

# พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร\*

ศิรดา กลิ่นชื่น<sup>1</sup> พัชราณี ภาวัตกุล<sup>2</sup> มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์<sup>3</sup> นิรัตน์ อิมามี่

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโภชนาวิทยา

<sup>2</sup> ภาควิชาโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น และแบบสัมภาษณ์ความถี่อาหารบริโภค กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยมุสลิมที่มีเส้นรอบวงเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน อายุ 31-59 ปี จำนวน 230 คน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 43.5 มีความถี่ในการบริโภคอาหารประเภทอาหารทอด อาหารใส่กะทิ อาหารจานเดียว อาหารหวาน ผัก และผลไม้ เฉลี่ย 14.91, 5.96, 5.73, 3.77, 8.59 และ 5.08 ครั้งต่อสัปดาห์ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงอ้วนลงพุง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง กว่าครึ่งมีการรับรู้อุปสรรค/ค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับต่ำ และเกือบทั้งหมดมีปัจจัยกระตุ้นอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาพบว่าอายุ ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยร่วมอื่นๆ ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม และมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ มีสิ่งแวดล้อมและแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เหมาะสม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมให้ชาวไทยมุสลิมในเขตหนองจอกมีความตระหนักเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร / ภาวะอ้วนลงพุง / ชาวไทยมุสลิม

\* Corresponding author: ผศ.ดร.พัชราณี ภาวัตกุล ภาควิชาโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Email: patcharane.pav@mahidol.ac.th

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## Food Consumption Behavior Among Metabolic Syndrome Risk Thai Muslim in Nongchok District, Bangkok

Sirada Klinchuen<sup>1</sup>, Patcharanee Pavadhgul<sup>2</sup>,

Manirat Therawiwat<sup>3</sup>, Nirat Imamee

<sup>1</sup> Student M.Sc. (Public Health) Major in Nutrition

<sup>2</sup> Department of Nutrition, Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>3</sup> Department of Health Education and Behavior Sciences, Mahidol University

### ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to determine food consumption behavior modifying factors, perception factors, stimulation factors and their association among metabolic syndrome risk Thai Muslim in Nongchok district Bangkok. Data were collected using a questionnaire consisted of 3 parts: 1) modifying factors 2) perception factors 3) stimulation factors and using food frequency questionnaire to assess food consumption behavior. Samples were 230 abdominal obesity, age 31-59 years. Data were analyzed the association by using chi-square test and Pearson's correlation coefficient.

The result of this study showed 43.5% of subject had high risk of food consumption behavior the frequency of diet intake, most of participants consumed such as fried food, coconut milk food, single-plate food, high-sugar food, vegetables and fruits average 14.91, 5.96, 5.73, 3.77, 8.59 and 5.08 meals per week, respectively the mean score of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit were at a moderate level but perceived barriers were at a low level. Statistically significant was found in the association between age, education, revenue and food consumption behavior ( $p < 0.05$ ) However, There were not significant association between perception factors, stimulating factors and food consumption behavior. Finding of this study showed that food consumption behavior, environmental and social support were improper, perceived barriers were at a low level. The health care providers should encourage preventive behavior about metabolic syndrome among Thai Muslim.

KEY WORDS: FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR / METABOLIC SYNDROME / THAI MUSLIM

---

\* Corresponding author: Assist. Prof. Patcharanee Pavadhgul, Department of Nutrition, Faculty of Public Health, Mahidol University email: patcharanee.pav@mahidol.ac.th

Thesis of M.Sc. (Public Health) Major in Nutrition, Faculty of Public Health, Mahidol University

## บทนำ

ภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) คือกลุ่มความผิดปกติของระบบเผาผลาญอาหารของร่างกาย ทั้งในกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน อันมีผลต่อความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ความดันโลหิต ตามลำดับ ตลอดจนปัจจัยที่เป็นสภาวะที่ส่งเสริมการเกิดลิ่มเลือด (Prothrombotic) และการอักเสบ (Proinflammatory) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดนั้นมักพบร่วมกับ ภาวะอ้วนลงพุง หรือ Central obesity ที่มีไขมันสะสมที่หน้าท้อง การพบภาวะอ้วนลงพุงจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>1</sup>

