

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
The factors affecting food consumption behaviors personnel of Health
Promotion Center region 1, Chiang Mai

โสพิณ หมอกมาเมน^{1*} ศรชัย สิ้นสุวรรณ² กิระพล กาละดี³

Sopin Mokmamoen^{1*} Sornchai Sinsuwan² Kiraphol Kaladee³

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ¹

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช², สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช³

Master of Science in Food System Management for Nutrition¹

School of Human Ecology Sukhothai Thammathirat Open University², Master of School of Health Sciences

Sukhothai Thammathirat Open University.³

*Corresponding author E-mail: 2647000237@stou.ac.th

(Revised: December 27, 2024; Revised: February 25, 2025; Accepted: April 11, 2025)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพของผู้บริโภค การศึกษานี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ลดความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 260 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ เครจซี่ และ มอร์แกน ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้าง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.9 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.6 ส่วนแบบสอบถามความรู้ในการบริโภคอาหาร มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.6 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ รวมถึงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ภาพรวม(ร้อยละ 69.7)อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ภาพรวม(ร้อยละ 81.3)ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง แหล่งข้อมูลสำคัญ มาจากเฟซบุ๊ก (ร้อยละ 76.8) และเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 77.4) ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารภาพรวม (ร้อยละ 55.5) อยู่ในระดับพอใช้ สามารถร่วมกัน

ทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ร้อยละ 15.9 ($R^2=0.159$) ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เพื่อให้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความเหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ABSTRACT

Food consumption behavior significantly impacts consumer health. This study aims to investigate the factors influencing the food consumption behavior of personnel at Health Promotion Center region 1, Chiang Mai to inform policy formulation for promoting healthy eating and effectively reducing the risk of chronic non-communicable diseases. This research was a cross-sectional descriptive study of purposed to the food consumption behavior and its influencing factors result among personnel at Health Promotion Center region 1, Chiang Mai. The study population were the personnel comprised 260 people of working at Health Promotion Center region 1, Chiang Mai. A simply random of sample at 155 individuals was selected using the Krejcie and Morgan formula with a margin of error of 0.05. Data were collected using structured questionnaires with a reliability coefficient of 0.9 and a confidence level of 0.6. The food consumption knowledge questionnaire had a KR-20 value of 0.6. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage, as well as multiple regression analysis to study the influence of variables on food consumption behavior.

The results showed that the overall level of knowledge regarding food consumption among personnel of Health Promotion Center region 1, Chiang Mai was found to be low (69.7%). In contrast, the overall level of health belief patterns related to food consumption was high (81.3%). The primary sources of information were Facebook (76.8%) and colleagues (77.4%). The overall level of food consumption behavior was at a moderate level (55.5%). These factors collectively predicted 15.9% of the food consumption behavior among the personnel at Health Promotion Center 1, Chiang Mai ($R^2 = 0.159$). The findings from this study can serve as foundational data for the development of health literacy among the personnel, aiming to promote more appropriate food consumption behaviors

Keywords: Food consumption behavior, Health belief model, personnel of Health Promotion Center region 1, Chiang Mai

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยมีบทบาทสำคัญต่อร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา อาหารช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้พลังงาน และช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้อย่างปกติ นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) และช่วยให้ร่างกายแข็งแรง⁽¹⁾

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.1) มีการบริโภคผักทุกวัน ในขณะที่ร้อยละ 24.8 บริโภคผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการแบบ GDA พบว่าร้อยละ 62.3 เคยเห็นฉลากดังกล่าว ร้อยละ 55.1 ระบุว่าฉลากมีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ขณะที่ร้อยละ 40.8 ระบุว่าไม่มีผลต่อการตัดสินใจ สำหรับวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) มีการบริโภคผักและผลไม้ในระดับที่เพียงพอร้อยละ 34.5 นอกจากนี้ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวันมีสัดส่วน อยู่ที่ร้อยละ 73.0 โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีสัดส่วนการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 64.0 ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557⁽²⁾ คนไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้วต่อวัน มีอัตราการบริโภคสูงสุดในเด็กอายุ 6-14 ปี บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเฉลี่ย 9-19 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตรซึ่งเกินกว่าปริมาณที่แนะนำ (ไม่ควรเกิน 6 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร) ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทรายระบุว่าคนไทยบริโภคน้ำตาลเฉลี่ย 25 ช้อนชาต่อวัน มากกว่าค่าที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 6 ช้อนชาถึง 4 เท่า⁽³⁾ การบริโภคน้ำตาลในปริมาณที่มากเกินไป

ความเหมาะสมนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็งลำไส้ นอกจากนี้ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุลก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากรและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่สมดุลทั้งการบริโภคมากเกินไปหรือน้อยเกินไปจึงเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว ดังนั้นการลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง รวมถึงการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ดี จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทยให้แข็งแรงอย่างยั่งยืน

การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุลเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การเสียชีวิตจาก NCDs เพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559 โดยสาเหตุหลักมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน) โรคมะเร็ง (9 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน) ในกลุ่มประชากรอายุ 30-69 ปี พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 15 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 85 เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง สำหรับสถานการณ์ในภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า อินโดนีเซียมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดที่ 764 คนต่อประชากรแสนคน ประเทศภูฏาน พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย ส่วนประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตต่ำสุดที่ 427.4 คนต่อประชากรแสนคน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงในทุกประเทศ ในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจาก NCDs อยู่ที่ร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ภาวะโภชนาการเกิน เช่น ภาวะอ้วนและความ

ดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยภาวะอ้วนในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 41.8 เป็น 46.4 และในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็น 37.8 ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2562 ขณะที่ อัตราการเกิดโรคเบาหวานและภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน รัฐบาลต้องใช้งบประมาณถึง 4-5 แสนล้านบาทต่อปีเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้⁽⁴⁾

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในปี 2565 พบว่าร้อยละ 26 มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าร้อยละ 24.69 ไม่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อต่อวัน และร้อยละ 15.48 ไม่รับประทานมื้อเช้าเป็นประจำ นอกจากนี้ ร้อยละ 46.86 บริโภคผักเพียง 1-3 วันต่อสัปดาห์ ขณะที่ร้อยละ 22.59 บริโภคผักทุกวัน และร้อยละ 0.84 ไม่บริโภคผักเลย มีการดื่มเครื่องดื่มรสเค็มร้อยละ 6.03 โดยมีการดื่มทุกครั้งร้อยละ 1.67 ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 61.52 และ ร้อยละ 4.60 ดื่มทุกวัน⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชากรไทยที่มีแนวโน้มมีระดับ BMI สูงขึ้น รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ บริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน สูงขึ้น อาหารแปรรูปมากขึ้นและบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ซึ่งเป็นบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพแต่กลับมีระดับ BMI แนวโน้มสูงขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 โดยผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

การบริโภคที่ดี ลดความเสี่ยงของโรค NCDs และพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective)

1) เพื่อศึกษาปัจจัยนำ (ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ) ในการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2) เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งอาหารและการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร สุขภาพ) ในการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

3) เพื่อศึกษาปัจจัยเสริม (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสุขภาพ) ในการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

4) เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สร้างแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ในการศึกษาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การรับรู้
อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ
ของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหาร
เพื่อสุขภาพในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ 1) ตลาดสด 2) ตลาด
นัด 3) ร้านจำหน่ายอาหาร 4) ศูนย์อาหาร 5)
ห้างสรรพสินค้า 6) จุดบริการน้ำดื่มที่สะอาด 7) ร้าน
เครื่องดื่มที่ส่งลดปริมาณน้ำตาล และการเข้าร่วม
โครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่
1) หลักเลี้ยง “อาหารลด หวาน มัน เค็ม” 2) กิจกรรม
ส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ 3)
โครงการอาหารปลอดภัย 4) กิจกรรมประกวดกิจกรรม
“อาหารเพื่อสุขภาพ” ในหน่วยงานของบุคลากร ศูนย์
อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ปัจจัยเสริม หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร
เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพจากสื่อต่างๆ
ได้แก่ 1) เฟซบุ๊ก (Facebook) 2) เว็บไซต์ (website) 3)
ไลน์ (Line) 4) โทรทัศน์ 5) ดิกต็อก (TikTok) 6) อินโฟ
กราฟิก (infographic) 7) ป้ายประกาศในหน่วยงาน 8)
แผ่นพับ 9) วารสาร/นิตยสาร 10) วิทยูทูปกระจายเสียง
11) อื่นๆ (เช่น Lemon, Instagram, YouTube, podcast)
12) หนังสือพิมพ์ 13) เสียงตามสายในหน่วยงาน และ
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีต่อ
สุขภาพจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ 1) เพื่อนร่วมงาน
2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 3) บุคคลใน
ครอบครัว 4)ญาติพี่น้อง 5) เพื่อนบ้าน 6) กลุ่ม/ชมรม
7) ผู้นำชุมชน/แกนนำชุมชน เพื่อเป็นแนวทางการ
ปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1
เชียงใหม่

พฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง
การกระทำหรือการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค
อาหาร ดื่มน้ำ เครื่องดื่มขาก้าง ดื่มน้ำสุรา/เครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ พิจารณาข้อมูลในฉลากโภชนาการก่อน
ตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร การสั่งซื้อ ชา กาแฟ น้ำ
ผลไม้ปั่น แบบลดปริมาณน้ำตาล และการเลือกซื้อ
อาหารตามโฆษณาในสื่อต่างๆของบุคลากร ศูนย์อนามัย
ที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งปัจจุบัน พบว่า บุคลากรของศูนย์
อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ยังคงประสบปัญหาพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มเกิดปัญหาโรค
อ้วน และมีระดับ BMI เกินมาตรฐาน ซึ่งส่งผลให้มีความ
เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หมายถึง หน่วยงาน
ในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาท
ส่งเสริมสุขภาพใน 4 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก
ปฐมวัย วัยเรียนและวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ รวมถึง
การอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีสำนักงานตั้งอยู่ในอำเภอ
เมือง จังหวัดเชียงใหม่ และมีเขตรับผิดชอบใน 8
จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่
ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา
แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อ
ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของ
บุคลากรศูนย์อนามัย ที่ 1 เชียงใหม่โดยประยุกต์ใช้
แนวคิด PRECEDE MODEL และแนวคิดแบบแผนความ
เชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 155 คน เก็บ
รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล
ทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลหา
ปัจจัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดำเนินการ
ตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 – ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และพนักงานจ้างเหมา ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวนทั้งหมด 260 คนกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970)⁽⁶⁾ ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 155 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (sample random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว รูปแบบการจัดหาอาหาร จำนวนอาหารมื้อหลักที่รับประทานต่อ การรับประทานอาหารมื้อเช้า การอ่านฉลากโภชนาการก่อนซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร การพิจารณาเครื่องหมายทางเลือกสุขภาพก่อนซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร และเกณฑ์ในการเลือกอาหาร โดยคำถามในส่วนนี้เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงข้อเดียวจาก 4 ตัวเลือก จำนวน 12 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนจะกำหนดให้ตอบถูกต้อง 1 คะแนน และตอบผิดไม่ได้คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนนสูง 9.49 -12 คะแนน (ร้อยละ 80 -

100) ระดับคะแนนปานกลาง 7.3-9.48 คะแนน (ร้อยละ 61 - 79) ระดับคะแนนต่ำน้อยกว่า 7.20 คะแนน (น้อยกว่า ร้อยละ 60) (Bloom.1971)⁽⁷⁾

