted OR (95% CI)
เพศ (ref=ชาย)	0.746	0.243	9.401	1	0.002	2.11 (1.31-3.40)
อายุ (ref < 60 ปี)	-0.566	0.245	5.333	1	0.021	0.57 (0.35-0.92)
กลุ่มชุมชน (ref=พื้นเมือง)	0.815	0.238	11.764	1	0.001	2.26 (1.42-3.60)
ทัศนคติ (ref=ดี)	-0.998	0.239	17.421	1	<0.001	0.37 (0.23-0.59)
ปัจจัยเสริม (ref=เหมาะสม)	-1.161	0.534	4.746	1	0.030	0.31 (0.11-0.89)
ค่าคงที่	0.158	0.295	0.288	1	0.591	

-2log likelihood = 471.298, Hosmer-Lemeshow test ($\chi^2 = 12.882$, $p=0.116$), Nagelkerke R² = 0.186, Percentage correct = 54.7%

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มชุมชนพื้นเมือง โดยกว่าครึ่งหนึ่งยังคงบริโภคอาหารไม่สอดคล้องกับแนวทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การจำกัดอาหารหวาน มัน เค็ม และการบริโภคผักผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของกรมอนามัย (2566) ซึ่งระบุว่าประชาชนไทยมากกว่าร้อยละ 60 บริโภคผักผลไม้ไม่ถึงเกณฑ์ 400 กรัมต่อวัน และมีการบริโภคอาหารเค็มเกินค่ามาตรฐานเฉลี่ยถึง 1.8 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าแม้ประเทศไทยจะมียุทธศาสตร์ลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการยังมีข้อจำกัด (กรมอนามัย, 2566) ในบริบทสังคมวัฒนธรรม จังหวัดพะเยามีทั้งพื้นที่เมืองและชนบท

ซึ่งมีวิถีการบริโภคอาหารแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางส่วนยังคงพึ่งพาอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอดหรือเนื้อสัตว์แปรรูปจากตลาดท้องถิ่น ประกอบกับข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและเวลา ส่งผลให้มีแนวโน้มบริโภคอาหารสำเร็จรูปเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sooampon & Sooampon (2024) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยจำนวนมากเลือกอาหารจากความสะดวกมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มชุมชน ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริม ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ PRECEDE Model ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรเพศ พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงมีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sooampon & Sooampon (2024) ที่ระบุว่าเพศหญิงมักเผชิญข้อจำกัดด้านบทบาทและเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรอายุ โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยและการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Harnirattisai et al. (2024) อย่างไรก็ตาม การตีความควรพิจารณาข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุร่วมกับสำหรับกลุ่มชุมชน พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มชาติพันธุ์มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มชุมชนพื้นเมืองประมาณ 2.26 เท่า สะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างทางสังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นบทบาทของบริบทชุมชนและวัฒนธรรมอาหารต่อการเลือกบริโภค (Beckmann et al., 2024) ส่วนตัวแปรทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารไม่ดี มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ PRECEDE Model ที่ระบุว่าปัจจัยนำ เช่น ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ เป็นพื้นฐานสำคัญของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Kim et al., 2022) นอกจากนี้ ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rakhshani et al. (2024) ที่เน้นบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สรุปผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มชุมชนพื้นเมือง ซึ่งอาจสะท้อนถึงอิทธิพลของบริบททางวัฒนธรรม วิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้จำแนกพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามกลุ่มชาติพันธุ์ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ ทัศนคติ และปัจจัยเสริมจากครอบครัวและชุมชน โดยเพศหญิงและการเป็นกลุ่มชาติพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขณะที่อายุมากกว่า 60 ปี ทัศนคติที่ดี และการได้รับปัจจัยเสริมที่เหมาะสมเป็นปัจจัยปกป้อง ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาจเป็นผลจากปัจจัยหลายมิติ และจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางส่งเสริมโภชนาการที่สอดคล้องกับบริบทชาติพันธุ์และพื้นที่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ PRECEDE model เป็นกรอบในการพัฒนากิจกรรม เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การปรับทัศนคติ และการสร้างแรงสนับสนุนจากชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่กลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างยั่งยืน