เขตหนองจอกเป็นเขตที่มีประชากรนับถือศาสนาอิสลาม ถึง 75 เปอร์เซ็นต์<sup>2</sup> การบริโภคอาหารของมุสลิม มีข้อกำหนดไว้ชัดเจนในพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งสิ้น<sup>3</sup> แต่ในปัจจุบันพบการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดในชาวไทยมุสลิมมากขึ้น ซึ่งสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการบริโภคอาหารด้วย จากข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครซึ่งให้บริการดูแลรักษาประชาชนในเขตหนองจอกและเขตใกล้เคียง พบว่า พ.ศ.2555

ประชาชนที่มารับการคัดกรอง จำนวน 3,574 คน มีภาวะสุขภาพเสี่ยงด้านสุขภาพ ร้อยละ 45 ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 30 เพศชายมีรอบเอวเกินร้อยละ 25.1 เพศหญิงร้อยละ 42.1 และพบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร้อยละ 39 กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 33 สูบบุหรี่ ร้อยละ 12 ดื่มสุรา ร้อยละ 8 และจากรายงานผลการคัดกรองความเสี่ยงของข้าราชการและลูกจ้างของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีจำนวน 215 คน พบว่า มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ร้อยละ 59 ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 22 รอบเอวเกิน ร้อยละ 27 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 34 กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร้อยละ 28 และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39 และจากสถิติโรคที่พบ 3 อันดับแรกของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคเบาหวาน<sup>4</sup>

จากข้อมูลจากการคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนเขตหนองจอก และสถิติการเกิดโรคที่พบในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีนั้น และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และจากการศึกษาวิถีชีวิตชาวไทยมุสลิมชุมชนหนองจอก ของธานี ไม้แก้ว พบว่า อาหารพื้นเมืองของคนมุสลิม เขตหนองจอก ที่พบ ได้แก่ ข้าวหมกไก่ ข้าวมันไก่ ซุปหางวัว และนิยมใช้กะทิ

เป็นส่วนประกอบในอาหารทั้งในชีวิตประจำวันและพิธีงานบุญ<sup>5</sup> ซึ่งอาหารเหล่านี้ประกอบไปด้วยพลังงานสูง ไขมันสูง และมีใยอาหารต่ำ จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารรวมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยกระตุ้นของชาวมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก และความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อนำไปสู่แนวทางในการดำเนินโครงการหรือจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงการเกิดภาวะอ้วนลงพุงในชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอกต่อไป

#### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยกระตุ้น ของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่กลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร
2. ปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้นของชาวไทยมุสลิมที่กลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

#### สมมุติฐาน

1. ชาวมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง
2. ปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยกระตุ้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง

#### ระเบียบวิธีวิจัย

##### รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ( Survey Research) รวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

(Cross-Sectional Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวไทยมุสลิมอายุ 31-59 ปี ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ที่ผ่านการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะโรคกลุ่ม Metabolic ในปี พ.ศ. 2556 จากโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี และเป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) ที่อาศัยอยู่ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร จำนวน 230 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ซึ่งมีขั้นตอนในการสุ่มดังนี้ จากการแบ่งแขวงตามขนาดประชากรเป็น ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ เลือกตัวแทนจากแขวงขนาดเล็ก ขนาดกลาง จำนวน 2 แขวง และขนาดใหญ่จำนวน 1 แขวง โดยเลือกจากแขวงที่มีจำนวนประชาชนชาวไทยมุสลิมมากที่สุดในแขวงแต่ละขนาดคัดเลือกชุมชนที่มีจำนวนประชากรที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์มากที่สุดในแต่ละแขวงจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี แขวงขนาดใหญ่แขวงละ 3 ชุมชน แขวงขนาดกลางแขวงละ 2 ชุมชน และแขวงขนาดเล็กแขวงละ 1 ชุมชน คำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชนโดยใช้อัตราส่วนตามสูตร Sample Size Proportion Allocation ทำการเลือกตัวอย่างในแต่ละชุมชน โดยสุ่มหมายเลข 1 ถึง a โดยที่  $a = 566/230 = 2.46$  หรือ 2 ทำการสุ่มตัวเลข 1 ถึง 2 ได้ หมายเลข 2 จึงทำ