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำถามปลายปิดที่ให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการบริโภคอาหารที่ไม่ดี จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ความรู้แรงจากการบริโภคอาหารที่ไม่ดี จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารที่ดี จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติต่อการบริโภคอาหาร จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดที่ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ แบบสอบถามใช้มาตรวัด Rating Scale 5 ระดับ โดยคำถามแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ คำถามเชิงบวก และ คำถามเชิงลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คำถามเชิงบวก คะแนนเริ่มต้นจาก 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด โดยลดหลั่นลงจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนคำถามเชิงลบ คะแนนจะเริ่มต้นจาก 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด และเพิ่มขึ้นตามระดับการรับรู้ที่ลดลงจนถึง 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยระดับการรับรู้สูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 - 5.00 คะแนน ระดับการรับรู้ปานกลางคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 คะแนนและระดับการรับรู้ต่ำคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร ใช้แบบสอบถามลักษณะเลือกตอบ โดยใช้มาตรวัด Rating

Scale แบบ 2 ระดับ คือ สะดวกเท่ากับ 1 คะแนน และไม่สะดวก เท่ากับ 0 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 2 ระดับ คือ เข้าร่วม เท่ากับ 1 คะแนน และไม่เข้าร่วม เท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เพื่อประเมินว่าผู้ตอบได้รับข้อมูลจากแหล่งสื่อใดบ้าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการการได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนในการปฏิบัติตนเรื่องการบริโภคอาหารจากบุคคลต่างๆ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เพื่อประเมินว่าผู้ตอบได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนในการปฏิบัติตนเรื่องการบริโภคอาหารจากบุคคลใดบ้าง

ส่วนที่ 5 สอบถามเกี่ยวกับความถี่พฤติกรรม การบริโภคอาหาร (Food Frequency Questionnaires: FFQs) ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยมี 25 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 14 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดที่ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียง 1 คำตอบในแต่ละข้อ ใช้มาตรวัด Rating Scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ คำถามเชิงบวกเริ่มจาก 7 คะแนน สำหรับการปฏิบัติ "ทุกวัน" และลดลงตามความถี่ ส่วนคำถามเชิงลบเริ่มจาก 0 คะแนน สำหรับการปฏิบัติ "ทุกวัน" และเพิ่มขึ้นตามความถี่ที่ลดลง เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดีคะแนนเฉลี่ย 4.68-7.00 คะแนน ระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ย 2.34 -

4.67 คะแนน และระดับปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 2.33 คะแนน

การทดสอบความเที่ยงตรง แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.66 ทุกข้อ

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัด นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.63 ส่วนแบบสอบถามความรู้ในการบริโภคอาหารนั้น ใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20)¹⁹ ในการหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าเท่ากับ 0.69

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการวิจัย STOUIRB2567/016.1303 เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2567, และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 009.67 เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2567 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์และดำเนินการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ใช้รหัสตัวเลขแทนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลในเซิร์ฟเวอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน รายงานข้อมูลในภาพรวมไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำโครงร่างวิจัยที่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชและศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ติดต่อขอหนังสือจากสำนักบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ต่อผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
2. ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2567 โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามทราบขั้นตอนและเงื่อนไขยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
4. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยบุคคล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

(Multiple Linear Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 และเพศชาย ร้อยละ 24.5 เกินกึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 30-44 ปี (ร้อยละ 54.2) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45-60 ปี (ร้อยละ 31.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 39.50 ปี (SD = 9.40) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 50.3) รองลงมาคือค่าดัชนีมวลกายในระดับน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 43.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 80) การศึกษาเกินกึ่งหนึ่งระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 66.5 เป็นผู้สมรสแล้ว ร้อยละ 60 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 71.6 โดยมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 72.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.7 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง การจัดหาอาหารเกินกึ่งหนึ่งซื้อจากร้านอาหาร ร้อยละ 59.4 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 62.6 รองลงมา รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ร้อยละ 35.5 กลุ่มตัวอย่างเกินกึ่งหนึ่งรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ ร้อยละ 67.7 ในขณะที่ไม่รับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 32.3 ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารส่วนใหญ่อ่านฉลากโภชนาการก่อนการตัดสินใจเลือกซื้อ ร้อยละ 85.8 และมีการอ่านเครื่องหมายทางเลือกสุขภาพก่อนตัดสินใจ ร้อยละ 67.1 ในขณะที่ไม่อ่านเครื่องหมาย ร้อยละ 32.9 เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการเลือกอาหาร พบว่าปัจจัยที่ได้รับ ความสำคัญสูงสุดคือ ความสะอาดของอาหาร ร้อยละ 31.6 รองลงมาคือ คุณค่าทางโภชนาการ ร้อยละ 29.0 และความอร่อยร้อยละ 19.4

