



แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี

HEALTH BELIEFS AND ITS RELATION TO DIETARY BEHAVIOR TO PREVENT NON –
COMMUNICABLE DISEASES (NCDS) AMONG JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS
IN MUEANG DISTRICT, CHONBURI PROVINCE

โดย

ทริสลักษณ์ ก่อเกียรติ์จิณกร
จุฑานภา พุ้ยน้อย

ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้จากความสนับสนุนอย่างดีจากคณะผู้บริหารของศูนย์อนามัยที่ 6 นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ ผู้อำนวยการ นางศิริพร จริยาจิรวัฒนา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ นางสาวจิรัฐศรี สุวรรณบำรุงชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นางวรรณภาพร งามศิริ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และนางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการดำเนินงานและให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์อย่างมาก รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ช่วยตรวจสอบงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงใคร่ขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือเสมอมา รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึง ที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี คุณค่าประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่น และประชาชนให้มีสุขภาพดีต่อไป

ทรัชลักษณ์ ก่อเกียรติธัญกร

พฤศจิกายน 2567

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี

ทริสลักษณ์ ก่อเกียรติธัญกร* จุฑานภ พุ้ยน้อย**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 392 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square Test ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 อายุ 14-15 ปี ร้อยละ 60.8 มีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 59.9 และมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 19.3 ความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดหวาน มัน เค็มอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 34.7 และระดับน้อย ร้อยละ 29.3 ด้านความเชื่อสุขภาพตามการรับรู้รายด้านต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ร้อยละ 50.8 การรับรู้ความรุนแรง ร้อยละ 49.7 และการรับรู้ประโยชน์ ร้อยละ 58.7 อยู่ในระดับดี ขณะที่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 45.2 และการรับรู้สิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.9 เมื่อพิจารณาระดับความเชื่อสุขภาพรวมทั้ง 5 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 71.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 27.3 และระดับดี ร้อยละ 10.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบ เพศ อายุ และภาวะโภชนาการ ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เช่นเดียวกับความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดหวาน มัน เค็ม ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($p > 0.05$) ในทางกลับกัน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมมากกว่าอย่างชัดเจน การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยรุ่นเรียน มากกว่าปัจจัยพื้นฐานหรือความรู้ด้านฉลากอาหาร ดังนั้นการส่งเสริมทัศนคติด้านสุขภาพ การสร้างแรงบันดาลใจสนับสนุนจากครอบครัวและโรงเรียน และการพัฒนาทักษะการอ่านฉลากอาหาร จึงเป็นแนวทางสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เหมาะสมในกลุ่มนักเรียนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ / พฤติกรรมการบริโภคอาหาร / โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Health beliefs and its Relation to Dietary Behavior to prevent Non-communicable Diseases (NCDs) among Junior High School Students in Mueang District, Chonburi Province.

Trusalak Korkiatthanyakorn* Juthanop Phuynoi**

Abstract

This study employed a cross-sectional analytical research design to investigate eating behaviors and to examine the factors associated with food consumption behaviors for the prevention of non-communicable diseases (NCDs). The study population consisted of 392 lower secondary school students in Mueang District, Chonburi Province. Data were collected using a questionnaire based on the Health Belief Model related to eating behaviors for NCD prevention among lower secondary school students. Descriptive statistics and Chi-square tests were used for data analysis. Data collection took place between January and December 2024.

The results showed that most participants were female (55.4%) and aged 14–15 years (60.8%). More than half had normal nutritional status (59.9%), while 19.3% were overweight or obese. Knowledge regarding reduced-sugar, reduced-fat, and reduced-sodium food labels was generally high (36.0%), followed by moderate (34.7%) and low (29.3%) levels. For health belief components, most students demonstrated high levels of perceived susceptibility (50.8%), perceived severity (49.7%), and perceived benefits (58.7%). Perceived barriers were mostly low (45.2%), while cues to action were at a moderate level (44.9%). Overall, health belief levels across all five components were predominantly moderate (71.2%). Food consumption behaviors for NCD prevention were mostly at a moderate level (62.0%), followed by low (27.3%) and high (10.7%) levels. Chi-square analysis indicated that gender, age, and nutritional status were not significantly associated with food consumption behaviors ($p > 0.05$). Similarly, knowledge of food labeling was not significantly related to food consumption behaviors ($p > 0.05$). In contrast, overall health beliefs showed a significant association with food consumption behaviors ($p < 0.001$), with students who had higher health belief levels demonstrating more appropriate food consumption behaviors. In conclusion, the findings highlight that health beliefs are a key determinant influencing healthy food consumption behaviors among adolescents, more so than demographic factors or label knowledge alone.

Promoting positive health attitudes, strengthening support from families and schools, and enhancing food label literacy are essential strategies to foster sustainable healthy eating behaviors and reduce NCD risks in school-aged populations.

Keywords: Health Belief Model / Eating Behavior / Non-Communicable Diseases

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง.....	5
ข้อมูลผลผลิตภัณฑอาหาร และฉลากโภชนาการ	6
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	13
ความหมายเด็กวัยเรียนวัยรุ่น.....	18
พัฒนาการของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น.....	20
การบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น	21
เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น.....	24
ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ	27
ความหมายพฤติกรรมบริโภคอาหาร	27
การบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น	28
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
กรอบแนวคิดการวิจัย	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
ขั้นตอนการดำเนินงาน.....	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41
การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง.....	41
4 ผลการวิจัย.....	42
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร	44
ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้.....	42
พฤติกรรมบริโภคอาหาร	45
การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภค.....	46
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	50
สรุปผลการวิจัย	50
อภิปรายผล	56
ข้อเสนอแนะ	59
บรรณานุกรม	60
ภาคผนวก	65

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ปริมาณอาหารที่แนะนำใน 1 วัน สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี และอายุ 12-18 ปี.....	23
2 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลความรู้กลุ่มตัวอย่าง	37
3 เกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น	38
4 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลความเชื่อด้านสุขภาพ	38
5 เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	39
6 เกณฑ์การการแปลผลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	39
7 เกณฑ์จำแนกพฤติกรรมการบริโภคเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์.....	40
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	43
7 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรู้รายข้อ.....	41
8 ระดับความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดหวาน มัน เค็ม	44
9 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน และรายข้อ	44
10 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	45
11 จำนวนและร้อยละจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	45
12 ความสัมพันธ์ เพศ อายุ ภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภค	46
13 ความสัมพันธ์ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดหวานมันเค็มกับพฤติกรรมการบริโภค ..	47
14 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	49

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบข้อมูลฉลากโภชนาการ และส่วนประกอบของฉลากโภชนาการ	8
2. เปรียบเทียบข้อมูลฉลากโภชนาการ 2 ชนิด	10
3. ฉลาก GDA และส่วนประกอบของฉลาก GDA.....	11
4. รูปแบบสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ.....	13
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	16
6. ธงโภชนาการสำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี และ อายุ 12-18 ปี.....	23
7. กราฟแสดงเกณฑ์การเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อายุ 6-19 ปี.....	26
8. กรอบแนวคิดการวิจัย	33
9. Flow Chart ดำเนินงาน.....	36

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในวัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีความเป็นอิสระและสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือการใช้เวลาว่างอย่างสร้างสรรค์ เด็กวัยเรียนที่มีสุขภาพดีจะเติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาว อย่างไรก็ตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลให้พฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กมีแนวโน้มไม่เหมาะสมมากขึ้น ทั้งจากอิทธิพลของสื่อโฆษณา การบริโภคอาหารนอกบ้าน และความสะดวกของอาหารจานด่วน ซึ่งมักมีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง การบริโภคอาหารประเภทนี้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เด็กวัยเรียนจำนวนมากเผชิญภาวะโภชนาการเกิน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง¹⁻² ข้อมูลจากกรมอนามัยระหว่างปีงบประมาณ 2557–2562 พบว่าเด็กไทยมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.7 เป็นร้อยละ 13.6³ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารนมกรูบกรอบ อาหารทอด และเครื่องดื่มน้ำตาลสูงเป็นประจำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนภรณ์ อินทร์โสภณ⁴ ซึ่งพบว่าเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ 6 มีภาวะท้วม เริ่มอ้วนและอ้วนรวมกันสูงถึงร้อยละ 20.1 อีกทั้งยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากร้านอาหาร หรือฟาสต์ฟู้ดเป็นประจำถึงร้อยละ 56.4 และดื่มเครื่องดื่มเป็นประจ้าร้อยละ 37.8 นอกจากนี้ ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ปี 2568 พบว่า เด็กอายุ 6–14 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 มีภาวะสูงตีสมส่วนเพียงร้อยละ 57.67 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ (เป้าหมาย ≥ 61) ขณะเดียวกันภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 13.67 เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย ≤ 11.5) โดยเฉพาะจังหวัดสมุทรปราการ (ร้อยละ 17.84) ชลบุรี (ร้อยละ 15.71) และจันทบุรี (ร้อยละ 15.36) ซึ่งเป็นพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงอาหารจานด่วน และเครื่องดื่มรสหวานได้ง่าย โดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจของภาคตะวันออก พบว่าแนวโน้มภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนยังคงอยู่ในระดับสูงระหว่างร้อยละ 15.29–15.73 ตลอดช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แม้จะมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กยังคงได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตเมืองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁵

เด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เด็กที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน และมีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติถึง 4 เท่า โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยอย่างต่อเนื่อง⁶ อีกทั้งภาวะอ้วนยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกาย ทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง เหนื่อยง่าย และมีความยืดหยุ่นในการเคลื่อนไหวต่ำ ซึ่งกระทบต่อการเรียนรู้และการเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย⁷ ในด้านจิตใจ เด็กมักเผชิญกับการถูกล้อเลียน

และตีตราทางรูปร่าง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า ไม่มั่นใจในตนเอง และมีแนวโน้มเกิดความเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า⁸ นอกจากนี้ ภาวะอ้วนยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและภาครัฐจากการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี⁹ ปัญหานี้จึงไม่เพียงกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก แต่ยังส่งผลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และภาระทางเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว

จากสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนจำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)” ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมุ่งเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และสิ่งชักนำการปฏิบัติตน ซึ่งล้วนมีผลต่อการตัดสินใจเลือกแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมสุขภาพ¹⁰ หากเด็กวัยเรียนมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยง และผลกระทบจากภาวะอ้วน รวมถึงเห็นคุณค่าของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคไปในทางที่ดีขึ้น ในทางกลับกัน หากรับรู้อุปสรรคมากเกินไป เช่น อาหารสุขภาพมีราคาสูงหรือเข้าถึงยาก ก็อาจทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี” เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้กำหนดแนวทางการพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน

ขอบเขตของการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป้าหมาย คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567 ทั้งหมด 16,034 ราย และได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 392 ราย จากการสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two Stages Sampling)

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทั่วไป (เพศ อายุ ภาวะโภชนาการ) การรับรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดหวานมันเค็ม และความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ได้แก่ การ

รับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

พื้นที่ทำการวิจัย การเก็บข้อมูลดำเนินการในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้รับการสุ่มเลือกเป็นตัวแทนตามขนาดโรงเรียน (ใหญ่พิเศษ, ใหญ่, กลาง และเล็ก) ทั้งหมดจำนวน 4 โรงเรียนประกอบด้วย โรงเรียนชลกลยานุกูล, โรงเรียนหนองรีมิงมงคลสุขสวัสดิ์, โรงเรียนบ้านสวน (จันทนุสรณ์), โรงเรียนวัดทองคั้ง “ไพโรจน์ประชาสรรค์”

ระยะเวลาในการดำเนินงาน และวิธีการเก็บข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ใช้วิธีการแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารและครูประจำชั้นเพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ ในวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างชัดเจน เพื่อสร้างความเข้าใจและความมั่นใจแก่ผู้เข้าร่วม หลังจากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้นักเรียนตอบด้วยตนเองภายในห้องเรียน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคอยดูแลอำนวยความสะดวก และตอบข้อซักถาม ระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสอดคล้องของข้อมูล เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นจะรวบรวมและนำเข้าสู่การวิเคราะห์ทางสถิติ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร **ลดหวาน มัน เค็ม** หมายถึง ฉลากโภชนาการหรือฉลากอาหารที่แสดงข้อมูลโภชนาการของอาหารนั้นอยู่ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่ระบุรายละเอียดของชนิดและปริมาณสารอาหารที่มีในอาหาร เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพช่วยให้ทราบถึงชนิด และปริมาณสารอาหารที่จะได้รับ ทำให้รับประทานอาหารพอดีกับความต้องการของร่างกาย ไม่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมมากเกินไปจนเป็นภาระของร่างกายในแต่ละวัน ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกลึกซึ้ง ทศนคติที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ถึงประโยชน์, การรับรู้ต่ออุปสรรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็น ว่ามีความเสี่ยงของการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม จากการไม่อ่านหรือไม่สนใจข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง การทราบถึงความอันตรายจากการไม่อ่านข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารและการบริโภคอาหารลดหวานมันเค็มต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การรับรู้ถึงประโยชน์ หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลดีและมีประโยชน์ต่อตนเอง เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทราบถึงข้อดีของการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารและการบริโภคอาหารลดหวานมันเค็มต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การรับรู้ต่ออุปสรรค หมายถึง ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่คาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหา ความไม่สะดวก ที่ทำให้ไม่สามารถอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารและการบริโภคอาหารลดหวานมันเค็มต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง ความเชื่อที่มีผลต่อการชักนำให้ทำตาม เพื่อกระตุ้นหรือจูงใจให้ทำให้ต้องอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารและการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็มต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ เลือกบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนา มีสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอต่อสุขภาพ จากความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารและการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็มต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มของโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีผลต่อการป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร เป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ซึ่งโรคกลุ่มนี้จะค่อย ๆ สะสมอาการ เมื่อมีอาการของโรคแล้วจะเกิดการเรื้อรังของโรคตามมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึง เด็กวัยเรียนวัยรุ่นที่มีอายุ 10 ปีเต็ม ถึง 19 ปี 11 เดือน 29 วัน มีสัญชาติไทย เป็นนักเรียนที่อยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไม่มีความพิการทางร่างกายและสมอง สามารถใช้ภาษาไทยสื่อสาร ได้ตอบที่ได้ใจความ ยินยอมให้ข้อมูล

ภาวะโภชนาการ หมายถึง การเจริญเติบโตของร่างกาย ด้านน้ำหนัก ส่วนสูง ซึ่งใช้เป็นดัชนีบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการ แปรผลตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี กรมอนามัย พ.ศ. 2564 โดยแบ่งตามเกณฑ์ ได้แก่ ผอม ค่อนข้างผอม สมส่วน ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน

ภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ปกติ หมายถึง ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน “สมส่วน” น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับส่วนสูง โดยเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อ้างอิงตามเกณฑ์ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ หมายถึง ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน “ค่อนข้างผอม ผอม” โดยเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อ้างอิงตามเกณฑ์ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภาวะโภชนาเกินเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน “ท้วม เริ่มอ้วน อ้วน” โดยเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อ้างอิงตามเกณฑ์ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ จึงจำเป็นต้องศึกษาทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อทำความเข้าใจกรอบแนวคิดพื้นฐานของการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจบริโภคของวัยรุ่น ซึ่งให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดกรอบแนวคิด รูปแบบการวิเคราะห์ และผลการวิจัยได้อย่างเหมาะสม รายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลผลากผลิตภัณฑ์อาหาร และผลากโภชนาการ
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ความหมายเด็กวัยเรียนวัยรุ่น และพัฒนาการของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น
5. การบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น
6. เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น
7. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (General Characteristics of Participants) หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานที่สะท้อนถึงคุณลักษณะทางกายภาพและชีวภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลดังกล่าวช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทและความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการรับรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจเลือกอาหารของแต่ละบุคคล ¹¹

ลักษณะทั่วไปที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. **เพศ (Sex)** หมายถึง ลักษณะทางชีววิทยาที่แบ่งบุคคลออกเป็นชายและหญิง ซึ่งเพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการบริโภคอาหาร โดยทั่วไปเพศหญิงมักให้ความสำคัญกับรูปร่างและน้ำหนักตัวมากกว่าเพศชาย ขณะที่เพศชายมักบริโภคอาหารพลังงานสูงหรืออาหารจานด่วนมากกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสี่ยงของภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว ¹²
2. **อายุ (Age)** หมายถึง ระยะเวลาการมีชีวิตนับตั้งแต่เกิดจนถึงช่วงเวลาที่เกี่ยวข้อง อายุเป็นตัวแปรสำคัญทางประชากรศาสตร์ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยในวัยรุ่น (อายุ 12–15 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้น หากขาดการดูแลเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะโภชนาการเกินหรือต่ำกว่าเกณฑ์ได้ง่าย ¹³
3. **น้ำหนักตัว (Body Weight)** หมายถึง มวลรวมของร่างกายที่วัดได้เป็นกิโลกรัม ซึ่งสะท้อนถึงสถานะทางโภชนาการในเบื้องต้น น้ำหนักตัวที่มากหรือน้อยเกินไปอาจเป็นสัญญาณของปัญหาทางสุขภาพ

หรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงและขาดกิจกรรมทางกาย ¹⁴

4. **ส่วนสูง (Height)** หมายถึง ความยาวของร่างกายที่วัดจากศีรษะถึงเท้า เป็นตัวชี้วัดการเจริญเติบโต และพัฒนาการทางกายของเด็กวัยเรียน หากส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์อาจสะท้อนถึงภาวะทุพโภชนาการ เรื้อรังส่วนผู้ที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์แสดงถึงภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและได้รับสารอาหารครบถ้วน ¹⁵
5. **ภาวะโภชนาการ (Nutritional Status)** หมายถึง สภาวะของร่างกายที่สะท้อนความสมดุลระหว่างการได้รับสารอาหารกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้จากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หรือน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight-for-Height) ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมช่วยให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตสมวัย ขณะที่ภาวะโภชนาการเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ¹⁶

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และภาวะโภชนาการ เป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนพื้นฐานด้านสุขภาพ และสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางวิชาการ

ข้อมูลจากผลิตภัณฑ์ฉลากอาหาร และฉลากโภชนาการ

สังคมปัจจุบันผู้บริโภคมีการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ฉลากบนบรรจุภัณฑ์ของผลิตภัณฑ์อาหารจึงกลายเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร และให้ความรู้กับผู้บริโภคที่มีความสำคัญมาก และยังเป็นช่องทางที่สำคัญของผู้ผลิตในการโฆษณา ประชาสัมพันธ์สินค้าแก่ผู้บริโภค เพื่อเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์ และโอกาสในการแข่งขันทางการค้า นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคยังใช้ฉลากเป็นเครื่องมือในการติดตามและทวนสอบคุณภาพอาหารหลังจากออกสู่ท้องตลาดด้วย ทั้งนี้ ฉลากที่มีข้อมูลครบถ้วนและเข้าใจง่ายย่อมช่วยให้ผู้บริโภคสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่มีคุณค่าโภชนาการเหมาะสม ฉลากบนบรรจุภัณฑ์ของผลิตภัณฑ์อาหาร มี 2 ประเภท ได้แก่ ฉลากอาหาร และฉลากโภชนาการ

ข้อมูลฉลากอาหาร หมายถึง ข้อความ รูปภาพ สัญลักษณ์ หรือข้อมูลอื่นใดที่แสดงอยู่บนบรรจุภัณฑ์ของผลิตภัณฑ์อาหาร ไม่ว่าจะเป็นฉลากหลักหรือฉลากรอง โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และเพียงพอแก่ผู้บริโภคในการพิจารณาเลือกซื้อ และบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารอย่างปลอดภัยและเหมาะสม ข้อมูลสำคัญที่ปรากฏบนฉลากอาหาร ได้แก่ ชื่ออาหาร รายการส่วนประกอบ วันเดือนปีที่ผลิต และหมดอายุ ปริมาณสุทธิ เลขสารบบอาหาร รวมถึงข้อมูลทางโภชนาการในบางผลิตภัณฑ์ การแสดงฉลากอาหารที่ถูกต้องถือเป็นความสำคัญด้านความปลอดภัยของอาหาร (food safety) และความมั่นคงทางสุขภาพ (health security) เนื่องจากผู้บริโภคสามารถใช้ข้อมูลบนฉลากเพื่อตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง ทั้งในด้านโภชนาการ ศาสนา โรคประจำตัว หรือภาวะสุขภาพเฉพาะ เช่น ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่มีน้ำตาลสูงได้จากการอ่านฉลากก่อนซื้อ นบบริบทของการส่งเสริมสุขภาพ ฉลากอาหารมีบทบาทสำคัญในการ ป้องกันโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เนื่องจากช่วยกระตุ้นให้ผู้บริโภคให้ความสำคัญกับสารอาหารและปริมาณพลังงานในแต่ละหน่วยบริโภค โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายอย่างเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ที่มีกบริโภคอาหารแปรรูป เครื่องดื่มรสหวาน และขนมขบเคี้ยวเป็นประจำ หากสามารถเรียนรู้และฝึกฝนการอ่านฉลากอาหารได้ตั้งแต่อายุน้อย ก็จะเป็นพื้นฐานของการเลือก