การเก็บตัวอย่างคนที่ 2 ในช่วงละ 2 คน ตามรายชื่อจากการคัดกรองของแต่ละชุมชน

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นประชากรมุสลิมในเขตหนองจอก เพศชายและหญิง อายุ 31-59 ปี
2. เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงโดยผู้ชายมีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซม. ผู้หญิงมีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม.
3. เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังรุนแรง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตวาย เป็นต้น
4. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ผู้พิการเป็นใบ้
5. สม่ครใจให้ข้อมูลและลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

#### เกณฑ์การคัดออกจากเป็นประชากร (Exclusion criteria)

1. ไม่ได้พักอาศัยอยู่ในเขตหนองจอก ในวันที่เก็บข้อมูลและไม่สามารถติดต่อได้ภายในกำหนด
2. ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ตอบแบบสัมภาษณ์
3. ตั้งครรภ์

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ในเขตหนองจอก

กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 31-59 ปี โดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

แบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 3 ส่วน

1. แบบสอบถามปัจจัยร่วม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

2. แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรค โดยข้อคำถามมีจำนวน 22 ข้อ ใช้มาตราประเมินค่า (Rating scale) และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรค เป็น 5 ระดับ การประเมินผลคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรค แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของบลูม<sup>6</sup>

3. แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อภาวะเสี่ยงอ้วน

ลงพุง และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อภาวะเสี่ยงอ้วนลงพุง โดยข้อคำถามมีจำนวน 17 ข้อ การประเมินผล คะแนนปัจจัยกระตุ้นต่อภาวะอ้วนลงพุง แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของบลูม<sup>6</sup>

#### แบบสัมภาษณ์

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้แบบประเมินความถี่ในการบริโภคอาหาร เป็นคำถาม ที่เกี่ยวข้องกับชนิดอาหารหรือรายการอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งแบบประเมินนี้มีขั้นตอนการพัฒนาโดยชนิดหรือรายการอาหารได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์อาหารบริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมง กับชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 31 – 59 ปี และมีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 30 คน แล้วนำมาแยกรายการอาหาร โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกชนิดอาหารที่มีความถี่ 2 คนขึ้นไป จากนั้นนำมาพิจารณาจัดหมวดหมู่อาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง รวบรวมจากข้อมูลความถี่ในการบริโภคอาหาร ใช้มาตราประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่กินเลย, 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์, 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์, 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ และมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 34 ข้อ

การประเมินผลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้ แบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ระดับเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง โดยการประยุกต์ตามหลักแนวคิดของงบลุ่ม<sup>6</sup>

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบก่อนเพื่อพิจารณาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของข้อคำถาม ตรวจสอบแก้ไขดูความถูกต้อง ชัดเจน และปรับปรุงให้ถูกต้องตามคำแนะนำ

2. การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอกที่มีรอบเวาเกินเกณฑ์ ซึ่งยังไม่ได้รับการคัดกรองจากกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมดทดสอบหาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.84

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรอง MUPH2014-060 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานครและได้รับการอนุมัติตามหมายเลขหนังสือรับรอง 021 ผู้วิจัยจึงดำเนินการขออนุญาตประธานชุมชน และขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างภายในชุมชน โดยมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยสำหรับให้คำแนะนำกับกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามในแบบสอบถาม จำนวน 10 คน เป็นประธานอสส.ของแต่ละชุมชน หรือตัวแทนในแต่ละชุมชน

2. เตรียมการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยที่มีความรู้ด้านโภชนาการ สำหรับสัมภาษณ์แบบประเมินความถี่การบริโภคอาหาร จำนวน 3 คน

3. นัดหมาย วัน เวลา ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยลงเก็บข้อมูลในชุมชน

4. อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นหนังสือยินยอมตน

5. เริ่มการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 1, ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

อธิบายการทำแบบสอบถามและแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง

6. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับแบบสอบถามคืน พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง และทำการสัมภาษณ์ความถี่การบริโภคอาหารโดยนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมและมีความรู้ด้านโภชนาการ

7. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด นำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บรวบรวมและจัดการข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยข้อมูลจะถูกรักษาเป็นความลับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมผู้วิจัยนำข้อมูลมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์สถิติดังนี้

1. ข้อมูลด้านปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ การสูบบุหรี่ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้สถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วม ได้แก่