ปัจจัยนำในการบริโภคอาหาร

1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ตาราง 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (n=155)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60)	108	69.7
ระดับปานกลาง (คะแนน ร้อยละ 60 – 79)	43	27.7
ระดับสูง (คะแนน ร้อยละ 80 – 100)	4	2.6
รวม	155	100.0
$\bar{X} \pm SD$ (6.41 $\pm$ 1.81)		

จากตาราง 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พบว่าบุคลากรมีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ร้อยละ 69.7 และมีความรู้ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 2.6

2 แบบแผนความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 2 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (n=155)

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน)	126	81.3
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 คะแนน)	29	18.7
รวม	155	100.0
$\bar{X} \pm SD$ (4.07 $\pm$ 0.17)		

จากตาราง 2 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ในภาพรวม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับสูง ร้อยละ 81.3 ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.67 - 5.00 คะแนนและมีความเชื่อในระดับปานกลางเพียง ร้อยละ 18.7 ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 คะแนน

ปัจจัยเอื้อในการบริโภคอาหาร

การเข้าถึงแหล่งอาหารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้อย่างสะดวก ได้แก่ เข้าถึงร้านเครื่องดื่มที่สามารถส่งลดปริมาณน้ำตาลได้ ร้อยละ 92.9 และ เข้าถึงแหล่งอาหารในตลาดสด ร้อยละ 89 อย่างไรก็ตาม มีบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงศูนย์อาหารที่จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 20

การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพ พบว่ามีบุคลากร ร้อยละ 70.3 ที่เข้าร่วม

โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล และ ร้อยละ 69 เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย ร้อยละ 65.2 และ เข้าร่วมกิจกรรมประกวดอาหารเพื่อสุขภาพมีอัตราเพียง ร้อยละ 53.5

ปัจจัยเสริมในการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พบว่าช่องทางหลักที่บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภค

อาหารคือผ่าน เฟซบุ๊ก (Facebook) มากที่สุดร้อยละ 76.8 รองลงมาเป็น เว็บไซต์ และ ไลน์ (Line) ร้อยละ 60.6 และ 52.3 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกัน พบว่า การรับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงานเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญมากที่สุดในการสนับสนุนให้บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 77.4 รองลงมาคือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ร้อยละ 72.9 ในด้านการใช้เทคโนโลยี พบว่ามีบุคลากรเพียง ร้อยละ 16.1 ที่ใช้แพลตฟอร์ม "Food 4 Health" เพื่อช่วยในการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ และ ร้อยละ 19.4 ใช้แพลตฟอร์มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (n=155)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 4.67 คะแนน)	86	55.5
ระดับดี (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.68 - 7.00 คะแนน)	69	44.5
รวม	155	100.0
$\bar{X} \pm SD (4.96 \pm 0.72)$		

จากตาราง 3 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 155 คน พบว่า ร้อยละ 55.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 4.67 คะแนน) ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.68 - 7.00) มี

สัดส่วนร้อยละ 44.5 สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพโดยปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน 3 ลำดับแรกนั้นพบว่า ดื่มน้ำเปล่าสะอาดวันละ 8-10 แก้ว ร้อยละ 46.2 รองลงมา รับประทานอาหารสะอาด/ปรุงสุกใหม่ ร้อยละ 41.3 และรับประทานอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ ร้อยละ 41.3 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ตาราง 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (n=155)