บริโภคอย่างมีวิจารณญาณในระยะยาว ในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย มีการส่งเสริมและพัฒนาระบบฉลากเพิ่มเติม เช่น สัญลักษณ์ "ทางเลือกสุขภาพ" ซึ่งเป็นการรับรองจากภาครัฐว่าผลิตภัณฑ์นั้นมีคุณภาพทางโภชนาการที่ดีกว่าผลิตภัณฑ์ในกลุ่มเดียวกัน ถือเป็นมาตรการเชิงรุกที่ช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น กล่าวโดยสรุป ฉลากอาหารไม่เพียงเป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกเชิงระบบที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอย่างรู้เท่าทันและปลอดภัย ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในวัยกำลังเติบโต

องค์ประกอบสำคัญของฉลากอาหาร :

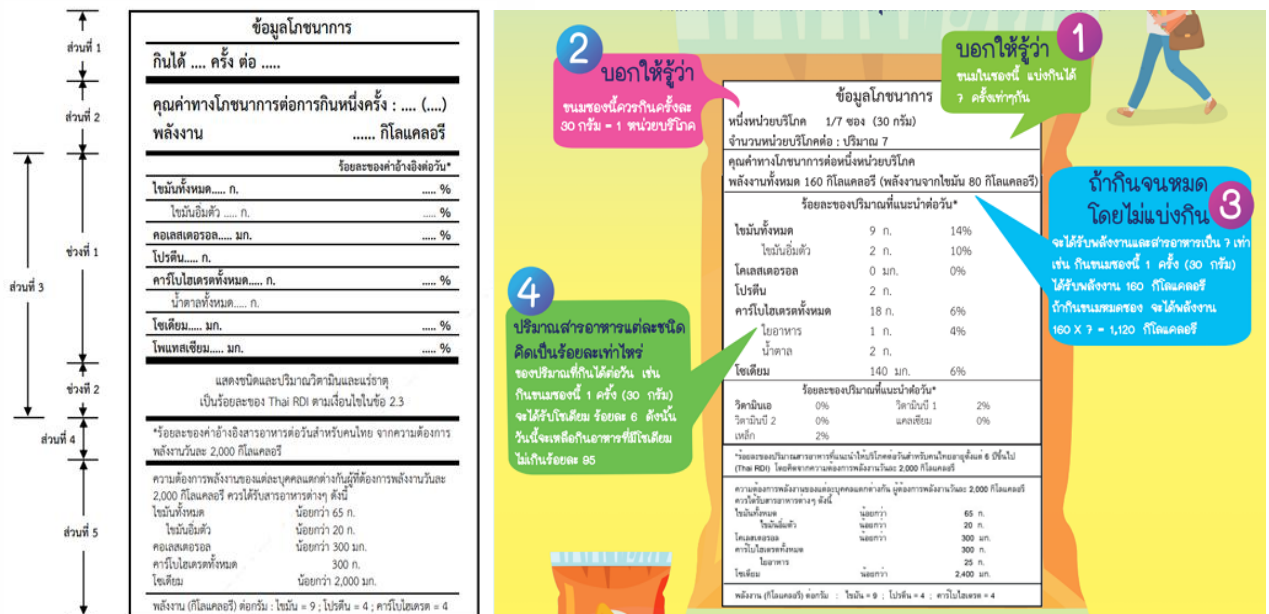
1. **ชื่ออาหาร** บ่งบอกประเภทของอาหาร หรือเครื่องดื่มให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้บริโภคทราบว่าผลิตภัณฑ์นั้นคืออะไร เช่น น้ำผลไม้แท้ 100% หรือเครื่องดื่มปรุงแต่งกลิ่นผลไม้
2. **รายการส่วนประกอบ** ระบุวัตถุดิบหรือสารต่าง ๆ ที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยตามน้ำหนัก ช่วยให้ผู้บริโภคทราบว่าผลิตภัณฑ์นั้นมีส่วนผสมหลักเป็นอะไร เช่น น้ำตาล ไขมัน หรือ แป้ง
3. **วันผลิตและวันหมดอายุ** เป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้ผู้บริโภคประเมินความสดใหม่ของผลิตภัณฑ์ และหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่อาจหมดอายุและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
4. **ข้อมูลโภชนาการ** แสดงคุณค่าทางโภชนาการ เช่น พลังงาน ไขมัน น้ำตาล โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และโซเดียม โดยส่วนใหญ่แสดงต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (serving size) และอาจมีการแสดงเปอร์เซ็นต์ของปริมาณที่แนะนำต่อวัน (Recommended Daily Intake) เพื่อใช้เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ได้
5. **คำเตือนหรือคำแนะนำพิเศษ** เช่น คำเตือนเกี่ยวกับสารก่อภูมิแพ้ (allergen information) หรือข้อความสำหรับกลุ่มเฉพาะ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว
6. **สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice Symbol)** ช่วยชี้แนะให้ผู้บริโภคสามารถเลือกผลิตภัณฑ์ที่ผ่านเกณฑ์ด้านโภชนาการได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะสำหรับเด็กและผู้มีสุขภาพ
7. **ปริมาณสุทธิ (Net Content)** แสดงปริมาณของผลิตภัณฑ์ทั้งหมดในหน่วยกรัม มิลลิลิตร หรือหน่วยที่เหมาะสม เช่น “ปริมาณสุทธิ 200 มิลลิลิตร” เพื่อให้ผู้บริโภคทราบขนาดหรือปริมาณที่ได้รับจริง
8. **เลขสารบบอาหาร (Food Serial Number)** เป็นรหัสเลขที่ อย. ขึ้นต้นด้วย “เลขสารบบอาหาร” หรือ “อย.” ตามด้วยเลข 13 หลัก เพื่อแสดงว่าผลิตภัณฑ์นั้นผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว เช่น อย. 10-1-12345-6-0001

ฉลากโภชนาการ

ฉลากโภชนาการ หมายถึง การแสดงข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ เช่น พลังงาน (กิโลแคลอรี) โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต น้ำตาล และโซเดียม เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงข้อมูลสารอาหารในผลิตภัณฑ์ได้อย่างโปร่งใสและชัดเจน ช่วยให้ตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ฉลากโภชนาการทำหน้าที่เป็น เครื่องมือสื่อสารข้อมูลสุขภาพ บนบรรจุภัณฑ์ที่สำคัญมาก โดยเฉพาะในบริบทของสถานการณ์ปัจจุบันที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่ม

เด็กและวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ฉลากโภชนาการจึงเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์เชิงนโยบายด้านสาธารณสุขที่สามารถช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเลือกกินอาหารอย่างรู้เท่าทัน นอกจากนี้ ยังมี การออกแบบฉลากให้เข้าใจง่ายขึ้น เช่น ฉลากโภชนาการแบบ GDA (Guideline Daily Amount) ที่แสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม พร้อมทั้งร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน ซึ่งช่วยให้ผู้บริโภคเห็นภาพรวมของคุณค่าทางโภชนาการได้อย่างรวดเร็ว และสามารถประเมินว่าผลิตภัณฑ์อาหารนั้นควรบริโภคบ่อยหรือจำกัดการบริโภค ในประเทศไทย ฉลากโภชนาการมีหลายรูปแบบ ดังนี้

1. ฉลากโภชนาการแบบเต็ม (Full nutrition facts) เป็นรูปแบบการแสดงข้อมูลโภชนาการที่ครอบคลุมรายละเอียดของสารอาหารหลักที่มีอยู่ในอาหารหนึ่งหน่วยบริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถพิจารณาปริมาณสารอาหารต่าง ๆ ที่จะได้รับอย่างรอบด้าน ฉลากประเภทนี้มักแสดงเป็นตาราง โดยจะประกอบด้วย ข้อมูลสำคัญ เช่น พลังงาน (กิโลแคลอรี) ไขมันทั้งหมด (Total Fat) โปรตีน (Protein) คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด (Total Carbohydrate) น้ำตาล (Sugars) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการแสดง ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน (%DV) เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าสารอาหารแต่ละชนิดในผลิตภัณฑ์นั้นให้มากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับความต้องการต่อวัน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อกลุ่มผู้ที่ต้องควบคุมอาหาร เช่น ผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง การอ่านฉลากโภชนาการแบบเต็มอย่างเข้าใจ จะช่วยให้เลือกอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ทั้งควบคุมปริมาณพลังงานและสารอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน และสามารถเปรียบเทียบคุณค่าทางโภชนาการระหว่างผลิตภัณฑ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบข้อมูลฉลากโภชนาการ และส่วนประกอบของฉลากโภชนาการ
ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ฉลากโภชนาการแบบเต็มนี้เป็นไปตามข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และมักปรากฏในผลิตภัณฑ์ที่กำหนดให้ต้องแสดงฉลากโภชนาการ เช่น อาหารสำเร็จรูป อาหารว่าง เครื่องดื่มบรรจุขวด หรือผลิตภัณฑ์ที่มีการโฆษณาทางสุขภาพ มีส่วนประกอบของข้อมูล 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยบริโภคแสดงจำนวนครั้งที่สามารถบริโภคได้จากบรรจุภัณฑ์นั้นเช่น “กินได้ 1 ครั้ง ต่อ กล่อง” เพื่อให้ผู้บริโภคคำนวณสารอาหารที่บริโภคต่อครั้งหรือทั้งบรรจุภัณฑ์ได้อย่างถูกต้อง

ส่วนที่ 2 คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ซึ่งแสดงปริมาณพลังงานรวม (กิโลแคลอรี) หรือคุณค่าทางโภชนาการต่อการกิน 1 ครั้ง เช่น กิน 1 ครั้งต่อกล่อง ได้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสารอาหารหลัก และร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน (% Thai RDI) ระบุไว้ด้านข้าง เพื่อให้ผู้บริโภคประเมินได้ว่าได้รับสารอาหารชนิดนั้นมากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับความต้องการต่อวัน เช่น ขนม 1 ซอง มีไขมันทั้งหมด 9 กรัม คิดเป็นร้อยละ 14 ของค่าอ้างอิงสารอาหารต่อวัน

ส่วนที่ 4 ร้อยละของค่าอ้างอิงสารอาหารต่อวัน สำหรับคนไทย ปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน โดยอิงจาก Thai RDI สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป และผู้ใหญ่ จากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี

ส่วนที่ 5 ค่าพลังงานและสารอาหารอ้างอิงตาม Thai RDI เช่น พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี ,โปรตีน 50 กรัม ,ไขมันทั้งหมด 65 กรัม ,คาร์โบไฮเดรต 300 กรัม ,โซเดียม 2,000 มิลลิกรัม เป็นต้น

หมายเหตุ : ที่เกี่ยวข้องกับการแปลงหน่วยพลังงาน (ไขมัน 1 กรัม = 9 กิโลแคลอรี, โปรตีน 1 กรัม = 4 กิโลแคลอรี, คาร์โบไฮเดรต 1 กรัม = 4 กิโลแคลอรี)

วิธีอ่านรายละเอียดฉลากโภชนาการ แสดงปริมาณสารอาหาร ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค โดยมีดังนี้

1. หนึ่งหน่วยบริโภค หมายถึง ปริมาณของอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่กำหนดไว้ ให้บริโภคในหนึ่งครั้งตามที่ระบุไว้ในฉลากโภชนาการบอก เช่น ผลิตภัณฑ์น้ำผลไม้หนึ่งขวด มีปริมาณสุทธิ 250 มล. บนฉลากระบุว่า :

หนึ่งหน่วยบริโภค = 125 มล. ในหนึ่งหน่วยบริโภคให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี
หากดื่มหมดขวด (2 หน่วยบริโภค) จะได้รับพลังงาน 160 กิโลแคลอรี

2. จำนวนหน่วยบริโภค หมายถึง จำนวนครั้งที่สามารถบริโภคผลิตภัณฑ์ทั้งหมดได้ ตามปริมาณ “หนึ่งหน่วยบริโภค” ที่ระบุไว้ในฉลากโภชนาการ เช่น ผลิตภัณฑ์ขนม 1 ซอง มีปริมาณ 60 กรัม ฉลากระบุว่า:

หนึ่งหน่วยบริโภค = 20 กรัม จำนวนหน่วยบริโภค = 3

หมายความว่า ถ้าบริโภคทั้งซอง (3 หน่วย) จะต้องนำค่าพลังงาน และสารอาหารของหนึ่งหน่วยบริโภคไปคูณด้วย 3

3. คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค หมายถึง ปริมาณพลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร 1 หน่วยบริโภค (หรือ 1 serving) ตามที่ระบุในฉลากโภชนาการ เช่น ผลิตภัณฑ์ขนม 1 ซอง มีปริมาณ 60 กรัม มีจำนวน 2 หน่วยบริโภคต่อซอง

พลังงาน 150 กิโลแคลอรี, โซเดียม 180 มิลลิกรัม, น้ำตาล 10 กรัม

ซึ่งหากกิน 1 หน่วยบริโภค ก็จะได้รับสารอาหารตามนี้ หากกินทั้งหมด 2 หน่วย

บริโภคจะคุณสารอาหารด้วย 2

4. ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทย อายุ 6 ปีขึ้นไป ค่าความต้องการพลังงานและสารอาหารต่อวัน และค่าการแปลงหน่วย

ข้อมูลโภชนาการ		
หนึ่งหน่วยบริโภค : 1 ซอง (11.2 กรัม)		
จำนวนหน่วยบริโภคต่อซอง : 1		
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค		
พลังงานทั้งหมด 60 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 25 กิโลแคลอรี)		
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน*		
ไขมันทั้งหมด 2.5 ก.		5 %
ไขมันอิ่มตัว 1 ก.		
ไขมันชนิดทรานส์ 0 ก.		
คอเลสเตอรอล 0 มก.		0 %
โปรตีน น้อยกว่า 1 ก.		
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 8 ก.		3 %
ใยอาหาร 0 ก.		
น้ำตาล 1 ก.		
โซเดียม 90 มก.		5 %
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน*		
วิตามินเอ 0%	วิตามินบี 1 0%	
วิตามินบี 2 0%	แคลเซียม 0%	
เหล็ก 0%	ไอโอดีน 8%	
วิตามินซี 0%		
*ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี		
ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารต่างๆ ดังนี้		
ไขมันทั้งหมด	น้อยกว่า	65 ก.
ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า	20 ก.
คอเลสเตอรอล	น้อยกว่า	300 มก.
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	น้อยกว่า	300 ก.
ใยอาหาร		25 ก.
โซเดียม	น้อยกว่า	2,000 มก.
พลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อกรัม : ไขมัน = 9 ; โปรตีน = 4 ; คาร์โบไฮเดรต = 4		

ข้อมูลโภชนาการ (Nutrition Information)		
หนึ่งหน่วยบริโภค : 1/2 ซอง (30 กรัม)		
จำนวนหน่วยบริโภคต่อซอง : 1		
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (Amount per serving)		
พลังงานทั้งหมด 160 กิโลแคลอรี (Total energy 160 kcal)		
(พลังงานจากไขมัน 80 กิโลแคลอรี) (Energy from fat 80 kcal)		
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน* (Percent Thai RDI)		
ไขมันทั้งหมด (Total Fat) 9 ก. (g)		14 %
ไขมันอิ่มตัว (Saturated Fat) 4 ก. (g.)		20 %
ไขมันชนิดทรานส์ (Trans Fat) 0 ก. (g)		
คอเลสเตอรอล (Cholesterol) 0 มก. (mg.)		0 %
โปรตีน (Protein) 2 ก. (g.)		
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด (Total Carbohydrate) 17 ก. (g.)		6 %
ใยอาหาร (Dietary Fiber) 1 ก. (g.)		4 %
น้ำตาล (Sugars) 0 ก. (g.)		
โซเดียม (Sodium) 105 มก. (mg.)		5 %
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน* (Percent Thai RDI)		
วิตามินเอ (Vitamin A) 0 %	วิตามินบี 1 (Vitamin B1) 4 %	
วิตามินบี 2 (Vitamin B2) น้อยกว่า 2 % (Less than 2 %)	แคลเซียม (Calcium) 0 %	
เหล็ก (Iron) 4 %		

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลฉลากโภชนาการ 2 ชนิด

ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูลฉลากโภชนาการเปรียบเทียบอาหาร 2 ชนิด

ชนิดที่ 1 : ทั้งหมด 1 ซอง = 1 หน่วยบริโภค ปริมาณ 11.2 กรัม ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี

น้ำตาล 1 กรัม, ไขมัน 2.5 กรัม, โซเดียม 90 มิลลิกรัม

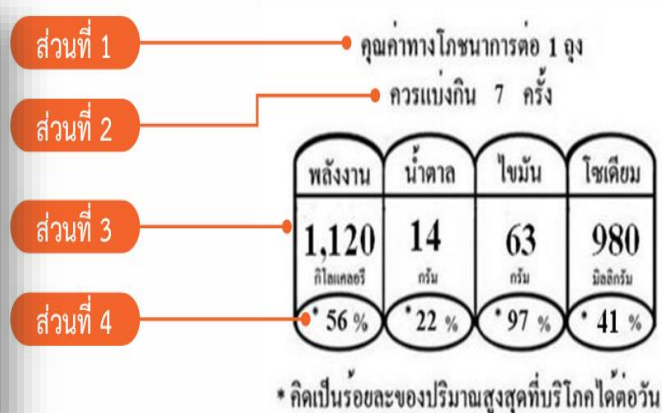
ชนิดที่ 2 : ทั้งหมด 1 ซอง = 1 หน่วยบริโภค ให้พลังงาน 160 กิโลแคลอรี

น้ำตาล 0 กรัม, ไขมัน 9 กรัม, โซเดียม 105 กรัม

2. ฉลากโภชนาการรูปแบบ GDA (Guideline Daily Amounts) ฉลากโภชนาการแบบแสดงปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคประจำวันต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ที่แสดงปริมาณ พลังงาน(กิโลแคลอรี), น้ำตาล (กรัม), ไขมัน(กรัม) , และ โซเดียม(มิลลิกรัม) แสดงฉลากที่ด้านหน้าผลิตภัณฑ์ เพื่อให้เห็นได้ชัดเจน และอ่านง่าย กลุ่มอาหารสำเร็จรูปที่ต้องแสดงฉลาก GDA ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มี 13 กลุ่มดังนี้

1. ขนมขบเคี้ยว ได้แก่ มันฝรั่งทอดหรืออบกรอบ , ข้าวโพดคั่วทอดหรืออบกรอบ , ข้าวเกรียบทอดหรืออบกรอบ , อาหารขบเคี้ยวชนิดอบพอง , ถั่วหรือนัทหรือเมล็ดพืชทอด , สหรัยทอดหรืออบกรอบ

- หรือปรงรส , เนื้อสัตว์ที่ทำเป็นเส้น แผ่น ทอด หรืออบกรอบหรือปรงรส , อาหารขบเคี้ยวตามที่
รายละเอียดที่ผสมกันมากกว่า 1 ชนิด เช่น ถั่วผสมสาหร่าย
2. ช็อกโกแลต และขนมหวานรสช็อกโกแลต
 3. ผลิตภัณฑ์ขนมอบ ได้แก่ ขนมปังกรอบ หรือแครกเกอร์ หรือบิสกิต เวเฟอร์สอดไส้ คูกี้ เค้ก พาย
ทั้งชนิดมีให้ และไม่มีให้
 4. อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ เส้นหมี่ วุ้นเส้น พร้อมซอง
เครื่องปรุง ข้าวต้ม โจ๊ก
 5. อาหารมีหลักที่เป็นอาหารจานเดียว ซึ่งต้องเก็บรักษาไว้ในตู้แช่แข็งพร้อมรับประทาน
 6. เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ได้แก่ เครื่องดื่มที่ทำจากผลไม้ พืช หรือผัก ทั้งแบบมีหรือไม่มี
ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์หรือออกซิเจน รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม หรือไม่มีส่วนผสมจากผลไม้
พืช หรือผัก ทั้งแบบมีหรือไม่มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์หรือออกซิเจน เช่น น้ำผลไม้แบบกล่อง น้ำ
ผักแบบขวด เครื่องดื่มอัดลม
 7. ชาปรุงสำเร็จ ทั้งชนิดเหลว และชนิดแห้ง เช่น ชาเขียวแบบขวด ชาแบบกระป๋อง ชาแบบปรุงสำเร็จ
 8. กาแฟปรุงสำเร็จ ทั้งชนิดเหลวและชนิดแห้ง เช่น กาแฟกระป๋อง กาแฟสำเร็จ
 9. นมปรุงแต่ง (ชนิดเหลวและแห้ง) เช่น นมรสหวาน นมอัดเม็ด
 10. นมเปรี้ยว (ชนิดเหลวและแห้ง) เช่น นมเปรี้ยวแบบพร้อมดื่ม โยเกิร์ต
 11. ผลิตภัณฑ์ของนม (ชนิดเหลว และแห้ง)
 12. นำนมถั่วเหลือง (ชนิดเหลวและแห้ง) เช่น นมถั่วเหลืองแบบขวด แบบซองพร้อมดื่ม
 13. ไอศกรีมที่อยู่ในลักษณะพร้อมบริโภค



ภาพที่ 3 ฉลาก GDA และส่วนประกอบของฉลาก GDA
ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ฉลาก GDA แสดงปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน โซเดียม ที่แสดงหนึ่งหน่วยบริโภค มีวิธีอ่าน รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางโภชนาการ ระบุปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ที่จะได้รับจากการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปจำนวน 1 ช่อ

ส่วนที่ 2 ข้อความแนะนำการบริโภค แสดงข้อความแนะนำให้ผู้บริโภคแบ่งกินตามจำนวนครั้งที่เหมาะสม เพื่อควบคุมปริมาณสารอาหาร เช่น “เพื่อความเหมาะสมควรแบ่งกินครั้งละเท่า ๆ กัน” เช่น ขนมหนึ่งช่อควรแบ่งกิน 7 ครั้ง