อายุ รายได้ต่อเดือน ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

#### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.5 มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี ถึงร้อยละ 46.5 ส่วนใหญ่ร้อยละ 77 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 19.6 เป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เกือบครึ่งร้อยละ 42.2 มีรายได้ต่อเดือน (เฉพาะกลุ่มตัวอย่าง) 5,001-10,000 บาท และพบว่าเพศหญิงไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 27.4 และอาชีพที่พบได้ รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 23 กลุ่มตัวอย่างมีการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 19.57 เพศชายร้อยละ 50.64 สูบบุหรี่

ความถี่การบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความถี่การบริโภคอาหารประเภทอาหารจานเดียว ข้าวราดกระเพราเนื้อ/ไก่ทุกวัน ร้อยละ 7.8 และบริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 3.5 ประเภทกับข้าวมีการบริโภค ปลาทอดทุกวัน ร้อยละ 21.3 และบริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 8.3 บริโภคไข่เจียวทุกวัน ร้อยละ 14.8 และบริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 10.9 บริโภคไก่ทอด/เนื้อทอดทุกวัน ร้อยละ 13 บริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 2.6 และมีการบริโภคน้ำพริกกะปิทุกวัน ร้อยละ 23.9 และ

บริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 8.7 ประเภทอาหารว่าง มีการบริโภคลูกชิ้นทอด/ไส้กรอกทอดทุกวัน ร้อยละ 9.1 และเกือบทุกวัน ร้อยละ 4.3 มีการบริโภคขนมปังไส้ต่างๆ ทุกวัน ร้อยละ 7.4 และบริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 3.9 ประเภทขนมหวาน มีการบริโภคอาหารเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย คุกกี้ ทุกวัน ร้อยละ 15.7 และบริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 16.1 ประเภทเครื่องดื่ม มีการบริโภคน้ำกาแฟ 3 in 1 ชนิดซอง ทุกวัน ร้อยละ 15.7 และเกือบทุกวัน ร้อยละ 16.1 ประเภทผลิตภัณฑ์นม มีการบริโภคนมจืดทุกวัน ร้อยละ 7.4 และ

เกือบทุกวัน ร้อยละ 4.3 ประเภทผัก มีการบริโภคผักประเภทใบเช่น ผักบุ้ง กวางตุ้ง ทุกวัน ร้อยละ 27 และบริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 13 ประเภทผลไม้ มีการบริโภคผลไม้ที่ไม่หวาน เช่น ฝรั่ง ชมพู่ ทุกวัน ร้อยละ 11.7 และบริโภคเกือบทุกวัน ร้อยละ 7.4

เมื่อนำชนิดอาหารมารวมกลุ่มกันตามประเภทของการประกอบอาหาร และรวมกลุ่มผลไม้ทั้งสองชนิดรวมกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารประเภทอาหารทอดเฉลี่ยสูงถึง 14 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีการบริโภคผักเฉลี่ยเพียง 8.6 ครั้งต่อสัปดาห์

**ตารางที่ 1** ความถี่การบริโภคอาหาร (ครั้ง/สัปดาห์) แยกตามกลุ่มประเภทอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง

ประเภทอาหาร	ความถี่การบริโภคอาหาร (ครั้ง/สัปดาห์)		
	$\bar{x} \pm S.D.$	Min	Max
1. อาหารทอด	14.91±11.21	1.5	60
2. อาหารใส่กะทิ	5.96±5.38	0	34.50
3. อาหารจานเดียว	5.73±5.41	0	38
4. อาหารหวาน	3.77±5.20	0	43
5. ผัก	8.59±7.81	0	36
6. ผลไม้	5.08±5.01	0	36

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 91.6 คะแนน และเมื่อจัดระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 37.8 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับเสี่ยงปานกลาง

ปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วย 4 ด้านคือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษา การรับรู้อุปสรรคค่าใช้จ่าย เมื่อจัดลำดับคะแนนปัจจัยการรับรู้ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 55.2 มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุงอยู่

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.9 มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.9 มีการรับรู้อุปสรรค/ค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยกระตุ้นได้แก่ สิ่งแวดล้อมและแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อจัดลำดับคะแนนปัจจัยกระตุ้นเป็นระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยกระตุ้นอยู่ในระดับต่ำถึง ร้อยละ 96.1