ปัจจัย	b	Beta	t	95.0% CI	p-value
ข้อมูลส่วนบุคคล					
อายุ (ปี)	0.006	0.073	0.671	-0.011 - 0.022	0.503
BMI (กิโลกรัม/เมตร ²)	-0.028	0.135	-1.671	-0.062 - 0.005	0.096
ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	0.476	0.206	2.559	0.108 - 0.843	0.012*
ตำแหน่งงาน (ข้าราชการ)	-0.003	-0.002	-0.018	-0.309 - 0.303	0.986
รายได้ (มากกว่า 10000 บาท)	0.069	0.060	0.507	-0.201 - 0.340	0.613
ไม่มีโรคประจำตัว	-0.211	-0.120	-1.446	-0.500 - 0.078	0.150
ปรุงอาหารเอง	-0.137	-0.093	-1.166	-0.368 - 0.095	0.245
ปัจจัยนำ					
การรับรู้อุปสรรค	0.019	0.023	0.288	-0.112 - 0.151	0.774
ปัจจัยเอื้อ					
การเข้าถึงตลาดสด	-0.336	-0.146	1.817	-0.701 - 0.029	0.071
การเข้าถึงจุดบริการน้ำดื่มสะอาด	0.209	0.093	1.149	-0.151 - 0.569	0.253
การเข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย	0.165	0.109	1.347	-0.077 - 0.407	0.180
ปัจจัยเสริม					
การได้รับคำแนะนำบุคคลในครอบครัว	-0.234	-0.162	-2.012	-0.463 - -0.004	0.046*

p-value $\leq$ 0.05, Constant = 4.700, F=2.235, Adjust R²=0.088, R²=0.159

จากตาราง 4 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เมื่อควบคุมตัวแปร อายุ BMI ตำแหน่งงาน (ข้าราชการ) รายได้ (มากกว่า 10000 บาท) ต่อเดือน การไม่มีโรคประจำตัว และการปรุงอาหารรับประทานเอง พบว่า ผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านบวกเพิ่มขึ้น 0.476 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีลงมา อย่างไรก็ตาม ตัวแปรส่วนบุคคลอื่นๆ รวมถึงปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยเสริมหลังควบคุมตัว

แปรเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข พบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวมีผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง 0.234 หน่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภค

อาหารร่วมกันได้ในอัตราร้อยละ 15.9 ($R^2 = 0.159$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ ปัจจัยเสริม (การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว) ปัจจัยส่วนบุคคล (ผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป) ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร จำนวน 155 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ และเกือบกึ่งหนึ่งพบว่ามีระดับ BMI มากกว่า 23 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกินกึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ โดยรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ และให้ความสำคัญกับความสะอาดเป็นหลัก และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เกิน 2 ขวด/วัน ร้อยละ 75.5 รองลงมา ไม่เติมน้ำปลาในอาหารก่อนชิม ร้อยละ 47.7 และไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.5 ตามลำดับ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เกินกึ่งหนึ่งมีความรู้ในระดับต่ำ แต่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป) และปัจจัยเสริม (การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว) มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญระดับ 0.05 โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถรวมพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกันได้ร้อยละ 15.9 ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปตามด้วยการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของมนุษย์จะเริ่มบริโภคอาหารเพื่อสนองความหิว จากนั้นจึงคำนึงถึงความปลอดภัยของอาหารต่อสุขภาพ และการบริโภคเพื่อให้ได้รับการยอมรับทางสังคมตามลำดับ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.9 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย ตำแหน่งงาน (ข้าราชการ) รายได้ การไม่มีโรคประจำตัว และการปรุงอาหารเอง ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมการบริโภค ของ ฟิลิป คอตเลอร์ (Philip Kotler, 1931)⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ค่านิยม และรูปแบบการดำรงชีวิต ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นอกจากนี้ ยังไม่สอดคล้องกับการวิจัย ของ สุวรรณ น่านาโชค⁽¹¹⁾ ที่พบว่าเพศและอายุ

ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการวิจัยของ กานต์ ลัมศิริสวัสดิ์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ การวิจัยของ สโรชิน สมพงษ์พันธุ์ และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าอายุและรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการวิจัยของ โสรยา เฉลยจิตและคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า เพศส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความไม่สอดคล้องของผลการวิจัยอาจเกิดจากปัจจัยด้านบริบท เช่น ลักษณะครอบครัวในเมืองและชนบท รวมถึงวิถีการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน อาจเป็นสาเหตุให้ผลการวิจัยในครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านบวกเพิ่มขึ้น 0.476 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเทียบกับผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี สอดคล้องกับ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการรับรู้และปฏิบัติ เช่น การศึกษา มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุวรรณ น่านาโชค⁽¹¹⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความไม่สอดคล้องนี้อาจเกิดจากปัจจัยบริบท เช่น ความแตกต่างระหว่างครอบครัวในเมืองและชนบท รวมถึงวิถีการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกัน

ปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.7 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และมีเพียง ร้อยละ 2.6

ที่มีความรู้ในระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80-100) การวิจัยนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีพฤติกรรมมนุษย์ของครอนบาค (Cronbach, 1963)⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมมนุษย์ การตอบสนองต่อความต้องการ เช่น ระดับ ความรู้ มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละคนจึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน แม้จะมีความรู้ในเรื่องเดียวกัน ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอาจไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของทุกคน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ รัตนภรณ์ สาสีทา และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) ความไม่สอดคล้องกันนี้อาจเกิดจากบริบทที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนทั่วไป ผู้วิจัยอาจใช้ข้อคำถามที่มีความยากและลึกซึ้งเกินไป ส่งผลให้ผลการศึกษามีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ

การวิจัยนี้พบว่า การมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมมนุษย์ของครอนบาค⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่าพฤติกรรมมนุษย์ขึ้นอยู่กับ มนุษย์มักพิจารณาและประเมินผลก่อนจะทำพฤติกรรมใด ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายด้านสุขภาพของตน

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมมนุษย์ของครอนบาค⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีได้เมื่อเข้า

ไปอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ของ สกินเนอร์ (Skinner, 1950)⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของ บุคคลเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับ สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สาเหตุที่ ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีนี้อาจ เนื่องจากวิถีชีวิตที่ต่างกัน ยุคสมัยที่เปลี่ยนไปและ สถานการณ์ การแพร่ระบาดของโควิด-19 และการ ปฏิบัติงานในเวลาที่ไม่แน่นอน เช่น ชีวเวรภัย เวิร์ก ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือ นักวิชาการในส่วนของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่ต้อง ออกปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่ห่างไกลในพื้นที่ 8 จังหวัด ภาคเหนือตอนบนอาจจะไม่สะดวกในการเข้าถึงแหล่ง อาหาร และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการบริโภค อาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร ผ่านทุกช่องทางไม่ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ของคอร์เนล มอนโกเมอรี (Comell Montgomery)⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่าแรงจูงใจเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการสังเกต และเลียนแบบ จากต้นแบบ โดยเฉพาะบุคคลที่ตนชื่น ชมหรือคนที่มีความเสี่ยงในสังคม เช่น การเลียนแบบ พฤติกรรมการบริโภคอาหารจากสื่อโฆษณา นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้ยังขัดแย้งกับการวิจัยของ รัตนารักษ์ สาสี ทา และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการวิจัยของสุวรรณ นานาโชค⁽¹¹⁾ ที่พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อพฤติกรรมการ บริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการ

วิจัยของโสธยา เฉลยจิตและคณะ⁽¹⁴⁾ โดยพบว่าการได้รับ ข้อมูลข่าวสารการบริโภคอาหารจากสื่อต่าง ๆ เช่น โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์ และอินเทอร์เน็ตมีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการได้รับคำแนะนำการบริโภคอาหารที่ดี ต่อสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัวมีผลทำให้พฤติกรรมการ บริโภคอาหารลดลง 0.234 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับ คำแนะนำสนับสนุนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพจากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของคอร์เนล มอนโกเมอรี⁽¹⁸⁾ กล่าวว่าแรงจูงใจเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการสังเกต เลียนแบบ และเอาอย่างจากต้นแบบ โดยเฉพาะบุคคลที่ ตนชื่นชมและสอดคล้องกับ การวิจัยของโสธยา เฉลยจิต และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