ส่วนที่ 3 แสดงค่าต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ระบุ ปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ทั้งหมด หากบริโภคผลิตภัณฑ์ทั้งหมดในหนึ่งช่อ เช่น “หากกินหมดทั้งช่อ จะได้รับพลังงาน 1,120 กิโลแคลอรี น้ำตาล 14 กรัม ไขมัน 63 กรัม และโซเดียม 980 มิลลิกรัม”

ส่วนที่ 4 แสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน โซเดียม ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค เช่น

- กินหมดช่อจะได้รับพลังงาน 1,120 กิโลแคลอรี คิดเป็น 56 % ของปริมาณสูงสุดที่กินได้ต่อวัน (2,000 กิโลแคลอรี)
- น้ำตาล 14 กรัม คิดเป็น 22 % ของปริมาณสูงสุดที่กินได้ต่อวัน (25 กรัม)
- ไขมัน 63 กรัม คิดเป็น 97 % ของปริมาณสูงสุดที่กินได้ต่อวัน (65 กรัม)
- โซเดียม 170 มิลลิกรัม คิดเป็น 41 % ของปริมาณสูงสุดที่กินได้ต่อวัน (2,000 มิลลิกรัม)

3. ฉลากสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice) หมายถึง สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ เป็นเครื่องหมายที่แสดงว่าผลิตภัณฑ์นั้นมีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดสำหรับกลุ่มอาหารนั้น ๆ ซึ่งช่วยให้ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น โดยเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้ประชาชนมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การแสดงสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพบนฉลากอาหาร เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 373 (พ.ศ. 2559) เรื่อง “การแสดงสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพบนฉลากอาหาร” ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ผลิตภัณฑ์ที่สามารถขอรับการพิจารณาเพื่อแสดงสัญลักษณ์นี้ต้องจัดอยู่ในกลุ่มอาหารที่กำหนด ได้แก่ กลุ่มอาหารมื้อหลัก, กลุ่มเครื่องดื่ม, กลุ่มเครื่องปรุง, กลุ่มผลิตภัณฑ์นม, กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป, กลุ่มขนมขบเคี้ยว, กลุ่มไอศกรีม, กลุ่มไขมันและน้ำมัน, กลุ่มขนมปัง, กลุ่มอาหารเข้าธัญพืชและผลิตภัณฑ์ขนมอบ, กลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารว่าง, กลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารจากปลาและอาหารทะเล, กลุ่มผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์

การแสดงสัญลักษณ์นี้ไม่ได้เป็นข้อบังคับทางกฎหมาย โดยผู้ผลิตที่สามารถแสดงสัญลักษณ์นี้ได้จะต้องมีสูตรผลิตภัณฑ์ที่ผ่านเกณฑ์คุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่หวาน มัน เค็ม เกินความเหมาะสม

ประโยชน์ของฉลากสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเป็นเครื่องมืออย่างง่ายที่ช่วยให้ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากการควบคุมปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม

ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม จึงเป็นทางเลือกที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น



ภาพที่ 4 รูปแบบสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์ ฉลากอาหาร และฉลากโภชนาการ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้สามารถเลือกบริโภคอาหารอย่างมีข้อมูลและมีความตระหนักในสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง กลายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ การใช้ฉลากโภชนาการอย่างเหมาะสมสามารถเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการรับพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมเกินความจำเป็น ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างพื้นฐานพฤติกรรมการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่การลดภาระโรคในระยะยาว และส่งเสริมสุขภาวะที่ยั่งยืนของประชากรในอนาคต ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นช่วงวัยที่สามารถปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมได้ง่าย หากได้รับความรู้และแรงสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น ครู ผู้ปกครอง และเพื่อน การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับฉลากอาหารจึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสร้าง “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” (Health Belief Model) กรอบแนวคิดนี้ช่วยอธิบายความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารสามารถเสริมสร้าง “ความเชื่อด้านสุขภาพในเชิงบวก” ซึ่งส่งผลให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเลือกอาหารอย่างเหมาะสม และลดพฤติกรรมบริโภคเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model [HBM]) ในเริ่มแรกอยู่ในช่วง ค.ศ. 1950-1960 จากทฤษฎีด้านจิตสังคม ต่อมามีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นครั้งแรกของ Kurt Lewin โดย Hochbaum (1958) กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ” คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่ตนเองเชื่อถือ แม้ว่าสิ่งนั้น

ไม่ถูกต้องก็ตาม ถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้น ประสบปัญหาการจัดบริการด้านสุขภาพ ประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคน้อย ทั้งที่บริการที่จัดให้นั้น ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก ปัญหาดังกล่าว นักจิตวิทยาสังคมจึงได้เสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการอธิบายเกี่ยวกับ พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์

Rosenstock²⁰ กล่าวว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นแบบจำลองทางจิตวิทยาสังคมที่มุ่งอธิบายว่าทำไมบุคคลจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาศัยพื้นฐานของความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับ ภัยคุกคามทางสุขภาพ และการประเมินผลตอบแทนจากการปฏิบัติแนวคิดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือมีโอกาสที่จะเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ เช่น นักเรียนอาจเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคอ้วนหากยังคงมีพฤติกรรมกินจุจิกและขาดการออกกำลังกาย
2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) เป็นความเชื่อว่าจะเกิดโรคขึ้นแล้ว จะมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือชีวิตอย่างไร เช่น หากเป็นโรคอ้วน อาจเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ทางสังคมและจิตใจ
3. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อว่าจะเกิดประโยชน์จากการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้ว จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของโรค เช่น เชื่อว่าการควบคุมอาหารและออกกำลังกายจะช่วยลดน้ำหนักและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้
4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ขาดเวลาในการออกกำลังกาย ไม่มีพื้นที่หรืออุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือถูกล่อลวงด้วยอาหารที่มีพลังงานสูง

แนวคิดของ Rosenstock เน้นให้เห็น พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไม่ได้เกิดจากความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจาก "ความเชื่อ" ที่มีต่อโรคและผลตอบแทนของการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน การเข้าใจแบบแผนความเชื่อนี้จะช่วยให้สามารถออกแบบกิจกรรมสุขศึกษาได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

Becker²¹ ได้ขยายแนวคิดของ Rosenstock และพัฒนาต่อมาในรูปแบบที่เน้นถึง การตัดสินใจของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะในด้าน การเข้ารับบริการทางการแพทย์ หรือการมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค เช่น การรับวัคซีน การตรวจสุขภาพประจำปี หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

Becker กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ หรือขึ้นอยู่กับแรงภายนอกเท่านั้น แต่เกิดจาก กระบวนการทางปัญญาและความเชื่อของบุคคลต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค และผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง ซึ่งสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากการประเมินว่า

- ตนเองมีโอกาสจะเป็นโรคหรือไม่ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง)
- หากเป็นโรคแล้วจะส่งผลกระทบมากเพียงใด (การรับรู้ความรุนแรง)
- การลงมือป้องกันจะคุ้มค่าหรือได้ผลหรือไม่ (การรับรู้ประโยชน์)
- มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคอะไรบ้างในการลงมือทำ (การรับรู้อุปสรรค)

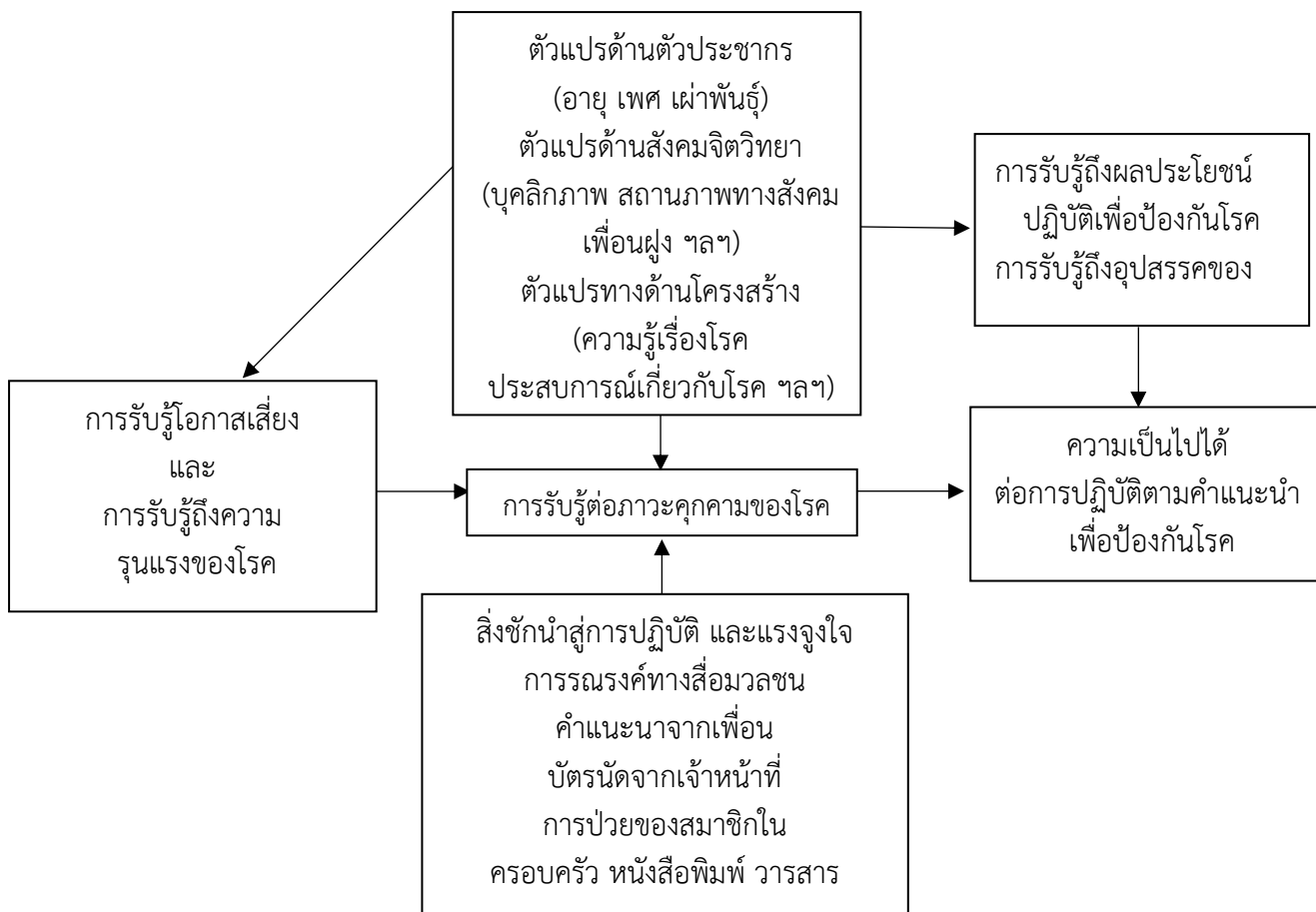
Becker ยังได้เน้นย้ำว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพคือ “ความคุ้มค่าในการปฏิบัติตัว (Cost-Benefit Analysis)” กล่าวคือ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะลงมือทำบางสิ่งเพื่อสุขภาพ หากเขาประเมินแล้วว่าผลลัพธ์ที่ได้รับมีค่ามากกว่าอุปสรรคหรือต้นทุนที่ต้องจ่าย เช่น ความลำบาก เวลา ค่าใช้จ่าย หรือการฝืนความเคยชินเดิม นอกจากนี้ Becker ยังเสนอว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถถูกปรับเปลี่ยนได้ ผ่านการให้ข้อมูลสุขภาพ การสร้างแบบอย่างเชิงบวก และการจัดกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการเปลี่ยนมุมมองของบุคคลต่อสุขภาพของตนเองชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไม่ใช่เรื่องของความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการ ตระหนักรู้ต่อภัยคุกคาม และ การประเมินความคุ้มค่าของพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน แนวคิดนี้จึงเป็นฐานสำคัญของการออกแบบโปรแกรมสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

Stretcher และ Rosenstock ²² ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ว่าเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเชื่อว่าพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility), การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) ,การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ,สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cues to Action) ,การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

แนวคิดนี้ช่วยให้เข้าใจว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจลงมือทำพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ ขึ้นอยู่กับการชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับกับอุปสรรคที่คาดว่าจะพบเจอ รวมถึงการมีแรงจูงใจและความเชื่อในความสามารถของตนเองในการกระทำได้ดังกล่าว

Bandura ²³ นักจิตวิทยาชื่อดังด้านพฤติกรรมและการเรียนรู้ทางสังคม ได้นำเสนอแนวคิด “การรับรู้ความสามารถของตนเอง” (Self-efficacy) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่า ตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งได้สำเร็จ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ท้าทายหรือมีอุปสรรค ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้ถูกกำหนดจากความรู้หรือแรงจูงใจเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคล เชื่อว่าตนเองทำได้ ด้วย เช่น ในบริบทของพฤติกรรมสุขภาพ แม้บุคคลจะรู้ว่าการออกกำลังกายดีต่อสุขภาพ และมีแรงจูงใจที่จะเริ่มต้น แต่ถ้าเขาไม่เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้หรือรักษาไว้ได้ เขาก็จะไม่เริ่มต้นหรือเลิกกลางคัน

ดังนั้น Bandura จึงเสนอว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่จะทำให้ความรู้ ความเชื่อ หรือแรงจูงใจแปลงเป็น “การกระทำที่แท้จริง” ได้ แม้ว่า Bandura จะไม่ได้เป็นผู้พัฒนา HBM โดยตรง แต่ในช่วงหลัง นักวิจัยด้านสุขภาพได้เพิ่ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง “Self-efficacy” เข้าเป็นองค์ประกอบสำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น



ภาพที่ 5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
(ที่มา Beaker et al, 1974)

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในงานวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะโรคอ้วน ซึ่งกำลังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเด็กวัยเรียนของประเทศไทย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในงานวิจัยครอบคลุมองค์ประกอบหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน โดยเริ่มจาก องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับหลากหลายโภชนาการบนผลิตภัณฑ์อาหาร ซึ่งถือเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม ซึ่งเป็นแนวทางหลักในการลดความเสี่ยงต่อโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อจากนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนจะได้รับอิทธิพลจาก ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคล

จะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของ แพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลาย เรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมี โอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับ ตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ โรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความ รุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรง ของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคล เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกัน โรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่ สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วยบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยง จากภาวะคุกคามนั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรค แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่ง ไตนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะ ทำให้ไม่เป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายเป็นข้อเสีย หรือ อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และการรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ ที่จะได้รับ

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier) หมายถึง การ คาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจ พิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพ หรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย นี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่ง ที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบ แผนความเชื่อมีความสมบูรณ์ ต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือ สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การ เจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทาง สื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

5.1 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

5.1.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

5.1.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

5.1.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

5.2 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติ และค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยภาพรวม องค์ประกอบต่าง ๆ ข้างต้นได้รับการวิเคราะห์ว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของงานวิจัยฉบับนี้ การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงช่วยให้การศึกษาในครั้งนี้ มีแนวทางที่ชัดเจน สามารถเข้าใจกลไกภายในจิตใจของนักเรียนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีระบบ และสามารถใช้ในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁴⁻²⁵

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พบว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรค มีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และความเชื่อในความสามารถของตนเอง พร้อมกันนั้นลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ในการป้องกันโรค บุคคลนั้นก็จะมีความโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เด็กวัยเรียน (School age)

วัยเรียนเป็นช่วงชีวิตของเด็กที่อยู่ระหว่างอายุประมาณ 6–14 ปี ซึ่งมักตรงกับระดับประถมศึกษาในระบบการศึกษาของไทย ช่วงวัยนี้เป็นระยะที่เด็กมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เด็กวัยเรียนจะเริ่มมีความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล เข้าใจเรื่องนามธรรม และสามารถเรียนรู้เนื้อหาวิชาการศึกษาที่ซับซ้อนขึ้นได้ นอกจากนี้ยังเริ่มเรียนรู้กฎเกณฑ์ทางสังคม และพัฒนาทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น การแบ่งปัน การทำงานเป็นกลุ่ม และการควบคุมพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น เด็กในช่วงวัยนี้จึงต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวโรงเรียน และชุมชนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการเรียนรู้ที่เหมาะสม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กำหนดให้ช่วงวัยเรียน (school-age) ครอบคลุมเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 5–19 ปี โดยแบ่งออกเป็นช่วงอายุย่อย ได้แก่ 5–9 ปี, 10–14 ปี และ 15–19 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เด็กกำลังเจริญเติบโต และพัฒนาทักษะพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม WHO ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในช่วงวัยนี้ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มีนิสัยและพฤติกรรมสุขภาพจะเริ่มก่อตัว และมีผลต่อสุขภาพในระยะยาว เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย และสุขอนามัยส่วนบุคคล²⁶

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ “วัยเรียน” หมายถึงเด็กที่มีอายุระหว่าง 6–14 ปี เด็กวัยนี้มีพัฒนาการด้านร่างกายที่เด่นชัด โดยมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทั้งความสูง น้ำหนัก และสมรรถภาพทางกาย อีกทั้งยังเริ่มพัฒนาทักษะด้านสติปัญญา การคิดวิเคราะห์ และการเข้าใจบทบาทของตนเองในสังคม เป็นวัยที่เหมาะสมต่อการปลูกฝังนิสัยการดูแลสุขภาพที่ดี เช่น การเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ การมีวินัยในการออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อเป็นรากฐานสำหรับการมีสุขภาพดีในวัยรุ่นและผู้ใหญ่²⁷

ดังนั้นวัยเรียนจึงหมายถึง ช่วงวัยที่เด็กเริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการ และอยู่ระหว่างอายุ 6–14 ปี ตามแนวทางของกรมอนามัย หรือสามารถขยายเป็นช่วง 5–19 ปี ตามเกณฑ์ของ WHO เด็กวัยนี้มีพัฒนาการที่ต่อเนื่องทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เป็นช่วงที่สำคัญต่อการวางรากฐานด้านพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเรียนรู้ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในช่วงวัยเรียนจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพในระยะยาว

วัยรุ่น (Adolescence) เป็นช่วงเวลาสำคัญในกระบวนการเจริญเติบโตของมนุษย์ที่อยู่ระหว่างวัยเด็กตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยทั่วไปมักเริ่มต้นเมื่อเข้าสู่อายุประมาณ 10 ปี และสิ้นสุดราวอายุ 19 ปี เป็นช่วงที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เห็นได้ชัดคือ การเข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ โดยฮอร์โมนเพศจะเริ่มหลั่งมากขึ้น และรูปร่างเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพแล้ว วัยรุ่นยังเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และเริ่มแสวงหาอัตลักษณ์ของตนเองซึ่งล้วนส่งผลต่อพฤติกรรม และวิถีชีวิตของวัยรุ่นในช่วงนี้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความหมายของวัยรุ่นดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำจำกัดความว่า วัยรุ่น หมายถึงกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 10–19 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เกิดการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ โดยเน้นถึงการพัฒนาในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และถือเป็นช่วงสำคัญในการวางรากฐานด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพในอนาคต²⁸

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายของวัยรุ่น คือบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 10–19 ปี ซึ่งเป็นวัยแห่งการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็วทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ อีกทั้งยังเป็นวัยที่เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง สนใจเรื่องเพศ ความรัก และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังเป็นวัยที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การกินอาหารที่ไม่สมดุล การไม่ออกกำลังกาย และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ²⁹

ดังนั้นวัยรุ่น จึงหมายถึง ช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยวัยนี้มีอายุอยู่ระหว่าง 10–19 ปี ตามที่ WHO และกรมอนามัยได้กำหนดไว้ การเข้าใจวัยรุ่นอย่างถ่องแท้ จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะของช่วงวัยนี้

พัฒนาการเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

1. พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กวัยเรียนจะมีการเจริญเติบโตของร่างกายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะความสูง และน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ กล้ามเนื้อเริ่มแข็งแรงขึ้นและควบคุมการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น เด็กวัยนี้มีพัฒนาการของฟันถาวร การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อดีขึ้น จึงสามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อนมากขึ้นได้ เช่น การเขียน การเล่นกีฬา และการทำงานฝีมือ

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็วจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ เช่น การเริ่มมีประจำเดือนในเพศหญิง เสียงแตกและมีขนตามร่างกายในเพศชาย รูปร่างเปลี่ยนแปลงโดยมีไขมันหรือมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นตามเพศ ความสูงเพิ่มขึ้นเร็วในช่วงระยะเวลาสั้น เรียกว่าช่วง “Growth Spurt” ซึ่งมักเกิดก่อนหรือระหว่างอายุ 10–14 ปี

2. พัฒนาการด้านอารมณ์

เด็กวัยเรียนเริ่มมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองได้เหมาะสมกับสถานการณ์ เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น และเริ่มรู้จักอดทนต่อความผิดหวังได้บ้าง อย่างไรก็ตามเด็กบางคนอาจยังแสดงความโกรธหรือเศร้าอย่างตรงไปตรงมา และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ในการจัดการอารมณ์

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ความเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทำให้อารมณ์แปรปรวนง่าย วัยรุ่นมักมีความรู้สึกอ่อนไหวต่อสิ่งรอบตัว เริ่มรู้สึกเป็นอิสระและมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น จึงอาจแสดงพฤติกรรมต่อต้านหรือท้าทายกฎเกณฑ์ทางสังคมได้ง่ายหากไม่ได้รับความเข้าใจหรือสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัว

3. พัฒนาการด้านสังคม

เด็กวัยเรียน เด็กจะเริ่มเข้าสังคมมากขึ้น มีความสามารถในการสร้างมิตรภาพ และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น การเล่นเป็นกลุ่มหรือการทำกิจกรรมร่วมกันมีบทบาทสำคัญในการฝึกทักษะทางสังคม เช่น การแบ่งปัน การรอคิว และการมีน้ำใจ

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้นจนบางครั้งอาจมากกว่าครอบครัว ความรู้สึกอยากเป็นที่ยอมรับและการเปรียบเทียบกับผู้อื่นเป็นลักษณะเด่นของช่วงวัยนี้ วัยรุ่นจะเริ่มเรียนรู้บทบาททางสังคมมากขึ้น และพัฒนาความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดกับเพศตรงข้ามหรือเพื่อนสนิท ซึ่งมีผลต่อการสร้างตัวตนของตนเอง

4. พัฒนาการด้านสติปัญญา

เด็กวัยเรียนมีความสามารถในการคิดเชิงเหตุผลดีขึ้น สามารถเข้าใจเหตุและผล ตรรกะ และแนวคิดที่ซับซ้อนขึ้นได้ การเรียนรู้จะเน้นความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์ต่าง ๆ เด็กเริ่มสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนอย่างง่ายได้

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ความสามารถในการคิดอย่างมีนามธรรมจะพัฒนาอย่างชัดเจน วัยรุ่นสามารถพิจารณาสิ่งที่เป็นามธรรม เช่น คุณธรรม ความยุติธรรม และอนาคต สามารถตั้งเป้าหมายระยะยาวและไตร่ตรองทางเลือกที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น พัฒนาการทางสติปัญญาในวัยรุ่นจึงเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญต่อความสำเร็จในชีวิตการเรียนและอาชีพในอนาคต ³⁰⁻³¹

การบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น

เด็กวัยเรียนวัยรุ่น อยู่ในช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านร่างกาย สมอง และจิตใจ จึงมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นจากช่วงปฐมวัยอย่างชัดเจน พลังงานที่ได้รับจากอาหารในแต่ละวันมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต การทำกิจกรรมต่าง ๆ การเรียนรู้ และการรักษาสมดุลของร่างกาย โดยพลังงานที่จำเป็นต้องได้รับต่อวันนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับกิจกรรมทางกาย และอัตราการเผาผลาญพื้นฐานของร่างกาย (Basal Metabolic Rate – BMR) ตามคำแนะนำของสำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 6-11 ปี ต้องการพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน วัยรุ่นอายุ 12-18 ปี ต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งการรับประทานอาหารให้ครบทุกกลุ่ม ในปริมาณที่เหมาะสม จะช่วยให้น้ำหนักตัว และส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

หมู่ที่ 1 กลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์ ให้สารสำคัญคือโปรตีน มีหน้าที่ช่วยในการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเซลล์ทั่วร่างกายโดยทำหน้าที่เป็นเอนไซม์ ฮอร์โมน สารภูมิคุ้มกัน เป็นส่วนประกอบของโครงสร้างของผนังเซลล์กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ผิวหนัง และกระดูก ร่างกายควรได้รับพลังงานจากโปรตีน ร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน โปรตีน 1 กรัมให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี (Kcal) โปรตีนจะถูกใช้เป็นแหล่งพลังงานของร่างกายหากร่างกายได้รับคาร์โบไฮเดรตไขมันไม่เพียงพอ

แหล่งอาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ หมู ไก่ ปลา อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ ไข่ นม ผลิตภัณฑ์จากนม และถั่วเมล็ดแห้ง อาหารที่ควรเลือกรับประทาน เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อปลา เนื้อไก่ ไข่ อาหารทะเล ถั่ว เต้าหู้ นมรสจืด นมถั่วเหลืองรสจืด โยเกิร์ตธรรมชาติ อาหารที่ควรเลี่ยง เช่น มันสัตว์ ขาหมู หนังไก่ หนังเป็ด หนังไก่ทอง หมูกรอบ ไส้กรอก แฮม โบโลน่า

หมู่ที่ 2 กลุ่มข้าว -แป้ง เผือก มัน ให้สารอาหารสำคัญ คือ คาร์โบไฮเดรต ช่วยให้พลังงานกับร่างกายเป็นหลัก ใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หากได้รับมากเกินไป คาร์โบไฮเดรตจะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปไขมัน และสะสมในร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ โดยคาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับต่อวัน คือ ร้อยละ 45 – 65 ของพลังงานที่ควรได้รับประจำวัน

แหล่งอาหารหมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าวเจ้า ข้าวกล้อง ข้าวเหนียว เส้นก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมจีน ขนมปังโฮลวีท ขนมปัง แป้ง เผือก มัน ข้าวโพด อาหารที่ควรเลือกรับประทาน เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท เผือก มัน ข้าวโพด อาหารที่ควรเลี่ยง เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกเกด เค้ก พาย ขนมหวานต่าง ๆ

หมู่ที่ 3 ผักให้สารอาหารสำคัญ คือวิตามิน แร่ธาตุ ผักเป็นแหล่งใยอาหาร ช่วยการขับถ่าย ป้องกันท้องผูก ช่วยให้อิ่มเร็วชะลอการขึ้นของระดับน้ำตาลและคอเลสเตอรอลในเลือด อุดมไปด้วยสารพฤกษเคมี (Phytochemical) ช่วยป้องกันมะเร็งบางชนิดได้ ควรกินผักให้หลากหลาย ผักสดมีคุณค่ามากกว่าผักสุก เพราะสารอาหารไม่ถูกทำลายด้วยความร้อน แต่ต้องล้างให้สะอาดเพื่อลดการปนเปื้อน ในแต่ละวันควรกินผักให้ครบ 5 สี ตัวอย่างผัก 5 สี (สีเขียว, สีเหลือง-ส้ม, สีน้ำเงิน-ม่วง, สีแดง, สีขาว-น้ำตาล) เช่น ผักบุ้ง มะเขือเทศ ฟักทอง มะเขือม่วง ดอกแค เพื่อให้ได้สารอาหารที่หลากหลาย ผักประเภทพืชหัว เช่น ฟักทอง หัวไชเท้า มีคาร์โบไฮเดรตสูง หากกินร่วมกับข้าว อาจต้องลดปริมาณการกินข้าวลง

หมู่ที่ 4 ผลไม้ให้สารอาหารสำคัญ คือวิตามิน แร่ธาตุ ผลไม้เป็นแหล่งใยอาหารที่ช่วยในการขับถ่าย ป้องกันอาการท้องผูก ช่วยให้อิ่มเร็ว ชะลอการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลและคอเลสเตอรอลในเลือด อุดมไปด้วยสารพฤกษเคมี (Phytochemical) ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคมะเร็งบางชนิดได้ ซึ่งควรกินในปริมาณสัดส่วนที่เหมาะสม เพราะในผลไม้มีน้ำตาลแฝงอยู่ ตัวอย่างเช่น กัลยัม ส้ม มะละกอ มะม่วง เงาะ มังคุด เป็นต้น

การเลือกรับประทานผลไม้ควรเลือกที่มีรสหวานน้อย เช่น ฝรั่ง แก้วมังกร แอปเปิ้ล ชมพู และลดผลไม้หวานมาก เช่น ขนุน เงาะ ละมุด ลำไย ผลไม้อบแห้ง ผลไม้แปรรูป

หมู่ที่ 5 ไขมันและน้ำมัน ให้สารอาหาร คือไขมัน เป็นแหล่งของกรดไขมันที่จำเป็นสำหรับร่างกาย ซึ่งร่างกายไม่สามารถสร้างเองได้ ได้แก่ กรดไลโนเลอิก และกรดอัลฟา-ไลโนเลนิก เป็นตัวช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามินเอ ดี อี เค ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงานสูงถึง 9 กิโลแคลอรี พลังงานของไขมันที่ควรได้รับต่อวัน คือ ร้อยละ 25 – 35 ของพลังงานที่ควรได้รับประจำวัน หากได้รับไขมันมากเกินไปจะไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนได้

แหล่งอาหารหมู่ที่ 5 ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันมะพร้าว ไขมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ เนย มันแทรกในเนื้อสัตว์ หนังสัตว์

ปริมาณอาหารที่แนะนำให้รับประทาน ใน 1 วันสำหรับเด็กวัยเรียนวัยรุ่น

การกินอาหารให้ครบทุกหมู่ ในแต่ละกลุ่มให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการ และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว และส่วนสูงให้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อสุขภาพที่ดี ธงโภชนาการเป็นแนวทาง การบริโภคอาหารที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น ให้ประชาชนในแต่ละช่วงวัยสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสมและสมดุล ช่วยป้องกันทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในปัจจุบัน สำหรับวัยเรียนและวัยรุ่น เครื่องมือธงโภชนาการ จะช่วยอธิบายและทำความเข้าใจ โภชนบัญญัติ 9 ประการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยเป็นสัญลักษณ์รูปสามเหลี่ยมหัวกลับแบบ ธงชวนแสดง สัดส่วนอาหารในแต่ละกลุ่มให้เห็นภาพได้ชัดเจน ฐานใหญ่ ด้านบนเน้นให้กินมาก และปลายธงข้างล่างเน้นให้กินน้อย ธงโภชนาการจะบอกชนิดและปริมาณของอาหารที่ควรกินในแต่ละวัน เพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆ ตามข้อกำหนดปริมาณ สารอาหารที่ควรได้รับใน 1 วัน



ภาพที่ 6 ธงโภชนาการสำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี และ อายุ 12-18 ปี
ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มอาหาร	หน่วยครัวเรือน	อายุ	
		6-11 ปี	12-18 ปี
1. ข้าว แป้ง	ทัพพี	7	9
2. ผัก	ทัพพี (ช้อนกินข้าว)	2(6)	3(9)
3. ผลไม้	ส่วน	2	4
4. เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	9	12
5. นม	แก้ว	2 (200 มล.)	2 (250 มล.)
6. ไข่	ฟอง	1	1
7. ถั่วเมล็ดแห้ง (สุก)	ทัพพี	1 (วันเว้นวัน)	1 (วันเว้นวัน)
8. ไขมัน	ช้อนชา	ไม่เกิน 3	ไม่เกิน 4
9. น้ำตาล	ช้อนชา	ไม่เกิน 5	ไม่เกิน 6

ตารางที่ 1 ปริมาณอาหารที่แนะนำใน 1 วัน สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี และอายุ 12-18 ปี
ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ สามารถช่วยวางแผนการรับประทานอาหารของเด็กได้อย่างสมดุลและเพียงพอ โดยแบ่งอาหารออกเป็น 9 กลุ่มหลัก เช่น ข้าวแป้ง ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ถั่วและเมล็ดแห้ง น้ำมัน และอาหารอื่น ๆ พร้อมระบุปริมาณหน่วยบริโภคที่เหมาะสมตามช่วงอายุ สะท้อนถึงความต้องการพลังงานและสารอาหารที่แตกต่างกันในแต่ละวัยสำหรับเด็กอายุ 6–11 ปี และ 12–18 ปี นั้น มีความต้องการพลังงานที่มากขึ้นตามวัย และกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นซึ่งมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จึงควรได้รับอาหารครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เพียงพอและหลากหลาย เพื่อช่วยให้ร่างกายเติบโตอย่างสมวัย มีพัฒนาการที่สมบูรณ์ และลดความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินหรือขาดสารอาหาร³²

เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น

โภชนาการที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพดี ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการด้วยการวัดสัดส่วนของร่างกายจัดเป็นส่วนหนึ่ง ที่จำเป็นสำหรับการประเมินสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักและส่วนสูง โดยอาศัยหลักการที่ว่าขนาดและส่วนประกอบของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะโภชนาการของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะของอาหารที่บริโภคและการใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกายของบุคคล ดังนั้นผลจากการวัดสัดส่วนของร่างกายจึงสามารถใช้เป็นดัชนีชี้วัดที่สะท้อนภาวะสุขภาพของบุคคล การเจริญเติบโตของเด็ก ที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการของบุคคล นั้น ๆ และสามารถแปลผลข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับการเจริญเติบโตของเด็กที่มีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพเป็นเกณฑ์อ้างอิงดัชนีชี้วัดที่ใช้ในการประเมินการเจริญเติบโต การใช้อายุ น้ำหนัก และส่วนสูงในการประเมินภาวะการเจริญเติบโต โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตสำหรับเด็กอายุ 6-19 ปี กรมอนามัยพ.ศ. 2564 มี 3 ดัชนี คือ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight for age) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (height for age) และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight for height) มีรายละเอียดดังนี้³³

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (Weight for Age)

น้ำหนักเป็นผลรวมของกล้ามเนื้อ ไขมัน น้ำ และกระดูก ซึ่งน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ของการเจริญเติบโตของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามอายุของเด็ก เป็นดัชนีที่นิยมใช้แพร่หลายในการประเมินภาวะการขาดโปรตีนและพลังงาน การใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป็นการนำน้ำหนักมาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของเด็กที่มีอายุเท่ากัน เพื่อประเมินน้ำหนักของเด็กว่ามากหรือน้อยกว่าเกณฑ์เมื่อเทียบกับเด็กที่มีอายุเท่ากัน แบ่งกลุ่มภาวะการเจริญเติบโตเป็น 5 ระดับ คือ

1. น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ $>+2$ SD หมายถึง ยังบอกไม่ได้ว่าเด็กอ้วนหรือไม่ ต้องประเมินโดยใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
2. น้ำหนักค่อนข้างมาก $>+1.5$ SD ถึง $+2$ SD หมายถึง น้ำหนักอาจอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อน้ำหนักมาก ต้องประเมินโดยใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
3. น้ำหนักตามเกณฑ์ -1.5 SD ถึง $+1.5$ SD หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับอายุ
4. น้ำหนักค่อนข้างน้อย <-1.5 SD ถึง -2 SD หมายถึง น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร
5. น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ <-2 SD หมายถึง น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหาร

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (Height for Age)

ส่วนสูงที่สัมพันธ์กับอายุเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะการเจริญเติบโตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถ้าเด็กได้รับอาหาร ไม่เพียงพอเป็นเวลานาน หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ มีผลให้อัตราการเจริญเติบโตของโครงสร้างกระดูก เป็นไปอย่างเชื่องช้าหรือชะงักงัน ทำให้เป็นเด็กตัวเตี้ย (stunting) กว่าเด็กที่เป็นเกณฑ์อ้างอิงซึ่งมีอายุเดียวกัน ดังนั้นส่วนสูงตามเกณฑ์อายุจึงเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะการขาดโปรตีน และพลังงานแบบเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีความบกพร่องของการเจริญเติบโตด้านโครงสร้างส่วนสูงที่เล็กลงน้อย ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็จะสะสมความพร่องจนตกเกณฑ์ การใช้กราฟส่วนสูงตามเกณฑ์อายุเป็นการนำส่วนสูงมาเทียบกับ เกณฑ์มาตรฐานของ เด็กที่มีอายุเท่ากัน เพื่อประเมินการเจริญเติบโตได้ดีที่สุด และบอกลักษณะของการ เจริญเติบโตได้ว่าเป็นเด็กสูง หรือเตี้ยเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กทั่วไปที่มีอายุเท่ากัน แบ่งกลุ่มภาวะการ เจริญเติบโตเป็น 5 ระดับ คือ

1. สูง $> +2$ SD หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ๆ มีการเจริญเติบโตมากกว่าเด็กทั่วไปในอายุ เดียวกัน เป็นส่วนสูงที่ควรส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอยู่ในระดับนี้
2. ค่อนข้างสูง $> +1.5$ SD ถึง $+2$ SD หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ดีมากมีการเจริญเติบโตมากกว่า เด็กทั่วไปในอายุเดียวกัน เป็นส่วนสูงที่จะต้องส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอยู่ในระดับนี้ เช่นกัน
3. ส่วนสูงตามเกณฑ์ -1.5 SD ถึง $+1.5$ SD หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ดี แสดงว่ามีส่วนสูง เหมาะสมตามอายุ จะต้องส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอยู่ในระดับนี้เช่นกัน
4. ค่อนข้างเตี้ย < -1.5 SD ถึง -2 SD หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหารแบบ เรื้อรัง เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแลส่วนสูงจะเป็นเด็กเตี้ยได้
5. เตี้ย < -2 SD หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหารแบบเรื้อรังมีส่วนสูงน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานาน ขาดอาหารเรื้อรัง มีการเจ็บป่วยบ่อย ๆ ซึ่งมี ผลทำให้เกิดความชะงักของการเจริญเติบโต

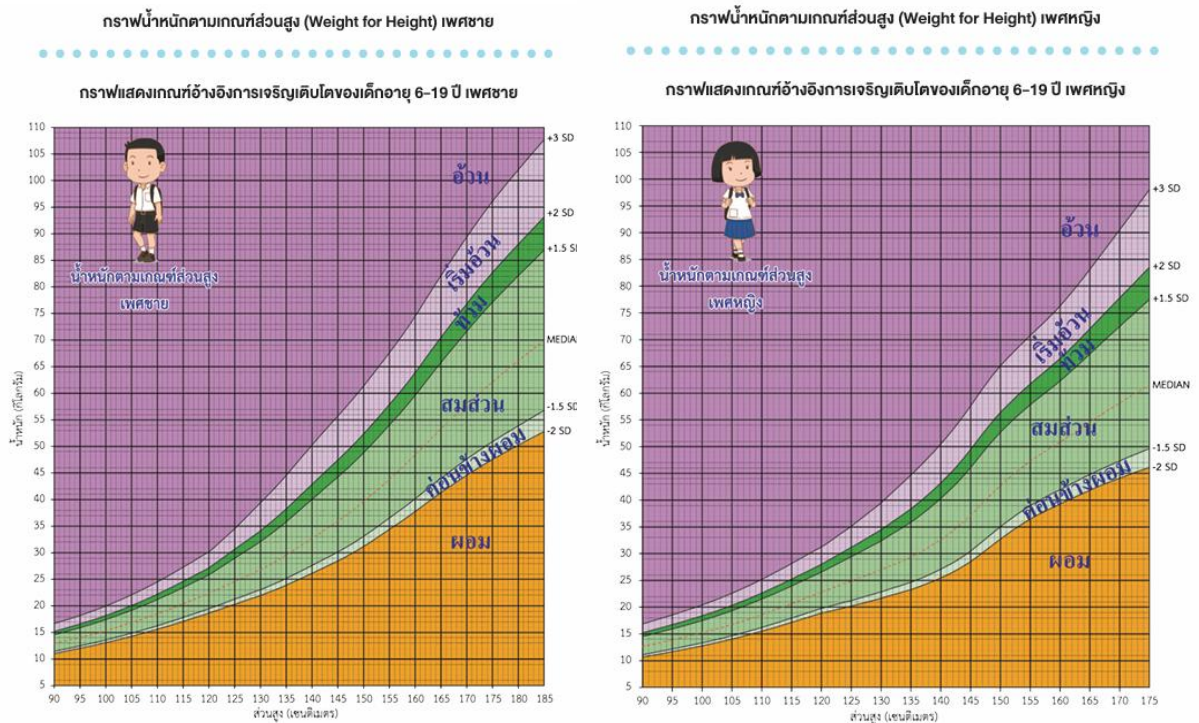
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for height)

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เนื่องจากน้ำหนักเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วกว่าส่วนสูง ถ้าเด็กได้รับอาหาร ไม่เพียงพอจะมีน้ำหนักลดลง มีภาวะผอม (wasting) ดังนั้นน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงจึงเป็นดัชนีบ่งชี้ ที่ใช้ในการสะท้อนภาวะโภชนาการในปัจจุบันแม้ไม่ทราบอายุที่แท้จริง เป็นการนำน้ำหนักเทียบกับมาตรฐาน ที่ส่วนสูงเดียวกัน ใช้ดูลักษณะการเจริญเติบโตว่าเด็กมีน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูงหรือไม่ เพื่อบอกว่าเด็ก มีรูปร่างสมส่วน อ้วน หรือผอม แบ่งกลุ่มภาวะการเจริญเติบโตเป็น 6 ระดับ คือ

1. อ้วน $> +3$ SD หมายถึง มีภาวะอ้วนชัดเจน (อ้วนระดับ 2) มีน้ำหนักมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูง เท่ากันอย่างมาก เด็กมีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนและเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคตได้ หากไม่ ควบคุมน้ำหนัก
2. น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน $> +2$ SD ถึง $+3$ SD หมายถึง น้ำหนักมากก่อนเกิดภาวะอ้วนชัดเจน (อ้วนระดับ 1) มีน้ำหนักมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเท่ากัน เด็กมีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อน และ เป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคตได้ หากไม่ควบคุมน้ำหนัก

3. ท้วม $>+1.5$ SD ถึง $+2$ SD หมายถึง อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการมีภาวะเริ่มอ้วน เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแลน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับเริ่มอ้วน
4. สมส่วน -1.5 SD ถึง $+1.5$ SD หมายถึง น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับส่วนสูง ต้องส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอยู่ในระดับนี้ แต่อาจพบการแปลผลผิดในกรณีที่เด็กเตี้ย ซึ่งมักพบว่าเด็กมีรูปร่างสมส่วนเช่นกัน ในกรณี เช่นนี้ ถือว่าเด็กมีภาวะขาดอาหาร (เตี้ย) แม้ว่าเด็กจะมีรูปร่างสมส่วนก็ตาม
5. ค่อนข้างผอม <-1.5 SD ถึง -2 SD หมายถึง น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อภาวะผอม เป็นการเตือนให้ระวังหากไม่ดูแลน้ำหนักหากลดลงจะอยู่ในระดับผอม
6. ผอม <-2 SD หมายถึง น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหารฉับพลัน มีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานที่มีส่วนสูงเท่ากัน แสดงว่าได้รับอาหารไม่เพียงพอ