**ตารางที่ 2** จำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น

ปัจจัยการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการบริโภคอาหาร</b>		
ระดับเสี่ยงต่ำ	43	18.7
ระดับเสี่ยงปานกลาง	87	37.8
ระดับเสี่ยงสูง	100	43.5
<b>ปัจจัยการรับรู้</b>		
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง		
ระดับสูง	25	10.9
ระดับปานกลาง	127	55.2
ระดับต่ำ	78	33.9
Mean= 27.42	S.D.= 4.10	Min= 9 Max=39
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง		
ระดับสูง	72	31.3
ระดับปานกลาง	132	57.4
ระดับต่ำ	26	11.3
Mean= 11.80	S.D.= 2.02	Min= 3 Max=15

**ตารางที่ 2** จำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น (ต่อ)

ปัจจัยการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค		
ระดับสูง	61	26.5
ระดับปานกลาง	101	43.9
ระดับต่ำ	68	29.6
Mean= 31.43    S.D.= 4.57    Min= 15    Max= 40		
การรับรู้อุปสรรค/ค่าใช้จ่าย		
ระดับสูง	31	13.5
ระดับปานกลาง	75	32.6
ระดับต่ำ	124	53.9
Mean= 12.74    S.D.= 3.42    Min= 4    Max= 20		
ปัจจัยกระตุ้น		
ระดับสูง	2	0.9
ระดับปานกลาง	7	3
ระดับต่ำ	221	96.1
Mean= 11.70    S.D.= 2.60    Min = 7    Max= 22		

\* p-value < 0.05

\*\* p-value < 0.001

เมื่อพิจารณาปัจจัยกระตุ้นเป็นรายข้อพบว่าในชุมชนที่ทำการศึกษาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนลงพุง และไม่มีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้นที่ระบุว่าในชุมชนมีสถานที่หรือแหล่งที่ให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง แต่ทุกชุมชนมีแหล่งจำหน่ายอาหาร

ประเภทผักและผลไม้ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยไปซื้ออาหารประเภทผักและผลไม้จากแหล่งจำหน่ายดังกล่าวร้อยละ 80.9 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกในการซื้ออาหารประเภทผักและผลไม้จากแหล่งดังกล่าวร้อยละ 90.4 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างซื้ออาหารปรุงสำเร็จร้อยละ 71.7 เฉลี่ย 3.43 ครั้งต่อสัปดาห์ คนในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างสนับสนุนการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.6 ในส่วนของเพื่อน

ร่วมงาน หรือเพื่อนบ้านให้การสนับสนุนในการดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 37.8 และพบว่าเจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพใน

ชุมชน มีการจัดให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะอ้วนลงพุงเพียงร้อยละ 16.1

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n=230)

ปัจจัย/ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	$\chi^2$	p-value
<b>ปัจจัยร่วม</b>			
เพศ		3.752	0.153
อายุ	-0.198		0.003
สถานภาพสมรส		1.042	0.594
รายได้	0.135		0.041
การศึกษา		23.129	0.000
อาชีพ		6.852	0.143
การสูบบุหรี่		4.708	0.095
<b>ปัจจัยการรับรู้</b>			
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง	-0.010		0.874
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง	-0.060		0.365
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	0.097		0.142
การรับรู้อุปสรรค/ค่าใช้จ่าย	0.017		0.800
<b>ปัจจัยกระตุ้น</b>			

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผลการศึกษพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-0.198, p<0.01$ ) ระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.00$ ) รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = 0.135, p<0.05$ ) ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร และพบว่า ปัจจัยร่วมอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การสูบบุหรี่ ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงอ้วนลงพุง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคและค่าใช้จ่าย และปัจจัยกระตุ้น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

อภิปรายผล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงส่วนใหญ่ ร้อยละ 22.2 มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเสี่ยงสูง โดยมีการบริโภคปลาทอดทุกวันร้อยละ 21.3 บริโภคน้ำพริกกะปิทุกวันร้อยละ 23.9 และมีการบริโภคผักทุกวันเพียงร้อยละ 27 ซึ่ง

สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ประชากรไทย อายุ 30-44 ปี และอายุ 45-59 ปี มีการบริโภคผลไม้ น้อยกว่า 1 ส่วนต่อวันถึงร้อยละ 48.4 และ 49.8 ตามลำดับ และพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการบริโภคอาหารทอด เกือบทุกวันร้อยละ 14.5 และบริโภคผักทุกวันร้อยละ 7.7<sup>7</sup> และองค์การอนามัยโลกรายงานว่าพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้ลดน้อยลง การบริโภคอาหารพลังงานสูง การบริโภคเกลือ การบริโภคไขมัน ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง<sup>8</sup>

ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การสูบบุหรี่ ของชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง<sup>9</sup> พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่ขัดแย้งกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่ว่าปัจจัยส่วนบุคคล

เป็นส่วนประกอบหนึ่งในการคาดหวังพฤติกรรม<sup>10</sup> แต่จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.198$ ,  $p < 0.01$ ) เมื่ออายุมากขึ้นจะใส่ใจดูแลสุขภาพมากกว่าจึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับเสี่ยงต่ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup> ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 40-49 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 20-29 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.03$ ) ผู้ที่จบการศึกษาสูงย่อมเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและมีโอกาสเรียนรู้และแสวงหาข้อมูลที่ก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ามารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม<sup>12</sup> ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.135$ ,  $p < 0.05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup> พบว่า

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างในทุกกลุ่มรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยการรับรู้ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษา การรับรู้อุปสรรคค่าใช้จ่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ทฤษฎีของเบคเกอร์<sup>12</sup> อธิบายไว้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการรับรู้สูงต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ และต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อตนเองอีกทั้งต้องเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัติสามารถลดการคุกคามของโรคต่อสุขภาพได้จริง แต่จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ จึงส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชนิดไม่ทราบสาเหตุ<sup>14</sup> พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยกระตุ้น จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยกระตุ้น ด้านสิ่งแวดล้อมและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษณี สุขพิมาย<sup>9</sup> พบว่า การมีตลาดนัดสนามกีฬา และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์<sup>15</sup> ที่ว่าคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม จะช่วยเกื้อหนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ และขัดแย้งกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนปัจจัยกระตุ้นในระดับต่ำถึงร้อยละ 97.4 ซึ่งอาจทำให้ไม่พบความแตกต่าง

จากการศึกษาพบว่าชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง มีความถี่สูงในการบริโภคอาหารประเภททอด

และบริโภคผักผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ธงโภชนาการแนะนำ มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ มีปัจจัยกระตุ้นได้แก่สิ่งแวดล้อมและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาในครั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้ชาวไทยมุสลิมมีความตระหนักเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัย หรือตัวแปรเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ครอบคลุม เช่น การรับรู้ความสามารถตนเอง
2. ควรมีการให้คำแนะนำหรือฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยจนเกิดความเข้าใจและเชี่ยวชาญในการเก็บข้อมูล
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก มาพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงชาวไทยมุสลิมให้เหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ทุกท่านที่ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย โรงพยาบาล

เวชการุณย์รัศมี สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และสมาคมแพทย์มุสลิม ในครั้งนี้มีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนในงานวิจัยนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. Metabolic syndrome (โรคอ้วนลงพุง). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ 2549; 1: 5-17
2. สำนักงานเขตหนองจอก. ข้อมูลทั่วไปเขตหนองจอก. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก <http://www.bangkok.go.th/nongchok/>
3. มนัส วงศ์เสงี่ยม. การสร้างเสริมสุขภาพะแนวทางอิสลาม. วารสารสมาคมแพทย์มุสลิม รายงานกิจกรรม ประจำปี พ.ศ. 2550-2553: 50-65.
4. ฐานข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง และข้อมูลเวชสถิติ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี.
5. รัชณี ไม้แก้ว. วิถีชีวิตชาวไทยมุสลิมชุมชนหนองจอก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ไทยศึกษา)]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2545.
6. Bloom. Taxonomy of Education Objective Handbook I: Cognitive Domain. New York; David Mckay. 1971.
7. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด; 2553.
8. World Health Organization. Unhealthy diet.[Online]. 2013 [Accessed 2012 Nov 2013]. Available form: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/unhealthy\\_diet\\_text/en/index.htm](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/unhealthy_diet_text/en/index.htm).
9. เกษณี สุขพิมาย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง. [ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
10. สุรีย์ ธรรมิกบวร. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2558]. เข้าใจได้จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/PD.pdf>
11. เครือวัลย์ เก้าเอี้ยน, กฤตกรณ ประทุมวงษ์, กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. วารสารคณะพลศึกษา 2555; 15: 179 – 92.

12. วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง. พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม; มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2557.
13. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monograph 1994; 2: 408-19.
14. พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์. ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2554; 26: 450-60.