ข้อจำกัดในการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ต้อง พิจารณา ประการแรก การสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่ได้แบ่ง ตามกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์อาจส่งผลต่อผลการวิจัย ในประเด็นระดับความรู้ในการบริโภคอาหาร ประการที่ สอง การเก็บข้อมูลดำเนินผ่านแบบสอบถามที่ผู้ตอบ ตอบด้วยตัวเอง ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนหรือ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ประการที่สาม รูปแบบการวิจัยเชิง ปริมาณ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมถึงความซับซ้อนของปัจจัย ต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ควรวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อสร้าง

ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของบุคลากร และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงอาหารที่ดี เพื่อพัฒนานโยบายและมาตรการที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในระยะยาว เนื่องจากบุคลากรยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ร่วมกับการมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานและพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ แม้จะมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงก็ตาม

2.ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมแยกตามกลุ่มวิชาชีพเพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผนการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามกลุ่มวิชาชีพ และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร

เอกสารอ้างอิง

1. สุปรานี แฉ่งบำรุง. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย ค.ศ. 2020 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2020. หน้า 71-82.
2. วิชัย เอกพลากร.บรรณธิการ รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2563.
3. สมาคมไร้อ้อยแห่งประเทศไทย. การบริโภคน้ำตาลของคนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม. 2566].เข้าถึงได้จาก: <https://www.hffocus.org/content/2021/03/21254>.
4. กรมอนามัย. คนไทยติดหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.multimediaanamai.moph.go.th/news/06032564>
5. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. ผลตรวจสุขภาพบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. คลินิกส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่; 2565.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.
7. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw- Hill; 1971.
8. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika. 1937;2(3):151–60.
9. Maslow AH. Theory of human motivation [Internet]. [cited 2022 Jan 18]. Available from: <https://www.simplypsychology.org/maslow.htm>
10. Kotler P. Marketing management: Analysis, planning, implementation and control. 9th ed. New Jersey: A Simon & Schuster Company; 1997
11. สุวรรณ น่านา โชค. ปัจจัยทางการตลาดขนมขบเคี้ยวที่มีผล ต่อการตัดสินใจเลือกซื้อของผู้บริโภค: กรณี ศึกษา บุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
12. กานต์ ถิ่นศิริสวัสดิ์, กอบัญญู คงนารัตน์, ณภัทร วงษ์มัตย์, ชีรภัทร กุณทลบุตร, เปรมอนันต์ สิ้นชัยพานิช, อภวิ ตั้งพรธิรักษ์. พฤติกรรมบริโภคอาหารของนักศึกษาแพทยชั้นปีที่ 3-5 คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.14456/vmj.2020.13>

13. สโรชิน สมพงษ์พันธุ์, อรัญญา อุดมเวช. พฤติกรรม การบริโภคอาหารของบุคลากร ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 2023;38(2):152-60. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/13839>
14. โสธยา แผลยจิต, ลักษณะ อัยจิรากุล, เทพธิดา นที อุทณ, พณิชา แก้วพิรา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานผสมน้ำตาล ของบุคลากรทางการแพทย์. TDNU. 2024;35(1):71-82
15. Cronbach LJ. The dependability of behavioral measurements: Theory of generalizability for scores and profiles. New York: Wiley; 1990.
16. รัตนาภรณ์ สาสีทา, คัตติยา อีวาโนวิช, ฉวีวรรณ บุญสุยา. ความรอบรู้ด้านโภชนาการ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: Nutrition literacy and eating behavior among undergraduate students of faculty of public health, Thammasat University. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2022;17(1):28-43
17. Skinner BF. Science and human behavior [Internet]. New York: Macmillan; 1953 [cited 2025 Apr 21]. Available from: https://archive.org/details/sciencehumanbeha0000skinn_p4g5
18. Montgomery C. Social learning theory [Internet]. Workforce LibreTexts; [cited 2025 Apr 21]. Available from: https://workforce.libretexts.org/Bookshelves/Food_Production_Service_and_Culinary_Arts/Senior_Internship%3A_Advanced_leadership_Development_-_Analysis_Evaluation_Creation_%28Thibodeaux_and_Daigle%29/01%3A_Modules/1.04%3A_Human_Social_Theory