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการให้คำปรึกษาและ

สนับสนุนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการติดตามผลระยะยาว

1.3 หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพในราคาที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมให้ชุมชนบริโภคผักพื้นบ้านปลอดสาร หรือการรณรงค์ลดบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจค่านิยม ความเชื่อ และบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งจะช่วยให้สามารถออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2566). ข่าวประชาสัมพันธ์เรื่อง กรมอนามัยเผยคนไทยกินโซเดียม ‘เกินค่ามาตรฐาน เกือบ 2 เท่า’ จับมือ line man wongnai ส่งตรงเมนูสุขภาพและหวานน้อยส่งได้ถึงบ้าน. วันที่ 20 มกราคม 2566. สืบค้นจาก <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43277>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). (2568). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/pyo/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ และเยาวลักษณ์ รูปปัทม์. (2565). แนวโน้มอาหารและโภชนาการกับ NCDs. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์, กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2022/11/หนังสือแนวโน้มอาหารและโภชนาการกับ-NCDs-1.pdf>
- Beckmann, A., Strassner, C., & Kwanbunjan, K. Thailand–How Far are We from Achieving a Healthy and Sustainable Diet?. Available at SSRN 4805890. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772368224001288>
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw-Hill.
- Chotruangnapa, C., Kunanon, S., Sukonthasarn, A., Srinonprasert, V., Beaney, T., Clarke, J., ... & Roubanthisuk, W. (2024). May Measurement Month 2021: an analysis of blood pressure screening results from Thailand. *European Heart Journal Supplements*, 26(Supplement_3), iii90–iii92. <https://doi.org/10.1093/eurheartjsupp/suae062>

2.2 ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการส่งเสริมโภชนาการตามแนวคิด PRECEDE–PROCEED Model ที่เหมาะสมทั้งในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่สนับสนุนด้านวิชาการและระเบียบวิธีวิจัย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควร จังหวัดพะเยา ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลภาคสนาม และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกท่านที่ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้

- Cronbach Lee J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Dulyapach, K., Ngamchaliew, P., Vichitkunakorn, P., Sornsenee, P., & Choomalee, K. (2022). Prevalence and associated factors of delayed diagnosis of type 2 diabetes mellitus in a Tertiary Hospital: A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Public Health*, 67, 1605039. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9742202/?utm>
- Kuder G. F. & Richardson M. W. (1937). *The theory of the estimation of test reliability*. *Psychometrika*, 2(3), 151-160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill. <https://www.lgreen.net/precede-proceed>
- Harnirattisai, T., Vuthiarpa, S., Pawloski, L. R., Curtin, K. M., Blackwell, E., Nguyen, J., & Bourgeois, S. M. (2024). Nutritional health risk (food security) in Thai older adults and related factors. *Nutrients*, 16(16), 2703. <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/16/2703>
- Kim, J., Jang, J., Kim, B., & Lee, K. H. (2022). Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1), 213. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-02092-2>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Promma N. (2025). Prevalence and risk factors associated with hypertension among the Hmong people in Phayao Province, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 23(1), 40-56. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/AIHD-MU/article/view/271046>
- Rakhshani, T., Tahmasebi, Z., Ghahremani, L., Kamyab, A., & Khani Jeihooni, A. (2024). *The effect of educational intervention based on the PRECEDE-PROCEED model on self-care behaviors and quality of life of hypertensive patients*. *Frontiers in Public Health*, 12, 1410843. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2024.1410843>
- Sooampon, S., & Sooampon, S. (2024). Voices of Thai Patients With Non-Communicable Diseases Towards Healthy and Ready Meal Products: A Mixed-Methods Research. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241293688. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39478955/>
- World Health Organization. (2024). Fiscal policies to promote healthy diets: WHO guideline. In *Fiscal policies to promote healthy diets: WHO guideline*. สืบค้นจาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091016>
- World Health Organization. (2025). Noncommunicable diseases. สืบค้นจาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases?utm>