งานวิจัยครั้งนี้ใช้อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น ประเมินภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6 – 19 ปี จากน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for height) ในการแบ่งกลุ่มการเจริญเติบโต



ภาพที่ 7 กราฟแสดงเกณฑ์การเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อายุ 6-19 ปี เพศชายและเพศหญิง
ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ หรือการเผชิญกับความเจ็บป่วย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ³⁴

สุขุม เฉลยทรัพย์ ³⁵ ให้ความหมาย “พฤติกรรมสุขภาพ” คือ การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่พฤติกรรมง่าย ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ ไปจนถึงการจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา แนวคิดนี้เน้นว่าทุกพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งสิ้น และสามารถเป็นตัวชี้วัดได้ว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่ ซึ่ง “พฤติกรรมสุขภาพ” ไม่ได้จำกัดเฉพาะสิ่งที่เป็น “พฤติกรรมดี” เท่านั้น แต่ยังรวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวคิดนี้มีมิติที่ลึกและครอบคลุมมากกว่าการเน้นเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ

สุภาพ พานิชพงศ์ ³⁶ ให้ความหมาย “พฤติกรรมสุขภาพ” คือสิ่งที่บุคคลทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี หรือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โดยเน้นไปที่การตัดสินใจของบุคคลในการเลือกปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเองในระยะยาว แนวคิดนี้แสดงถึงความสำคัญของความตระหนักรู้ในตนเอง และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลของ “การตัดสินใจ” ซึ่งหมายถึงว่าบุคคลมีอำนาจในการควบคุมและเลือกวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง การให้ความสำคัญกับกระบวนการคิด และเลือกของบุคคล สอดคล้องกับหลักจิตวิทยาเชิงพฤติกรรมที่มองพฤติกรรมมนุษย์ในเชิงเหตุผล

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ ³⁷ ให้ความหมาย “พฤติกรรมสุขภาพ” คือพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และแรงจูงใจ และได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. พฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

โดยชี้ให้เห็นว่าแต่ละพฤติกรรมมีบทบาทต่างกันตามสถานการณ์สุขภาพ และมีปัจจัยเบื้องหลังเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมหรือประสบการณ์ชีวิตร่วมด้วย ซึ่งช่วยให้สามารถออกแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีเป้าหมาย

ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

สมจิต หนูเจริญ ³⁸ ให้ความหมาย “พฤติกรรมการบริโภคอาหาร” คือ การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงวิธีการกินอาหาร เช่น ชนิดของอาหารที่เลือกกิน ปริมาณ ความถี่ และรูปแบบในการบริโภค ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ครอบครัว และสื่อมวลชน ซึ่งการบริโภคอาหารไม่ใช่แค่เรื่องโภชนาการ แต่เป็นพฤติกรรมที่มีปัจจัยแวดล้อมหลายด้านเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงควรทำความเข้าใจบริบทโดยรอบควบคู่กับการพิจารณาสารอาหาร

อุษณีย์ เก่งสกุล ³⁹ ให้ความหมายว่า “พฤติกรรมการบริโภคอาหาร” คือ กระบวนการที่บุคคลเลือกและตัดสินใจบริโภคอาหาร โดยพิจารณาจากความชอบ ความเคยชิน ความรู้ และทัศนคติที่มีต่ออาหารนั้น ๆ ซึ่งเน้นกระบวนการ “เลือก” และ “ตัดสินใจ” แสดงให้เห็นพฤติกรรมการกินอาหารเป็นผลลัพธ์จากความคิดและทัศนคติส่วนบุคคล ไม่ใช่เพียงการตอบสนองความหิว

สาวิตรี สุขศิริ⁴⁰ ให้ความหมายว่า “พฤติกรรมการบริโภคอาหาร” คือ ลักษณะการกินอาหารที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพในระยะยาว ซึ่งมองในมิติของ “ความสม่ำเสมอ” ซึ่งชี้ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นประจำจะกลายเป็นนิสัยและส่งผลต่อสุขภาพในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นผลดีหรือผลเสีย

สามารถสรุปได้ว่า “พฤติกรรมการบริโภคอาหาร” คือ ผลรวมของการกระทำ การตัดสินใจ ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมที่แสดงออกผ่านวิธีการกินของบุคคล ซึ่งมีผลทั้งในระยะสั้น เช่น พลังงานเกินหรือขาด และระยะยาว เช่น โรคอ้วนหรือขาดสารอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

พฤติกรรมการบริโภคของบุคคลเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความพึงพอใจ และอุปนิสัยที่สะสมมาตลอดชีวิต ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเติบโตทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ ความต้องการด้านโภชนาการในช่วงวัยนี้จึงสูงกว่าวัยอื่น และพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ การเจริญเติบโต รวมถึงแนวโน้มการเกิดภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ในช่วงวัยนี้ เด็กและวัยรุ่นกำลังอยู่ในกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของตนเอง เรียนรู้บทบาททางสังคม และตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งจากครอบครัว สื่อสังคมออนไลน์ โฆษณา อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนหล่อหลอมทัศนคติ ความเชื่อ และความเข้าใจต่ออาหารและสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคจึงไม่ได้เป็นเพียงการเลือกกินอาหาร แต่ยังเป็นผลสะท้อนจากแบบแผนความคิด เจตคติ และความเชื่อที่บุคคลมีต่อสุขภาพของตนเองอีกด้วย นอกจากนี้ ความพร้อมในการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ที่มีการใช้สื่อดิจิทัลอย่างกว้างขวาง ทำให้พวกเขาเรียนรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับอาหาร สุขภาพ และภาพลักษณ์ร่างกายจากหลากหลายแหล่งข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลทั้งในทางบวก และลบต่อพฤติกรรมการบริโภค เช่น การเลียนแบบพฤติกรรมจากสื่อ การรับประทานอาหารตามเทรนด์ หรือการเลือกอาหารเพราะรูปลักษณ์ภายนอกมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ

เมื่อพิจารณาจากปัจจัยทั้งหมดนี้ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการทำความเข้าใจในหลายมิติ ทั้งมิติของพฤติกรรม มิติของความเชื่อ และมิติของบริบททางสังคม ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจว่า เหตุใดบุคคลจึงมีหรือไม่มีพฤติกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) คณะผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มากรอบในการศึกษา เพื่ออธิบายและวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีความสำคัญในการวางรากฐานของพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคล จำเป็นต้องพิจารณาถึง “การรับรู้” ซึ่งหมายถึงกระบวนการตีความ หรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับ และ “ความเชื่อด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และการปฏิบัติตนของบุคคล แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า บุคคลจะมีแนวโน้มปฏิบัติตนตามสิ่งที่ตนรับรู้ และเชื่อ

ว่าเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตน ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการเริ่มหันมาให้ความสนใจกับการศึกษา "พฤติกรรมมนุษย์" อย่างจริงจัง เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมสามารถทำความเข้าใจ คาดการณ์ และควบคุมได้ด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษ 1950-1960 ซึ่งถือเป็นช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขต่างพยายามหาคำอธิบายว่า เหตุใดประชาชนจึงไม่ให้ความสนใจต่อการบริการด้านการป้องกันโรค แม้จะมีการจัดบริการเหล่านั้นอย่างครอบคลุมแล้วก็ตาม นักจิตวิทยาผู้พัฒนาแนวคิดนี้เสนอว่า พฤติกรรมของมนุษย์ได้รับอิทธิพลจาก "ค่านิยม" โดยบุคคลมักแสวงหาสิ่งที่ให้คุณค่าในเชิงบวก และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ให้คุณค่าในเชิงลบ กล่าวคือ หากบุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และตระหนักถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) ร่วมกับการรับรู้ว่าคุณสามารถป้องกันหรือควบคุมโรคได้ (perceived self-efficacy) ก็จะมีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ⁴¹⁻⁴²

ความเชื่อด้านสุขภาพจึงหมายถึง ความรู้สึก ความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งอาจตั้งอยู่บนเหตุผลหรือไม่ก็ได้ แต่สิ่งเหล่านี้กลับมีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น แม้บุคคลสองคนจะประสบกับเหตุการณ์เดียวกัน เช่น การเจ็บป่วยหรือการเข้ารับการผ่าตัด แต่การยอมรับ การรับมือ และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ดังกล่าว อาจแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความคิด และความเชื่อที่บุคคลมีอยู่ก่อนหน้านั้น ดังนั้น แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการศึกษา และทำความเข้าใจพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งอยู่ในช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ การสร้างค่านิยม และการพัฒนาแนวทางการใช้ชีวิต ที่จะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หรือการติดเชื้อ และไม่สามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้โดยตรง ลักษณะเด่นของโรคกลุ่มนี้คือมีการดำเนินโรคอย่างช้า เรื้อรัง และมักใช้ระยะเวลาหลายปีจึงจะแสดงอาการอย่างชัดเจน เดิมทีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักพบในกลุ่มผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มการเกิดโรคในเด็กวัยเรียนกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง การขาดกิจกรรมทางกาย และการใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่งหรืออยู่กับที่เป็นเวลานาน ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมในปริมาณสูง ร่วมกับการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การนอนหลับไม่เพียงพอ การมีภาวะเครียดสะสม และใช้เวลาหน้าจอเป็นเวลานานโดยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งนี้ยังมีปัจจัยเสริมอื่น เช่น พันธุกรรมและสภาพแวดล้อม ที่อาจเร่งให้เกิดโรคได้เร็วขึ้น

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ได้แก่ ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มอาการเมตาบอลิก และความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะในเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหลายประการตั้งแต่วัยเรียน ซึ่งถือเป็นช่วงวัยสำคัญของการวางรากฐานพฤติกรรมสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลจากกรมอนามัย ระบุว่า ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง เด็กจำนวนมากหันมาบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง น้ำตาลสูง ไขมันอิ่มตัว และโซเดียมสูง โดยขาดผัก ผลไม้ และอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ นอกจากนี้ การใช้ชีวิตแบบนั่งอยู่กับที่เป็นเวลานาน เช่น การเล่นเกม ดูโทรทัศน์ หรือใช้โทรศัพท์มือถือมากเกินไป ล้วนเป็นปัจจัยที่เร่งให้เกิดภาวะโภชนาการเกินได้เร็วขึ้นและรุนแรงขึ้น ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็ก ไม่เพียงส่งผลต่อรูปร่างและสุขภาพในระยะสั้น แต่ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระยะยาว เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้เคยพบมากในผู้ใหญ่วัยกลางคน หรือผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันเริ่มพบในเด็กมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนตั้งแต่วัยเรียน อีกทั้งโรคอ้วนยังเป็นจุดเริ่มต้นของกลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มของความผิดปกติที่เกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันดี (HDL) ต่ำ ไตรกลีเซอไรด์สูง และความดันโลหิตสูง ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต จากการศึกษาพบว่า เด็กที่มีภาวะอ้วนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิกมากกว่าปกติถึง 4-6 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กชายและเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงสะสมหลายประการ⁴³⁻⁴⁴

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 140 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับค่าเฉลี่ยสูง อย่างไรก็ตาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับค่าเฉลี่ยต่ำ โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียด ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับค่าเฉลี่ยสูง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ขณะเดียวกันมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค⁴⁵

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มหวานในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.9 มีอายุ 13 ปี ร้อยละ 65.8 น้ำหนักส่วน ระหว่าง 18.50 - 24.99 ร้อยละ 55.26 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 86.8 รายได้ในครัวเรือนระหว่าง 5,001- 10,000 บาท ร้อยละ 39.4 ไม่มีการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 100.0 และนักเรียนไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคที่เกิดจากการดื่มหวาน ร้อยละ 60.5 ปัจจัยด้านรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁴⁶

การศึกษาการรับรู้และการใช้ข้อมูลบนฉลากอาหารของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 199 คน พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ด้านความสนใจ ด้านความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลบนฉลากอาหารโดยรวมในระดับปานกลาง ข้อมูลที่ตัวอย่างสนใจในระดับสูง คือวันหมดอายุ ราคา

และเครื่องหมายการค้า (ร้อยละ 82.9, 63.8 และ 56.3 ตามลำดับ) ส่วนข้อมูลฉลากโภชนาการส่วนใหญ่ได้รับความสนใจระดับปานกลาง ซึ่งได้แก่ ปริมาณหนึ่งหน่วยบริโภค ปริมาณสารอาหารและจำนวนหน่วยบริโภค (ร้อยละ 44.7, 44.2 และ 43.7 ตามลำดับ) สำหรับด้านความเข้าใจคำถามที่ตอบถูกต้องมากที่สุด คือควรบริโภคก่อนวันหมดอายุ (ร้อยละ 98.0) ข้อที่ตอบไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ผลิตภัณฑ์ทุกชนิดต้องแสดงฉลากโภชนาการ (ร้อยละ 97.0) ข้อมูลบนฉลากอาหารที่ใช้ทุกครั้งที่เลือกซื้อ คือวันหมดอายุ และเครื่องหมายอย. (ร้อยละ 58.3 และ 51.8 ตามลำดับ) ข้อมูลที่ใช้บางครั้งหรือไม่ใช้เลย ได้แก่ ส่วนประกอบของผงชูรส (ร้อยละ 58.3) ตามด้วยปริมาณน้ำตาลเมื่อเทียบกับปริมาณที่แนะนำต่อวัน (ร้อยละ 46.2)⁴⁷

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 ราย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r_s = .811, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง ($r_s = -.811, p < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .359, p < .001$) กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ⁴⁸

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอลองชล จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เท่ากับ 41.05 คะแนน (S.D. = 5.04) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ทิศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($\beta = -0.264, p\text{-value} < 0.001$) อิทธิพลจากเพื่อน ($\beta = 0.247, p\text{-value} = 0.001$) การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ($\beta = -0.157, p\text{-value} = 0.026$) และเกรดเฉลี่ยสะสม ($\beta = 0.151, p\text{-value} = 0.023$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ร้อยละ 31.40 ($R^2 = 0.314, p\text{-value} < .001$)⁴⁹

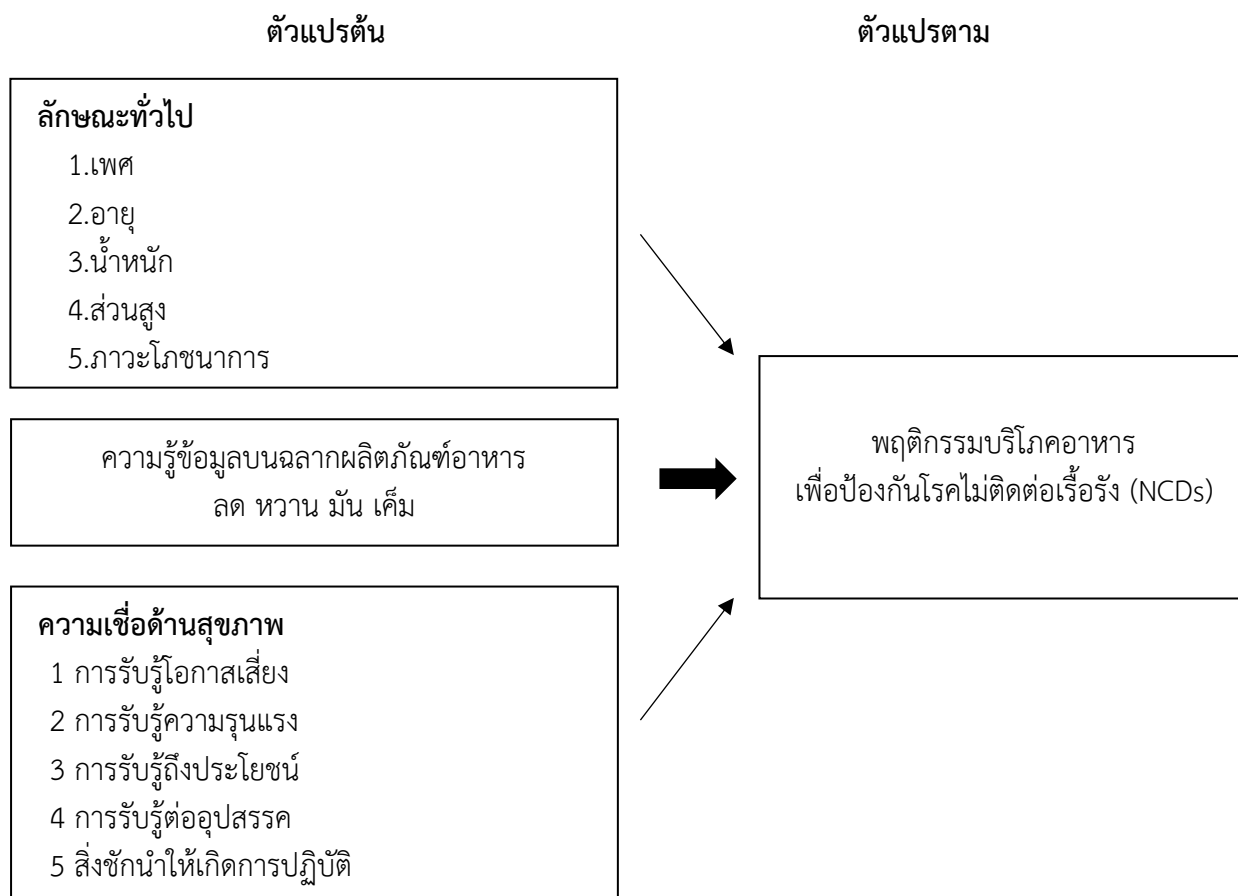
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอมือง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับสูง ($M = 3.92, SD = 1.27$; $M = 4.06, SD = 1.30$ และ $M = 4.32, SD = 1.03$ ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปานกลาง ($M = 3.57, SD = 1.30$) และ 3) การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .243, p < .001, r = .265, p < .001$ และ $r = .301, p < .001$ ตามลำดับ)⁵⁰

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัย พบว่าระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 82.0 และ ร้อยละ 84.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า นักเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารตามแพ้นในโฆษณา

ตามสื่อต่างๆ เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ก่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดโรคอ้วนร้อยละ 65.5 และนักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการพยายามซื้ออาหาร เช่น ขนมขบเคี้ยว เค้ก คุกกี้ ขนมหวาน น้ำหวานหรือน้ำอัดลมไว้ที่บ้าน เพราะจะทำให้อยากรับประทานอาหารอยู่ตลอดเวลา ร้อยละ 50.6 และพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁵¹

การศึกษาสำรวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียน ในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่านักเรียนร้อยละ 19.1 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 34.6 ตีมน้ำอัดลม และร้อยละ 39.4 รับประทานฟาสต์ฟู้ด นักเรียนร้อยละ 83.0 ทำความสะอาดฟันหรือแปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อวันหรือมากกว่า ร้อยละ 12.4 ไม่เคยล้างมือหรือล้างล้างนานๆ ครั้งก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 18.2 ถูกทำร้ายร่างกายจำนวน 1 ครั้ง หรือมากกว่านั้น ร้อยละ 15.5 เคยวางแผนถึงวิธีการพยายามฆ่าตัวตาย และ ร้อยละ 6.3 นักเรียนบอกว่าตนเองไม่มีเพื่อนสนิท ร้อยละ 70.4 ในกลุ่มของนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ พบว่าเริ่มสูบบุหรี่แรกก่อนอายุ 14 ปี ร้อยละ 19.8 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ร้อยละ 18.3 ออกกำลังกายที่รวมแล้วไม่น้อยกว่า 60 นาทีต่อวัน ในจำนวน 5 วันหรือมากกว่า ในระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 64.7 นักเรียน ใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อวันหรือมากกว่า ในการนั่งดูโทรทัศน์ นั่งเล่นเกมคอมพิวเตอร์ คุยกับเพื่อน นั่งอ่านหนังสือ หรือนั่งคุยโทรศัพท์ ร้อยละ 20.1 ไม่ได้เข้าเรียนหรือไม่ได้ไปโรงเรียนโดยไม่ได้รับอนุญาต และร้อยละ 70.6 ของนักเรียนได้สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยบ่อยครั้งและเป็นประจำ เมื่อเข้าไปในสถานที่มีคนจำนวนมากหรือแออัด⁵²

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional Analytical Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมายเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ที่กำลังศึกษาปีการศึกษา 2567

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่1,2,3 เขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี
2. อ่าน เขียน และมีการสื่อสารภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ปกครอง และนักเรียนยินดียใจเข้าร่วมในการโครงการ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. อาสาสมัครขาดเรียน /ไม่อยู่ในวันเก็บข้อมูล
2. อาสาสมัครมีอาการเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
3. หลังเข้าร่วมโครงการแล้วให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือตรวจสอบพบว่าไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือก

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. อาสาสมัครยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ

2. ขนาดและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัด ชลบุรี ปีการศึกษา 2567 ทั้งหมด 16,034 ราย และได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 392 ราย จากการสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two Stages Sampling) โดยมีการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

การวิจัยนี้คำนวณขนาดตัวอย่างแบบ Estimating a finite population proportion (อ้างอิงจากการศึกษาความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย) และคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$\text{โดยกำหนดให้ } n = \frac{NZ^2_{\alpha}/2^p (1-p)}{d^2(N-1)+pZ^2_{\alpha}/2 (1-p)}$$

N = Number of population (จำนวนนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งหมด)

P = Estimated proportion of sweet consumption population (0.375)

α = Proportion of type I error = 0.05 (2-sided); $z_{0.025} = 1.96$

d = Margin of error in estimating P (0.05)

ดังนั้น $n = 353$ คน

เมื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้ว ได้จำนวน 353 คน บวกกับ Attrition rate อีกร้อยละ 10 คำนวณจากสูตร

$$n_{\text{new}} = \frac{n}{1-L}$$

L = อัตราการมีข้อมูลขาดหายไป

ดังนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 392 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีแบบสองขั้นตอน (Two Stage Sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่ม "หน่วยหลัก" (โรงเรียน) จากประชากรโรงเรียนทั้งหมด ใช้สุ่มแบบชั้นภูมิ Stratified Sampling และขั้นที่ 2 สุ่ม "หน่วยย่อย" (ห้องเรียน) ภายในแต่ละโรงเรียน คัดเลือกตัวแทนห้องเรียนด้วยวิธีการเลือกสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling)

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกโรงเรียน

สุ่มเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนโดยสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratify Sampling) โดยเลือกสุ่มโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรีแบ่งตามขนาดของโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก ขนาดละ 1 โรงเรียน ทำการคัดเลือกโรงเรียนเพื่อเป็นตัวแทนจำนวน 4 โรงเรียน

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกห้องเรียน

สุ่มเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างห้องเรียนโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) โดยวิธีสุ่มเลือกชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สายชั้นละ 1 ห้องเรียน โดยเลือกนักเรียนทั้งหมดที่มาเรียนในวันที่เก็บข้อมูล

สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 โรงเรียน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้แก่ โรงเรียนที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ

การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามดำเนินการระหว่างเดือน ระยะเวลาช่วงเดือน มีนาคม 2567

ขั้นตอนการดำเนินการ มีรายละเอียดดังนี้

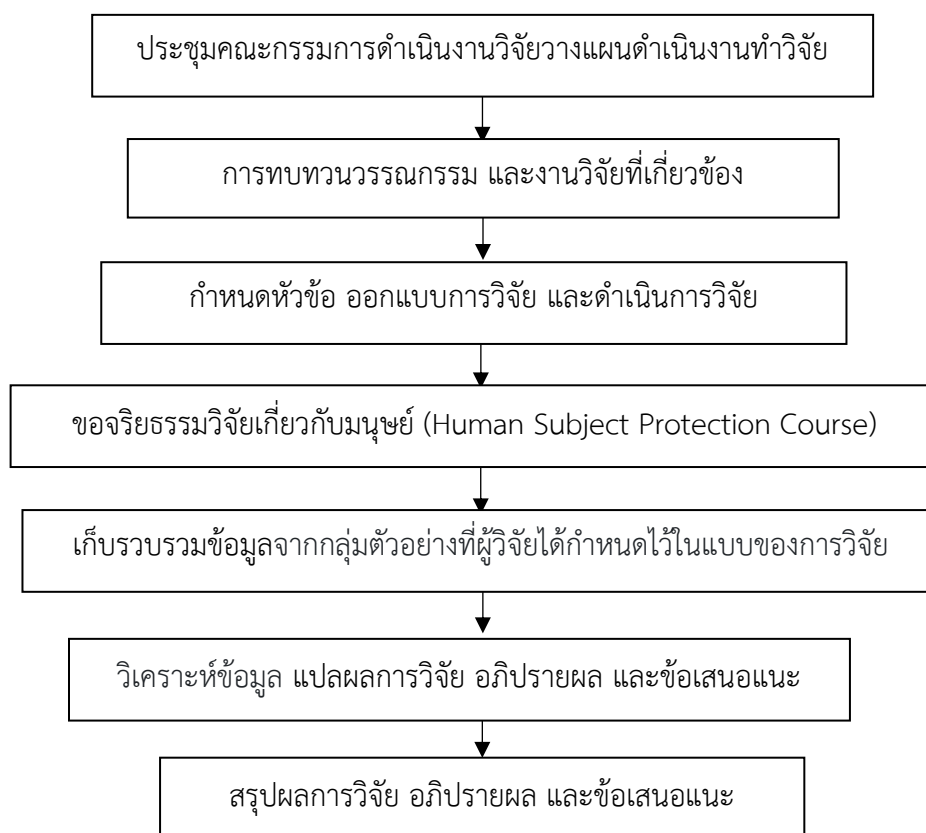
ขั้นเตรียมการ

1. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานวิจัยวางแผนดำเนินงานทำวิจัย
2. การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. กำหนดหัวข้อ และออกแบบการวิจัย
4. ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. จัดทำคู่มือการเขียนรวบรวมข้อมูล คู่มือการลงรหัส
6. ประสานโรงเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวัน เวลา รายละเอียดการเก็บข้อมูล
7. ทำหนังสือชี้แจงผู้ปกครอง

ขั้นดำเนินงาน

1. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้
2. รวบรวมข้อมูล
3. วิเคราะห์ข้อมูล แปลผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
4. เขียนรายงานการวิจัย และเผยแพร่

Flow Chart ดำเนินงาน



ภาพที่ 9 Flow Chart ดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายหลังจากได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมอนามัย และได้รับอนุญาตจากสถานศึกษากลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้ประสานงานกับครูผู้รับผิดชอบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงไม่ให้รบกวนตารางเรียน ของนักเรียน ในวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้งแก่กลุ่มนักเรียนตัวอย่าง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียน รวมถึงเน้นการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แบบสอบถามถูกแจกให้นักเรียนตอบด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20-30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถามทุก ฉบับ ก่อนเก็บรวบรวมและนำกลับมาประมวลผล เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยได้ดำเนินการบันทึก ข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS for Windows) เพื่อจัดเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชนิดและลักษณะเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยอ้างอิงและขออนุญาตใช้เครื่องมือจากงานวิจัยเรื่องผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ นักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ถาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา มีลักษณะ คำถามแบบปิดและแบบเปิด มีจำนวนคำถาม 4 ข้อ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบถูก หรือผิด จำนวน 5 ข้อ ดังนี้

การให้คะแนน คำตอบแต่ละข้อ ดังนี้ ตอบ ถูก ได้ 1 คะแนน ตอบ ผิด ได้ 0 คะแนน เมื่อรวม คะแนนทั้ง 5 ข้อ จะได้คะแนนรวม 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน เพื่อจำแนกระดับความรู้ของนักเรียน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ บลูม (Bloom, 1968) ⁵³ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้	เกณฑ์	ช่วงคะแนน	ความหมาย
ดี	≥ 80%	4.00 – 5.00	มีความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้องดีมาก
ปานกลาง	60–79%	3.00 – 3.99	มีความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในระดับปานกลาง
น้อย	< 60%	ต่ำกว่า 3.00	มีความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในระดับน้อย

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การแปลผลระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อทั้ง 5 ด้าน จัดทำขึ้นเพื่อประเมินระดับความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยอ้างอิงตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ประกอบด้วย

- 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงจากการบริโภคอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การให้คะแนน แบบสอบถามในส่วนนี้เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยผู้ตอบสามารถเลือกคำตอบได้ตามระดับความเห็นของตนเอง ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น

การแปลผลคะแนน เพื่อจำแนกระดับความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁵³ โดยแบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับตามคะแนน ดังนี้

ระดับความเชื่อ	ร้อยละของคะแนน	ช่วงคะแนนแปลผลรายข้อ	ช่วงคะแนนแปลผลความเชื่อแต่ละด้าน	ช่วงคะแนนแปลผลความเชื่อรวม 5 ด้าน	ความหมาย
สูง (ดี)	≥ 80%	4.00 – 5.00	20-25	100-125	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก
ปานกลาง	60-79%	3.00 – 3.99	15-19	75-99	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
น้อย (ต่ำ)	< 60%	ต่ำกว่า 3.00	1-14	1-74	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 4 แสดงการแปลผลระดับความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามส่วนนี้จัดทำเพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในการเลือกบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs)

การให้คะแนน แบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4-Point Rating Scale) โดยผู้ตอบเลือกตอบตามความถี่ในการปฏิบัติจริง โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความถี่ของพฤติกรรม	คะแนน
เป็นประจำ	4
บ่อย	3
นาน ๆ ครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1

ตารางที่ 5 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนระดับความถี่ของพฤติกรรมการบริโภค

การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ของ Bloom⁵³ โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารออกเป็น 3 ระดับตามคะแนนรวม ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ร้อยละของคะแนน	ช่วงคะแนนแปลผลรายข้อ	ช่วงคะแนนแปลผลพฤติกรรมบริโภคอาหาร	ความหมาย
สูง (ดี)	≥ 80%	4.00 – 5.00	38.4-48	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก
ปานกลาง	60–79%	3.00 – 3.99	28.8-38.3	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
น้อย (ต่ำ)	< 60%	ต่ำกว่า 3.00	1-28.7	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 6 แสดงเกณฑ์การแปลผลระดับของพฤติกรรมการบริโภค

ส่วนที่ 5 การกำหนดเกณฑ์การจำแนกพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง “ความรู้ข้อมูลโภชนาการผลิตภัณฑ์อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม” “ความเชื่อด้านสุขภาพ” กับ “พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ผู้วิจัยได้จัดจำแนกระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็น 2 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom⁵³ ได้แก่

1. ระดับดี (Good Behavior) หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ “ดี” (≥ 80%)
2. ระดับไม่ดี (Poor Behavior) หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ “ปานกลาง” หรือ “น้อย” (< 80%)

ระดับพฤติกรรม	ร้อยละของ คะแนน	ช่วงคะแนน แปลผลพฤติกรรมบริโภคอาหาร	ความหมาย
ดี	$\geq 80\%$	38.4 - 48	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก
ไม่ดี	$< 80\%$	1 - 38.3	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 7 แสดงเกณฑ์การจำแนกพฤติกรรมบริโภคเพื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การจัดกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามได้อย่างชัดเจน โดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2 -test) ซึ่งเหมาะสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงคุณภาพ (Categorical Variables) สองตัว ทั้งนี้การกำหนดเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม “ดี” และ “ไม่ดี” สอดคล้องกับแนวทางของ Bloom⁵³ ที่ใช้ในการแปลผลคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพ และได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยสุขภาพของไทย เช่น งานของพวงผกา ทองเจริญ⁵⁴ และวรรณ ชูเกียรติ⁵⁵ ซึ่งเกณฑ์ร้อยละ 80 เป็นจุดตัด (cut-off point) เพื่อจำแนกพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอ้างอิงและขออนุญาตใช้เครื่องมือจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนน้อย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (2560) โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งในด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นดังรายละเอียดต่อไปนี้

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ และอาหารและยา จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ในช่วง 0.67–1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.50)

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อวัดความสม่ำเสมอภายในของข้อคำถามแต่ละส่วน ผลการคำนวณพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนอยู่ในระดับดีมาก รายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.808

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.810

แบบสอบถามการรับรู้ถึงความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.860

แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.820

แบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.820

แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.883

แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.801

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และภาวะโภชนาการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และใช้เป็นข้อมูลประกอบในการแปลผลทางสถิติในส่วนต่อไป

ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ แบบไคสแควร์ (Chi-Square test)

การพิทักษ์สิทธิ์

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อสิทธิ์ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน สิทธิ์ในการปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างชัดเจน และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นผู้เข้าร่วมวิจัย โดยสมัครใจ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 392 คน จากการสุ่มแบบสองขั้นตอน(Two Stages Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ แบบไคสแควร์ (Chi-Square test) ผลการศึกษาเสนอด้วยการบรรยายประกอบด้วยตารางเรียงตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. การศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร
3. การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
4. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
5. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้
 - 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ และภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์อาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567 จำนวน 392 ราย นักเรียนชาย ร้อยละ 44.6 นักเรียนหญิง ร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 14 -15 ปี ร้อยละ 60.7 น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41 - 60 กิโลกรัม ร้อยละ 61.8 ภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่า ส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 59.9 และมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 19.3 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป(N= 392)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	175	44.6
หญิง	217	55.4
อายุ (ปี)		
12-13	135	34.4
14-15	238	60.8
16-17	19	4.8
Min = 12, Max = 17, $\bar{x}$ = 14.04, SD = 0.979		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
≤ 40	61	15.6
41 - 50	143	36.5
51 - 60	99	25.3
61 - 70	47	12.0
≥ 71	42	10.6
Min =30, Max =108, $\bar{x}$ =53.31, SD = 14.016		
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
≤ 150	25	6.4
151 - 160	163	41.6
161 - 170	162	41.3
171 - 180	40	10.2
≥ 181	2	0.5
Min=134, Max =182, $\bar{x}$ =161.39, SD = 7.466		
ภาวะโภชนาการ(น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง)		
อ้วน	48	12.2
เริ่มอ้วน	28	7.1
ท้วม	21	5.4
สมส่วน	235	59.9
ค่อนข้างผอม	33	8.4
ผอม	27	6.9

2. ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารอาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 36.0 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.7 มีระดับความรู้ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มที่มีระดับรู้น้อย ร้อยละ 29.3 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระดับความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดหวาน มัน เค็ม

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	141	36.0
ระดับปานกลาง	136	34.7
ระดับน้อย	115	29.3
รวม	392	100.0

3. ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างตามระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพแยกเป็นรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ความรุนแรงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 50.8 มีระดับการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 42.3 เช่นเดียวกับด้านการรับรู้ความรุนแรงจากอาหารที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับดี ร้อยละ 49.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.1 ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.7 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในบรรดา 5 ด้าน รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.4 ขณะที่ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 45.2 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.6 ด้านการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.9 ขณะที่การรับรู้ระดับดี และระดับน้อยมีจำนวนเท่ากันที่ร้อยละ 27.6 และเมื่อพิจารณาการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพรวมทั้ง 5 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.2 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 20.4 และระดับน้อย ร้อยละ 8.4 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกตามระดับการรับรู้

การรับรู้	น้อย		ปานกลาง		ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	27	6.9	166	42.3	199	50.8
2. การรับรู้ความรุนแรงของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	28	7.1	169	43.1	195	49.7
3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	31	7.9	131	33.4	230	58.7
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	177	45.2	159	40.6	56	14.3
5. การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	108	27.6	176	44.9	108	27.6
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพรวมทั้ง 5 ด้าน	33	8.4	279	71.2	80	20.4

4. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง พบส่วนใหญ่พฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.0 รองลงมาคือระดับน้อย คิดเป็น ร้อยละ 27.3 และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.7 ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	42	10.7
ระดับปานกลาง	243	62.0
ระดับน้อย	107	27.3
รวม	392	100.0

5. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ และภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 40.8 และระดับดี ร้อยละ 3.8 ขณะที่เพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดี ร้อยละ 48.5 และระดับดี ร้อยละ 6.9 และ กลุ่มอายุ 10-14 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดี ร้อยละ 57.7 ระดับดี ร้อยละ 6.6 กลุ่มอายุ 15-19 ปี มีพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 31.6 ระดับดี ร้อยละ 4.1 และภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์มาตรฐาน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดี ร้อยละ 67.3 ระดับดี ร้อยละ 7.9 กลุ่มที่มีโภชนาการปกติมีพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 4.3 ระดับดี ร้อยละ 1.0 และกลุ่มที่มีโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 17.6 ระดับดี ร้อยละ 1.8 และผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบ เพศ อายุ และภาวะโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ และภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (N=392)	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		χ^2 - test	p-value
	ดี	ไม่ดี		
เพศ	42 (10.7)	350 (89.3)	1.517	0.218
ชาย	15 (3.8)	160 (40.8)		
หญิง	27 (6.9)	190 (48.5)		
อายุ (ปี)	42 (10.7)	350 (89.3)	1.116	0.733
10 - 14	26 (6.6)	226 (57.7)		
15 - 19	16 (4.1)	124 (31.6)		
ภาวะโภชนาการ	42 (10.7)	350 (89.3)	1.717	0.424
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	31 (7.9)	264 (67.3)		
ปกติ	4 (1.0)	17 (4.3)		
ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	7 (1.8)	69 (17.6)		

* $p < 0.05$

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็มกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลดหวาน มัน เค็ม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับฉลาก ในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี ในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือกลุ่มที่มีความรู้ในระดับปานกลาง และน้อย ร้อยละ 29.8 และ ร้อยละ 28.3 ตามลำดับ แม้ว่ากลุ่มที่มีความรู้ระดับดี จะมีพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารที่ไม่ดีมากที่สุด เมื่อพิจารณาข้อมูลทางสถิติ พบว่าความรู้เกี่ยวกับข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนในกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความรู้ข้อมูลบนฉลาก (N=392)	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		χ^2 - test	p-value
	ดี	ไม่ดี		
ระดับดี	17 (4.3)	122 (31.1)	5.658	0.059
ระดับปานกลาง	19 (4.8)	117 (29.8)		
ระดับน้อย	6 (1.5)	111 (28.3)		

* $p < 0.05$

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำแนกตามองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามการรับรู้โดยรวม

จากการศึกษาเมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ ดี ร้อยละ 6.1 ขณะที่กลุ่มระดับ ปานกลาง มีพฤติกรรมที่ ดี ลดลงเป็นร้อยละ 4.6 โดยกลุ่มที่มีความเชื่อในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีสูงถึง ร้อยละ 66.6 เมื่อจากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีมากที่สุด ร้อยละ 8.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการบริโภคที่ ดี ลดลงเป็นร้อยละ 2.6 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับ ดี มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีสูงถึงร้อยละ 42.6 จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ถึงร้อยละ 8.7 ขณะที่ระดับปานกลาง และน้อยอยู่ที่ร้อยละ 1.8 และ 0.3 ตามลำดับ กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลางยังมีพฤติกรรมที่ไม่ดีสูงสุด ร้อยละ 41.3 จากการวิเคราะห์

ข้อมูลทางสถิติพบการรับรู้ความรุนแรงของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000

4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี สูงที่สุด ร้อยละ 8.9 และร้อยละ 1.8 มีการรับรู้ระดับปานกลาง ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002

5. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ร้อยละ 4.1 และมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี ร้อยละ 10.2 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในระดับน้อย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีร้อยละ 3.8 และมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ดี สูงที่สุด ร้อยละ 41.3 จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000

6. การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีรับรู้สิ่งชักนำในระดับดีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี สูงสุด ร้อยละ 6.9 ในขณะที่กลุ่มระดับปานกลางและน้อยมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีอยู่ที่ร้อยละ 2.8 และ 1.0 ตามลำดับ กลุ่มที่มีระดับการรับรู้ปานกลางยังพบพฤติกรรมไม่ดี สูงถึงร้อยละ 42.1 ซึ่งเป็นอัตราสูงที่สุดในกลุ่มทั้งหมด จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความเชื่อด้านสุขภาพ (N=392)	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		χ^2 - test	p-value
	ดี	ไม่ดี		
ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม				
ระดับดี	24 (6.1)	56 (14.3)	40.363	0.000**
ระดับปานกลาง	18 (4.6)	261 (66.6)		
ระดับน้อย	0 (0.0)	33 (8.4)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ระดับดี	32 (8.2)	167 (42.6)	13.047	0.001*
ระดับปานกลาง	10 (2.6)	156 (39.8)		
ระดับน้อย	0 (0.0)	27 (6.9)		
การรับรู้ความรุนแรง				
ระดับดี	34 (8.7)	161 (41.1)	18.334	0.000**
ระดับปานกลาง	7 (1.8)	162 (41.3)		
ระดับน้อย	1 (0.3)	27 (6.9)		
การรับรู้ถึงประโยชน์				
ระดับดี	35 (8.9)	195 (49.7)	12.545	0.002*
ระดับปานกลาง	7 (1.8)	124 (31.6)		
ระดับน้อย	0 (0.0)	31 (7.9)		
การรับรู้ต่ออุปสรรค				
ระดับดี	16 (4.1)	40 (10.2)	21.990	0.000**
ระดับปานกลาง	11 (2.8)	148 (37.8)		
ระดับน้อย	15 (3.8)	162 (41.3)		
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ				
ระดับดี	27 (6.9)	81 (20.7)	32.255	0.000**
ระดับปานกลาง	11 (2.8)	165 (42.1)		
ระดับน้อย	4 (1.0)	104 (26.5)		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional Analytical Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน และศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567 จำนวน 392 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two Stage Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยอ้างอิงและขออนุญาตใช้เครื่องมือจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียน ออ.น้อย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (2560) โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ และอาหารและยา จำนวน 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.50 ขึ้นไป ค่าความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า 0.80 แบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร, แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ แบบไคสแควร์ (Chi-Square test)

สรุปผลการวิจัย

1.ลักษณะทั่วไป

จากการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567 จำนวน 392 ราย นักเรียนชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน โดยเพศชายร้อยละ 44.6 เพศหญิงร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 14 -15 ปีร้อยละ 60.8 และน้ำหนักในช่วง 41 - 60 กิโลกรัม ร้อยละ 61.8 ด้านภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่า ส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 59.9 และมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 19.3

2. ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารอาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การศึกษาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับดี ร้อยละ 36.0 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากสามารถทำความเข้าใจข้อมูลสำคัญบนฉลากอาหารได้อย่างถูกต้อง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.7 มีระดับความรู้ในระดับปานกลาง แสดงถึงการรับรู้ข้อมูลบางส่วนแต่ยังขาดความเข้าใจที่ลึกซึ้งในบางประเด็น ส่วนกลุ่มที่มีระดับความรู้ต่ำพบคิดเป็นร้อยละ 29.3 ซึ่งบ่งชี้ว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่ต้องได้รับการส่งเสริมด้านทักษะการอ่านฉลากโภชนาการเพิ่มเติม โดยรวมแล้ว ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มอยู่ในระดับดีถึงปานกลาง ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการเลือกอาหาร ที่เหมาะสมกับสุขภาพ

3. ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้รายด้าน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 50.8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีน้ำตาลสูง ไขมันสูง หรือโซเดียมสูง หรืออาหารที่ขาดความปลอดภัยทางโภชนาการ ขณะที่ ร้อยละ 42.3 มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง สะท้อนว่ากลุ่มนี้มีความเข้าใจในประเด็นความเสี่ยงอยู่บ้าง แต่ยังอาจไม่ตระหนักหรือไม่เชื่อมโยงผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างชัดเจน ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 6.9 ซึ่งบ่งบอกถึงกลุ่มที่ต้องการการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และการสร้างความตระหนักเพิ่มขึ้น เกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยรวม ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี สะท้อนถึงพื้นฐานการรับรู้ที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสมต่อสุขภาพ อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยเรียน

การรับรู้ความรุนแรงผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 49.7 สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง มีความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีน้ำตาลสูง ไขมันสูง หรือโซเดียมสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ขณะที่ ร้อยละ 43.1 มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าแม้จะตระหนักถึงผลกระทบบางส่วน แต่ยังอาจไม่เข้าใจความรุนแรง หรือความเสี่ยงในระดับที่ลึกซึ้งเพียงพอ ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 7.1 ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่ยังขาดความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ โดยภาพรวม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงผลร้ายของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในระดับดี ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้นในอนาคต

การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับดี ร้อยละ 58.7 แสดงให้เห็นว่านักเรียนมากกว่าครึ่งตระหนักถึงความสำคัญ และคุณค่าของการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เช่น การอ่านฉลากโภชนาการก่อนซื้อ การเลือกอาหารที่มีสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” และการเลือกรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 33.4 ที่มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจสะท้อนถึงความเข้าใจที่ยังไม่ครอบคลุมหรือขาดประสบการณ์ในการใช้ข้อมูลโภชนาการในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 7.9 ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่ต้องการการส่งเสริมความรู้เพิ่มเติม เนื่องจากยังไม่เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการเลือกอาหารที่ดีและผลลัพธ์ต่อสุขภาพในระยะยาวอย่างชัดเจน โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ามากที่สุดคือกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับ น้อย ร้อยละ 45.2 สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่รู้สึกว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นเรื่องยากหรือต้องเผชิญอุปสรรคมากนัก เช่น การอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกอาหารสุขภาพ หรือการลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม สามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน ในขณะเดียวกัน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.6 ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง ซึ่งอาจหมายถึงยังมีบางปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ เช่น ความเร่งรีบ ขาดเวลา ราคาอาหารสุขภาพที่สูงกว่าอาหารทั่วไป หรือความเคยชินในการเลือกรับประทานอาหารแบบเดิม ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับ มาก พบเพียงร้อยละ 14.3 ซึ่งแสดงว่ามีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่มองว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นเรื่องยาก เช่น รู้สึกว่าอาหารสุขภาพหาซื้อยาก ไม่อร่อย หรือการอ่านฉลากโภชนาการเป็นเรื่องซับซ้อน โดยสรุป ผลการวิจัยสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับน้อยถึงปานกลาง แสดงให้เห็นว่าพวกเขามีความพร้อมและมีความเป็นไปได้ที่จะปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้ หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม ซึ่งข้อมูลนี้เป็นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 44.9 สะท้อนว่าแม้กลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลจากสิ่งกระตุ้นบางประการ เช่น คำแนะนำจากผู้ปกครอง ครู เพื่อน หรือสื่อรณรงค์ด้านโภชนาการ แต่ยังไม่ถึงระดับที่ส่งผลชัดเจนต่อการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ในขณะเดียวกัน พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สิ่งชักนำในระดับ ดี และระดับ น้อย มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 27.6 ทั้งสองกลุ่มสะท้อนลักษณะที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีระดับ ดี อาจได้รับแรงสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง เช่น การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การเห็นแบบอย่างการบริโภคที่ดี หรือการเข้าถึงสื่อสุขภาพที่มีคุณภาพ ส่วนผู้ที่มีระดับ น้อย อาจหมายถึงกลุ่มที่ได้รับสิ่งกระตุ้นจากครอบครัวหรือโรงเรียนไม่เพียงพอ หรืออาจยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของคำแนะนำจากบุคคลรอบตัวในการเลือกอาหาร โดยสรุป ของข้อมูลชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นตัวชี้ว่าการสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และเพื่อนร่วมโรงเรียนยังสามารถเป็น “ตัวช่วยสำคัญ” ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกอาหารของนักเรียนเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

3.2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม

จากการศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและความตระหนักด้านสุขภาพในระดับที่พอใช้ แม้จะรับรู้ถึงความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเด่นชัดในทันที ขณะเดียวกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.4 มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีทัศนคติด้านสุขภาพเชิงบวกสามารถรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตระหนักถึงความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และเปิดรับสิ่งชักนำจากครอบครัว โรงเรียน และสื่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8.4 มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย บ่งชี้ว่ากลุ่มนี้อาจยังขาดความเข้าใจหรือยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเพียงพอ อีกทั้งอาจเผชิญปัจจัยขัดขวาง เช่น แหล่งอาหารที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม อิทธิพลของเพื่อน หรือการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้การเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพทำได้ยากขึ้น โดยสรุป ระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงโอกาสสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความตระหนัก ความเชื่อที่ถูกต้อง และแรงสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมรอบตัว เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

4. การศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่หลากหลายในการเลือก ทั้งการเลือกซื้อ การอ่านฉลาก และการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณาในข้อคำถามรายชื่อ ในการเลือกอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการเลือกซื้อและอ่านฉลากอาหาร พบว่าร้อยละ 40.6 ของกลุ่มตัวอย่าง “ซื้อขนมกรุบกรอบที่ไม่มีฉลาก” เป็นประจำหรือบ่อยครั้ง สะท้อนถึงพฤติกรรมการเลือกอาหารที่ยังไม่คำนึงถึงข้อมูลโภชนาการอย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 37.2 ระบุว่า “อ่านฉลากอาหารก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท” ในระดับปานกลาง และร้อยละ 25.8 ทำในระดับดี ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมเชิงบวกที่ควรส่งเสริม พฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.9) ระบุว่า “อ่านฉลากหวาน มัน เค็ม (GDA)” ในระดับน้อย และมีเพียงร้อยละ 12.8 ที่ทำในระดับดี เช่นเดียวกับพฤติกรรม “แบ่งจำนวนครั้งการกินอาหารตามข้อมูลบนฉลาก GDA” ซึ่งร้อยละ 69.6 อยู่ใน

ระดับน้อย แสดงให้เห็นว่ายังขาดการนำข้อมูลโภชนาการมาใช้ในการวางแผนการบริโภคอย่างแท้จริง **พฤติกรรมด้านการใช้ข้อมูลและการตัดสินใจบริโภค** พบว่าร้อยละ 66.1 ไม่ใช้ข้อมูลบนฉลากขนมกรุบกรอบ ในการคำนวณหาปริมาณสารอาหารก่อนกิน ซึ่งเป็นจุดที่ควรเน้นในการเสริมสร้างทักษะการใช้ข้อมูลบนฉลากอาหาร ขณะเดียวกันร้อยละ 29.8 มีพฤติกรรม “สังเกตลักษณะของน้ำมันก่อนซื้ออาหารทอด” ในระดับดี แสดงถึงการเริ่มตระหนักถึงความปลอดภัยของอาหารมากขึ้น **พฤติกรรมด้านการเลือกอาหารและการบริโภคอย่างปลอดภัย** ร้อยละ 50.3 ของกลุ่มตัวอย่าง “กินอาหารที่มีสีสังเคราะห์” ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 13.8 ที่ทำในระดับดี ขณะที่การ “เลือกอาหารที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ” อยู่ในระดับดี ร้อยละ 23.0 และการ “ไม่บริโภคขนมกรุบกรอบที่ซองหรือภาชนะบรรจุมีรอยฉีกขาด” อยู่ในระดับดี ร้อยละ 39.8 ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร

โดยสรุป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 62.0) รองลงมาคือระดับ น้อย (ร้อยละ 27.3) และมีเพียงส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ ดี (ร้อยละ 10.7) ซึ่งแสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาและส่งเสริมทักษะการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะด้านการอ่านฉลากโภชนาการและการเลือกอาหารลดหวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

5. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ และภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของนักเรียน ได้แก่ เพศ อายุ และภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ทั้งสามปัจจัยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสะท้อนว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันตามลักษณะพื้นฐานเหล่านี้อย่างเด่นชัด ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยพื้นฐานอาจไม่ได้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่ระบุว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกอาหารของวัยรุ่น มักเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมของเพื่อน สิ่งแวดล้อมทางสังคม และข้อมูลรอบตัว มากกว่าปัจจัยด้านชีวลักษณะพื้นฐานเพียงอย่างเดียว⁵⁶⁻⁵⁷ ดังนั้น ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับนักเรียน ควรมุ่งเน้นที่ การเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกอาหารที่เหมาะสม มากกว่าการแบ่งกลุ่มตามลักษณะประชากรศาสตร์เพียงอย่างเดียว

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็มกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับดีจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.059$) ซึ่งสะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่นได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของกรมอนามัย ซึ่งรายงานว่าการวัยรุ่นไทยจำนวนมากแม้จะ “รู้” วิธีเลือกอาหารจากฉลากโภชนาการ แต่กลับ

“ไม่ใช่ข้อมูล” หรือใช้ไม่สม่ำเสมอ โดยมักตัดสินใจเลือกอาหารจากความชอบ รสชาติ ราคา หรืออิทธิพลจากเพื่อนมากกว่า⁵⁸

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มนักเรียนที่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่าอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเชื่อระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยพบว่ากลุ่มที่มีความเชื่อระดับดีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี ในขณะที่กลุ่มที่มีความเชื่อระดับน้อย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model (HBM) ที่อธิบายว่า ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และมีแรงจูงใจหรือสิ่งชักนำที่เหมาะสม จะมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่า²⁰⁻²¹⁻⁵⁷ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ตามการรับรู้รายด้านพบรายละเอียดดังนี้

1. ผลการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่า ระดับการรับรู้ความเสี่ยงมีบทบาทสำคัญต่อการเลือกบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในระดับดี ขณะที่ผู้ที่มีการรับรู้ระดับปานกลางมีพฤติกรรมดี เพียงร้อยละ 2.6 และกลุ่มที่มีการรับรู้ระดับน้อยไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมระดับดีเลย (ร้อยละ 0.0) ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ยิ่งนักเรียนตระหนักถึงความเสี่ยงจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม หรืออาหารที่ไม่มีข้อมูลโภชนาการมากเท่าใด ก็ยิ่งมีแนวโน้มที่จะเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น
2. ผลการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนว่าระดับการตระหนักถึงผลกระทบจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีอิทธิพลต่อการเลือกพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับที่ดี ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลางและน้อย มีพฤติกรรมด้านบริโภคระดับดีน้อยกว่าอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า นักเรียนที่ตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มักมีแนวโน้มที่จะปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมมากกว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำ
3. ผลการศึกษาการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การตระหนักถึงคุณค่าของการเลือกอาหารที่เหมาะสม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มี การรับรู้ประโยชน์ในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี ขณะที่ผู้ที่มีการรับรู้ระดับปานกลางและน้อย มีพฤติกรรมดีน้อยกว่าอย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้

สะท้อนว่า นักเรียนที่เห็น ผลดีจากการอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกอาหารลดหวาน มัน เค็ม หรือ การเลือกอาหารที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ มักมีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมมากกว่าอย่างชัดเจน

4. ผลการศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่า ระดับการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับดี (รู้สึกว่าการอุปสรรคน้อย) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี ขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง และน้อย มีพฤติกรรมการบริโภคที่น้อยกว่า ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่า ยิ่งนักเรียนรับรู้ว่าการอุปสรรคในการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพมีมาก เช่น รู้สึกว่าอาหารสุขภาพราคาแพง หาซื้อยาก ใช้เวลานาน หรืออ่านฉลากเป็นเรื่องยุ่งยาก ยิ่งมีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมน้อยลง ตรงกันข้าม หากนักเรียนรู้สึกว่าการอุปสรรคน้อย จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่า
5. ผลการศึกษาสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าสิ่งกระตุ้นจากบุคคลรอบข้าง และสื่อรณรงค์มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่มีสิ่งชักนำในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้สิ่งชักนำในระดับปานกลาง และระดับน้อยอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่า ยิ่งนักเรียนได้รับแรงสนับสนุนมากเท่าใด เช่น การชี้แนะจากผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลือกอาหาร การส่งเสริมจากครูให้เลือกอาหารสุขภาพ การรณรงค์จากโรงเรียนหรือสื่อสุขภาพ ยิ่งมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้มากขึ้น

โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในทุกองค์ประกอบ ทั้งด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock²⁰ และงานวิจัยของพวงผกา ทองเจริญ⁵⁷ ที่พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มักมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า เนื่องจากความเชื่อเป็นแรงผลักดันภายในที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและการกระทำด้านสุขภาพอย่างชัดเจน

การอภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน ดังนี้

การศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมรอบตัว นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัย **นิตยา ธนกิจวรพงศ์**⁵⁹ ซึ่งรายงานไว้ว่า วัยรุ่นตอนต้นเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอิสระในการเลือกบริโภคอาหาร แต่ยังขาดความรู้และทักษะในการเลือกอาหารที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้เรื่องโภชนาการอย่าง

ต่อเนื่อง การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ **เอริกสัน** (Erikson's Psychosocial Theory)⁶⁰ ซึ่งอธิบายว่าช่วงวัยรุ่นเป็นระยะของการแสวงหาอัตลักษณ์ และความเป็นตัวของตัวเอง กลุ่มเด็กวัยรุ่นมักรับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนในพฤติกรรมการกิน และการดำเนินชีวิตหากได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพจากครอบครัว และโรงเรียนอย่างเหมาะสมจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพได้ในระยะยาว ดังนั้น การทำความเข้าใจลักษณะทั่วไปของวัยรุ่นตอนต้น จึงเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ และโภชนาการในโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อการบริโภคอาหาร การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเลือกอาหารสุขภาพในชีวิตประจำวัน

การศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร สะท้อนให้เห็นว่าการทำความเข้าใจข้อมูลบนฉลากอาหาร และการมีศักยภาพในการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารมีความสำคัญ สอดคล้องกับ “แนวคิดด้านความรู้สุขภาพ (Health Literacy)” ซึ่งระบุว่าการทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลทางโภชนาการเป็นพื้นฐานสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีเหตุผล โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์⁶¹ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับรายงานของ **กรมอนามัย**⁶² ที่พบว่า แม้กลุ่มวัยรุ่นจำนวนมากจะสามารถอ่านและตีความฉลากโภชนาการได้ แต่การนำข้อมูลไปใช้จริงยังแตกต่างกันระหว่างบุคคล ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อม เช่น ความชอบ รสชาติ ราคา และแรงกระตุ้นจากเพื่อนมากกว่าข้อมูลโภชนาการบนฉลาก การมีระดับความรู้ที่เพียงพอจึงถือเป็นปัจจัยตั้งต้นที่สำคัญ แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับการขับเคลื่อนพฤติกรรมการเลือกอาหารที่ถูกต้อง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัย เช่น การศึกษาของ **พวงผกาทองเจริญ**⁶³ ที่พบว่าความรู้ด้านโภชนาการ และฉลากอาหารมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมเลือกอาหารเพื่อสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จำเป็นต้องมีการเสริมแรงจากครอบครัว โรงเรียน และการรณรงค์สาธารณะควบคู่กันไป

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของเด็กวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอิทธิพลจากเพื่อน และสื่อโฆษณามากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมในวัยนี้ จึงเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต เช่น โรคอ้วน เบาหวาน และโรคหัวใจ การรับรู้ทัศนคติของนักเรียนต่อการบริโภคอาหารสัมพันธ์กับระดับความรู้และความตระหนักด้านโภชนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกอาหารอย่างมีเหตุผล และการอ่านฉลากโภชนาการก่อนบริโภค สอดคล้องกับแนวคิดของ **สำนักโภชนาการ กรมอนามัย**⁶⁴ ที่ระบุว่า การสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีในวัยรุ่นต้องอาศัยความรู้ ความเชื่อ และแรงสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การเลือกอาหารอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ **จันทร์จิรา ภูพงษ์ และคณะ**⁶⁵ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนครปฐม” พบว่า นักเรียนที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีแนวโน้มเลือกอาหารที่มีประโยชน์ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มากกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อดำ รวมถึงงานของ **ปิยะดา พงษ์ภู**⁶⁶ ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการและการเห็นความสำคัญของฉลาก GDA เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เยาวชนเลือกอาหารที่ปลอดภัยมากขึ้น จากแนวคิดดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมสัมพันธ์อย่าง

ใกล้ชิดกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการเลือกอาหาร โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เด็กวัยเรียนเผชิญกับอาหารแปรรูปและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง การสร้างความเข้าใจและเสริมความเชื่อในด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้เหมาะสมและยั่งยืน

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนตามกรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ล้วนเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเด็กวัยเรียน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมตามที่ Rosenstock²⁰ อธิบายว่า “บุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ถึงความเสี่ยง เห็นผลกระทบ ตระหนักถึงประโยชน์ และสามารถจัดการอุปสรรคได้” เมื่อพิจารณาผลการศึกษาโดยรวม พบว่าทั้งความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ฉลากอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารล้วนมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างสอดคล้องตามกรอบทฤษฎี Health Belief Model ซึ่งยืนยันว่าพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ หรือภาวะโภชนาการ เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการรับรู้ และความเชื่อของบุคคลต่อความเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรม รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน ซึ่งผลงานวิจัยได้ชี้ชัดว่า วัยเรียนวัยรุ่นแม้มีความรู้เรื่องโภชนาการและฉลากอาหาร แต่การนำไปใช้จริงยังขึ้นกับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ และอิทธิพลทางสังคม มีงานวิจัยที่สนับสนุนผลการศึกษารังนี้โดยตรง เช่น งานวิจัยของ **กรมอนามัย**⁵⁸ ที่ระบุว่าวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่ “รู้ แต่ไม่ทำ” หากไม่ได้รับสิ่งสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยหากบุคคลมีการรับรู้ภัยสุขภาพที่ชัดเจน เห็นประโยชน์ และมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติในระดับต่ำ จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ **Green และ Kreuter**⁶⁷ ที่ระบุว่า การรับรู้และความเชื่อของบุคคลเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (predisposing factor) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียนที่เริ่มมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง และได้รับอิทธิพลจากครอบครัว โรงเรียน และสื่อสังคมรอบข้าง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับ เช่น งานของ **พวงผกา ทองเจริญ**⁶³ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสูง มักมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ต่ำ เช่นเดียวกับงานของ **จันทร์จิรา ภูพงษ์ และคณะ**⁶⁵ ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการเลือกอาหารและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของกรมอนามัย⁶⁴ ที่เน้นให้การพัฒนาเด็กวัยเรียนต้องเริ่มจากการสร้าง “ความเชื่อด้านสุขภาพในเชิงบวก” และ “แรงสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม” เช่น ครู ผู้ปกครอง และเพื่อน ซึ่งถือเป็นสิ่งชักนำสำคัญ (cues to action) ที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

จากกรอบแนวคิดและผลการศึกษาที่สอดคล้องกันนี้ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่อยู่ในช่วงเริ่มสร้างค่านิยมและทัศนคติด้านโภชนาการ การส่งเสริมให้เด็กตระหนักถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการเลือกอาหารที่เหมาะสม ควบคู่กับการลดอุปสรรค และเพิ่มแรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัว จึงเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ยั่งยืนและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน

ระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางยุทธศาสตร์ “เด็กไทยสุขภาพดี วิถีชีวิตสมดุล” ของกรมอนามัยที่มุ่งเน้นให้สถานศึกษาเป็นฐานสำคัญในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน⁶⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1. ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนในทุกองค์ประกอบโดยเฉพาะองค์ประกอบที่พบว่ามีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมการบริโภค เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์ ควรออกแบบกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการคิด วิเคราะห์ และ เชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันของนักเรียน
2. บูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเข้าไปในการเรียนการสอน โรงเรียนควรจัดกิจกรรมแบบ Active Learning ที่เน้นประสบการณ์ตรง เช่น กิจกรรมจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับการเลือกอาหาร การแข่งขันอ่านฉลากโภชนาการ หรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบที่เคยเผชิญกับโรคจากการกินผิดสุขลักษณะ
3. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี เช่น การจัดให้มีโรงอาหารสุขภาพ การควบคุมการจำหน่ายอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มเกินเกณฑ์ รวมถึงการให้ข้อมูลโภชนาการอย่างสม่ำเสมอผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ในโรงเรียน
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน ผ่านกิจกรรมร่วระหว่างบ้านและโรงเรียน เช่น โครงการ “ครัวสุขภาพในบ้าน” หรือ “สื่อสารสุขภาพกับลูกหลาน” เพื่อเสริมแรงจูงใจจากครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสิ่งชักนำสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของนักเรียน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยในรูปแบบเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความเข้าใจ เจตคติ และปัจจัยแวดล้อมเชิงลึกที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น
2. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลากหลายพื้นที่ทั้งในเขตเมืองและชนบท หรือในจังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและหาข้อสรุปที่เป็นภาพรวมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในประเทศไทย
3. ควรศึกษาปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อิทธิพลของครอบครัว เพื่อน สื่อออนไลน์ ระบบโรงอาหาร หรือการเรียนรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน ร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่รอบด้านและเป็นประโยชน์ในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมสุขภาพแบบองค์รวม
4. ควรทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอิงตามกรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) และประเมินผลก่อน-หลังการดำเนินโปรแกรม เพื่อพิสูจน์ประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในระยะยาว

บรรณานุกรม

1. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ; 2565.
2. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์สุขภาพเด็กไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติสุขภาพ; 2567.
3. กรมอนามัย. ฐานข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กไทย พ.ศ. 2557–2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. ชนภรณ์ อินทร์โสม. รายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2566. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 6; 2566.
5. Health Data Center (HDC). ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2568. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc> (เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2568).
6. กรมอนามัย. แนวทางการป้องกันภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ; 2565.
7. กรมพลศึกษา. รายงานสมรรถภาพทางกายเด็กไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2566.
8. กรมสุขภาพจิต. ผลกระทบทางจิตสังคมของภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). รายงานภาระค่าใช้จ่ายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
10. Becker MH, Maiman LA. The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. Health Education Monograph. 1975;2(4):336–85.
11. Becker MH, Rosenstock IM. The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2:324–473
12. ศศิธร พานิชกิจโกศล, นฤมล เพ็งสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษา. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2565;21(2):45–58.
13. กรมอนามัย. คู่มือการส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2566.
14. World Health Organization. Growth reference data for 5–19 years. Geneva: WHO; 2022.
15. นันทวรรณ จันทรโณทัย. ภาวะโภชนาการและการประเมินสถานะสุขภาพในเด็กวัยเรียน. วารสารโภชนาการและสุขภาพ. 2564;17(1):12–25.
16. พวงผกา ทองเจริญ. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการส่งเสริมสุขภาพไทย. 2563;13(1):33–45.
17. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการจัดการโรคอ้วนในเด็กสำหรับสถานบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนัก

- โภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
18. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ข้อมูลความรู้เรื่องฉลากโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: อย.; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition.anamai.moph.go.th>
 19. กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ระบบฐานข้อมูลกฎหมายอาหาร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; [ไม่ทราบปีที่เผยแพร่] [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://food.fda.moph.go.th/>
 20. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328–335.
 21. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):324–508.
 22. Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. p. 41–59.
 23. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215.
 24. ธารทิพย์ ศรีสุข. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;14(2):81–94.
 25. พรพรรณ บุญญฤทธิพงศ์. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2561;29(1):94–105.
 26. World Health Organization. WHO guideline on school health services. Geneva: World Health Organization; 2021 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392>
 27. กรมอนามัย. มาตรการการขับเคลื่อนตัวชี้วัด 3.5 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dopah.anamai.moph.go.th/th/dopahkpiindicators2566/download?did=31043&id=100455&lang=th&mid=37727&mkey=m_document
 28. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 May 14]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
 29. กรมอนามัย. กฎกระทรวงวัยรุ่น.[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/ministerial-regulation-b-e-2562-issued-under-the-prevention-and-solution-of-the-adolescent-pregnancy-problem/>
 30. ศิริกัญญา ปัญญาใส. พัฒนาการและพฤติกรรมเด็กวัยเรียน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2561;34(2):25–32.

31. กรมอนามัย. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2564.
32. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการจัดการโรคอ้วนในเด็ก สำหรับสถานบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
33. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2562.
34. ธรรมา พิริยะกิจไพศาล. พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557. หน้า 5-6.
35. สุขุม เฉลยทรัพย์. พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549. หน้า 10-12.
36. สุภาพ พานิชพงศ์. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: พี.พี.บุ๊ค เฮาส์; 2552. หน้า 22.
37. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558. หน้า 18-20.
38. สมจิต หนูเจริญ. พฤติกรรมสุขภาพกับการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549. หน้า 65.
39. อุษณีย์ เก่งสกุล. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2552;7(3):45-51.
40. สาวิตรี สุขศิริ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 78.
41. ธารรัตน์ พิสุทธิศรี. การประยุกต์ใช้ Health Belief Model เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(1):56-67.
42. อรอนงค์ จุฑะพุทธิ. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
43. กรมควบคุมโรค. คู่มือการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
44. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
45. อัจฉรา จินดาวงศ์, นพวรรณ เปียชื่อและพัชรินทร์ นินทจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอน

- ปลาย.[อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ17 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/9002>
46. อภิญา ขอบงาม, ภัลลันท์ สังค, ดุชนีย์ สุวรรณคงและคณะ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มหวานในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ17 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/14906-Article%20Text-29416-1-10-20231227-7.pdf>
 47. ดาวรุ่ง คำวงศ์, อุกฤษฏ์ สิทธิบุศย์และปิยะ ไทยเหนือ. การรับรู้และการใช้ข้อมูลบนฉลากอาหารของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ17 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/_4848-Article%20Text-14080-15904-10-20141222-1.pdf
 48. พรณพัชร สกุลทรงเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ17 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/485/1/59920414.pdf>
 49. น้ำทิพย์ อุ่นแก้ว. จุฬารัตน์ รักประสิทธิ์และจุฬารัตน์ รักประสิทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอลองชลูง จังหวัดกำแพงเพชร. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ17 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5612>
 50. คัทธิดา วสุธาดา, นันทวัน ใจกล้าและสายใจ จารุจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 หน้า 47.
 51. มินตรา สาระรักษ์ และคณะ. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2565 หน้า65.
 52. นายเนติ ภูประสม. สถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อ17 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/research/person/download?id=104012&mid=35022&mkey=m_document&lang=th&did=24069
 53. Bloom BS. *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals*. New York: David McKay; 1968.
 54. พวงผกา ทองเจริญ. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยเรียนในจังหวัดนครราชสีมา.

- วารสารการส่งเสริมสุขภาพไทย. 2563;13(1):33-45.
55. วรณา ชูเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):22-34.
 56. กรมอนามัย. พฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
 57. พวงผกา ทองเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นไทยตามกรอบแนวคิด HBM. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;50(3):345-58.
 58. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ฉลากโภชนาการของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
 59. นิตยา ธนกิจวรพงศ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารโภชนาการสาธารณสุข. 2564;14(1):32-44.
 60. Erikson EH. *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
 61. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานสุขภาพคนไทยประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สสส.; 2559
 62. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ฉลากโภชนาการของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565
 63. พวงผกา ทองเจริญ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;50(3):345-356.
 64. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยรุ่น. กรุงเทพฯ:สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2566.
 65. จันทร์จิรา ภูพงษ์, สุวรรณ อ่อนแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนครปฐม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2564;4(2):45-56.
 66. ปิยะดา พงษ์ภู. การรับรู้คุณค่าฉลากโภชนาการกับพฤติกรรมการเลือกอาหารในวัยรุ่น. วารสารพฤติกรรมศาสตร์และสังคม. 2565;10(1):33-42.
 67. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
 68. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์ “เด็กไทยสุขภาพดี วิถีชีวิตสมดุล” พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

ภาคผนวก

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารจำแนกตามความรู้รายข้อ
(N= 392)

ข้อคำถาม	จำนวน(คน)	ร้อยละ																	
1.จากตัวอย่างข้อความบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารต่อไปนี้ “Exp.15/10/19” หมายถึงควรกินอาหารนี้ภายในวันที่ 15 มิถุนายน 2561																			
ตอบถูก	246	62.8																	
ตอบผิด	146	37.2																	
2.ข้อความจากข้อมูลฉลากโภชนาการที่แสดงต่อไปนี้ หมายความว่าอาหารนี้หนึ่งซองมีน้ำหนัก 30 กรัม และควรกินครั้งละ 3 ซอง																			
ข้อมูลโภชนาการ หนึ่งหน่วยบริโภค:1/3 ซอง (30กรัม) จำนวนหน่วยบริโภคต่อซอง : 3	ตอบถูก	192	49.0																
	ตอบผิด	200	51.0																
3.ข้อความจากข้อมูลบนฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) นี้หมายความว่าถ้ากินขนมซองนี้หมดในครั้งเดียว จะได้รับน้ำตาล ร้อยละ14 ของปริมาณที่ควรได้รับแต่ละวัน																			
คุณค่าทางโภชนาการต่อ 1 ซอง ควรแบ่งกิน 7 ครั้ง <table><tr><td>พลังงาน</td><td>น้ำตาล</td><td>ไขมัน</td><td>โซเดียม</td></tr><tr><td>1,120</td><td>14</td><td>63</td><td>980</td></tr><tr><td>(Calories)</td><td>(กรัม)</td><td>(กรัม)</td><td>(มิลลิกรัม)</td></tr><tr><td>•56%</td><td>•22%</td><td>•97%</td><td>•49%</td></tr></table> * คิดเป็นร้อยละของปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวัน	พลังงาน	น้ำตาล	ไขมัน	โซเดียม	1,120	14	63	980	(Calories)	(กรัม)	(กรัม)	(มิลลิกรัม)	•56%	•22%	•97%	•49%	ตอบถูก	135	34.4
พลังงาน	น้ำตาล	ไขมัน	โซเดียม																
1,120	14	63	980																
(Calories)	(กรัม)	(กรัม)	(มิลลิกรัม)																
•56%	•22%	•97%	•49%																
	ตอบผิด	256	65.3																
4. ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอด กุ้งทอด ไก่ทอด ที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำอาจจะก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อร่างกาย เช่นทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด มะเร็งตับ																			
ตอบถูก	269	68.6																	
ตอบผิด	123	31.4																	
5. สัญลักษณ์นี้คือเครื่องหมายสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) ที่																			
กลุ่มอาหาร ทางเลือกสุขภาพ น้ำตาล ไขมัน โซเดียม จำกัด	จะพบในผลิตภัณฑ์อาหาร ที่มีการควบคุมปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมันและเกลือ(โซเดียม) ไม่เกินปริมาณที่กำหนด																		
ตอบถูก	354	90.3																	
ตอบผิด	37	9.4																	

ข้อคำถาม	น้อย	ปานกลาง	ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.ซื้อขนมกรุบกรอบที่ไม่มีฉลาก	75 (19.1)	158 (40.3)	159 (40.6)
2.เก็บรักษาอาหารตามคำแนะนำที่ระบุบนฉลาก	147 (37.5)	125 (31.9)	120 (30.6)
3.อ่านฉลากอาหารก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	145 (37.0)	146 (37.2)	101 (25.8)
4.กินมือหลักตามเวลาและไม่กินขนมกรุบกรอบ	252 (64.3)	89 (22.7)	51 (13.0)
5.อ่านฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) ของขนมกรุบกรอบก่อนเลือกซื้อและเลือกกิน	231 (58.9)	111 (28.3)	50 (12.8)
6.แบ่งจำนวนครั้งการกินอาหารตามข้อมูลที่ระบุ บนฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA)	273 (69.6)	75 (19.1)	44 (11.2)
7.ใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากขนมกรุบกรอบ มาคำนวณหาปริมาณสารอาหารก่อนกิน	259 (66.1)	81 (20.7)	52 (13.3)
8.ก่อนซื้ออาหารประเภททอด สังเกตสีและลักษณะ ของน้ำมันที่ผู้ขายใช้ทอดอาหาร	145 (37.0)	130 (33.2)	117 (29.8)
9.กินอาหารที่มีสีสังเคราะห์ เช่น ลูกชิ้นไส้สี ไส้กรอกไส้สี ไข่ไก่อย่างไส้สี	141 (36.0)	197 (50.3)	54 (13.8)
10.เปรียบเทียบข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหาร ก่อนตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร	193 (49.2)	110 (28.1)	89 (22.7)
11.อาหารชนิดเดียวกันที่มีและไม่มีฉลากสัญลักษณ์ โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” จะเลือกซื้อที่มีฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”	184 (46.9)	118 (30.1)	90 (23.0)
12.ไม่รับประทานขนมกรุบกรอบที่ชอบหรือภาชนะ บรรจุมีรอยฉีกขาด	139 (35.5)	97 (24.7)	156 (39.8)

ตารางแสดงระดับความเชื่อตามการรับรู้รายด้านจำแนกเป็นรายข้อ (N= 392)

ข้อคำถาม	น้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			
1.นักเรียนไม่อ่านฉลากโภชนาการจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับสารอาหารบางอย่าง เช่น โซเดียม ไขมัน พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย	24 (6.1)	116 (29.6)	252 (64.3)
2.กินขนมกรุบกรอบโดยไม่อ่านฉลากหวานมัน เค็ม (ฉลาก GDA) มีโอกาสเสี่ยงได้รับน้ำตาล เกินปริมาณ ที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวัน	36 (9.2)	105 (26.8)	251 (64.0)
3.การไม่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหาร ทำให้มีโอกาเสี่ยงจากการได้รับสารอาหารเกินความต้องการของร่างกาย	40 (10.2)	108 (27.6)	244 (62.2)
4.การกินอาหารที่ไม่ได้เก็บรักษาตามคำแนะนำบนฉลาก มีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการที่อาหารนั้นเสีย หรือเสื่อมสภาพก่อนเวลาที่ระบุไว้บนฉลาก	35 (8.9)	66 (16.8)	291 (74.2)
5.การเลือกซื้ออาหารที่ฉลากไม่มีสัญลักษณ์ โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ทำให้มีโอกาเสี่ยงได้รับอาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมัน และเกลือ มากเกินไป	41 (10.5)	90 (23.0)	261 (66.6)
การรับรู้ความรุนแรง			
1.การไม่อ่านข้อมูลโภชนาการก่อนกินอาหาร อาจทำให้ได้รับไขมันมากเกินความต้องการของร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือดและหลอดเลือดหัวใจ เป็นอันตรายถึงชีวิตได้	20 (5.1)	114 (29.1)	258 (65.8)
2.การไม่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากอาหารก่อนกินอาหารทำให้อาจได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เป็นโรคอ้วน	21 (5.4)	105 (26.8)	266 (67.9)
3.การไม่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) ก่อนกินอาหาร อาจได้รับน้ำตาลเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้ป่วยเป็น	32 (8.2)	113 (28.8)	247 (63.0)

ข้อความถาม	น้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
โรคเบาหวาน เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องตัดขาหรือตาบอดได้			
4.การกินขนมกรุบกรอบเป็นประจำ อาจทำให้ได้รับโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย อาจทำให้เป็นโรคไต และเกิดภาวะไตวายได้	29 (7.4)	99 (25.3)	264 (67.3)
5.การเลือกซื้ออาหารที่ฉลากไม่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” อาจได้รับอาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมัน และเกลือ (โซเดียม) มากเกินไป หากบริโภคอาหารดังกล่าวเป็นประจำ อาจทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา	30 (7.7)	90 (23.0)	272 (69.4)
การรับรู้ถึงประโยชน์	27 (6.9)	80 (20.4)	285 (72.7)
1.การอ่านฉลากก่อนซื้อทำให้ไม่ต้องเสียเงินซื้ออาหารที่หมดอายุ			
2.การอ่านฉลากโภชนาการก่อนกินอาหารทำให้เลือกกินอาหารได้ เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ	31 (7.9)	80 (20.4)	281 (71.7)
3.ข้อมูลบนฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) ช่วยให้นักเรียน คำนวณปริมาณน้ำตาลเกลือหรือพลังงานที่ได้จากการกินอาหารชนิดนั้นได้	27 (6.9)	97 (24.7)	268 (68.4)
4.การกินอาหารที่มีฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ทำให้ได้รับอาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมันและเกลือ (โซเดียม) ไม่มากเกินไป	37 (9.4)	94 (24.0)	261 (66.6)
5.หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย ในแต่ละวันจะช่วยให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ	46 (.)	100 (25.5)	246 (62.8)
การรับรู้ต่ออุปสรรค	116 (29.6)	135 (34.4)	141 (36.0)
1.การอ่านฉลากอาหารทำให้ต้องเสียเวลาในการเลือกซื้ออาหาร			

ข้อความถาม	น้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
2.การใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากอาหาร เป็นเรื่องที่ย่งยาก ในการนำไปใช้ในชีวิตรจริง	115 (29.3)	146 (37.2)	131 (33.4)
3.การหลีกเลี่ยงไม่กินบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นสิ่ง ที่ทำได้ลำบาก เพราะอาหารดังกล่าวราคาถูก กินได้รวดเร็ว และรสชาติอร่อย	169 (43.1)	132 (33.7)	91 (23.2)
4.การเลิกดื่มน้ำอัดลมเป็นเรื่องยาก เพราะดื่ม แล้วรู้สึกสดชื่น	194 (49.5)	102 (26.0)	96 (24.5)
5.การเลือกซื้ออาหารที่มีฉลากสัญลักษณ์ โภชนาการ “ทางเลือก สุขภาพ” (Healthier Choice) เป็นเรื่องยุ่งยากเสียเวลา	91 (23.2)	141 (36.0)	160 (40.8)
สิ่งชักนำ	126 (32.1)	131 (33.4)	135 (34.4)
1.ผู้ปกครอง ครูหรือเพื่อน ค อ ย เ ต อ น ให้ นักเรียนอ่านข้อมูลบน ฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ทุกครั้งก่อนกิน			
2.ผู้ปกครองแนะนำให้ นักเรียนสังเกตสีสันของ อาหารและหลีกเลี่ยงการบริโภค หากสีสันของ อาหารสดปลอดภัยธรรมชาติ	65 (16.6)	103 (26.3)	224 (57.1)
3.การรณรงค์เรื่องการอ่านฉลากเป็นสิ่งที่กระตุ้น ให้ นักเรียนอ่าน และใช้ประโยชน์จากข้อมูลบน ฉลากอาหาร	81 (20.7)	130 (33.2)	181 (46.2)
4.ครูผู้สอนได้แนะนำนักเรียน และเพื่อนๆใน ห้องเรียน ให้เลือกดื่มน้ำเปล่า เมื่อรู้สึกกระหาย แทนการซื้อน้ำอัดลมหรือน้ำผลไม้มาดื่ม	70 (17.9)	108 (27.6)	214 (54.6)
5.คนใกล้ชิดแนะนำให้ นักเรียนเลือกซื้ออาหาร (อาหารในภาชนะบรรจุ) ที่มีสัญลักษณ์ โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”	113 (28.8)	99 (25.3)	180 (45.9)

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ และสิ่งชักนำ การเกิดพฤติกรรมป้องกัน กับการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

2. แบบสอบถามนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับนักเรียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

3.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

3.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากการบริโภคอาหาร

3.3 แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร

3.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร

3.5 สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

3. ขอให้นักเรียนตอบคำถามตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของนักเรียนคำตอบของนักเรียนจะไม่มีผลต่อคะแนนสอบหรือผลกระทบบต่อการเรียนของนักเรียน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับนักเรียน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในหน้าข้อความเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

○ ชาย ○ หญิง

2. ปัจจุบันนักเรียนอายุ.....ปี

3. นักเรียนมี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

4. ปัจจุบันนักเรียนศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร

คำชี้แจง ให้นักเรียนทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่นักเรียนเห็นว่า “ถูก” หรือ “ผิด” ในคำตอบนั้น

ลำดับที่	รายการ	ถูก	ผิด																
1.	จากตัวอย่างข้อความบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารต่อไปนี้ “Exp.15/10/19” หมายถึง ควรกินอาหารนี้ภายในวันที่ 15 เดือนมิถุนายน พ.ศ.2561																		
2.	ข้อความจากข้อมูลฉลากโภชนาการที่แสดงต่อไปนี้หมายความว่าอาหารนี้หนึ่งซอง มีน้ำหนัก 30 กรัม และควรกินครั้งละ 3 ซอง ข้อมูลโภชนาการ หนึ่งหน่วยบริโภค: 1/3 ซอง (30 กรัม) จำนวนหน่วยบริโภคต่อซอง : 3																		
3.	คุณค่าทางโภชนาการต่อ 1 ซอง ควรแบ่งกิน 7 ครั้ง <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th>พลังงาน</th> <th>น้ำตาล</th> <th>ไขมัน</th> <th>โซเดียม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,120</td> <td>14</td> <td>63</td> <td>980</td> </tr> <tr> <td>กิโลแคลอรี</td> <td>กรัม</td> <td>กรัม</td> <td>มิลลิกรัม</td> </tr> <tr> <td>*56%</td> <td>*22%</td> <td>*97%</td> <td>*49%</td> </tr> </tbody> </table> * คิดเป็นร้อยละของปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวัน ข้อความจากข้อมูลบนฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) นี้ หมายความว่า ถ้านักเรียนกินขนม กรุบกรอบซองนี้หมดในครั้งเดียว นักเรียนจะได้รับน้ำตาลคิดเป็น ร้อยละ 14 ของปริมาณที่ควรได้รับ ในแต่ละวัน	พลังงาน	น้ำตาล	ไขมัน	โซเดียม	1,120	14	63	980	กิโลแคลอรี	กรัม	กรัม	มิลลิกรัม	*56%	*22%	*97%	*49%		
พลังงาน	น้ำตาล	ไขมัน	โซเดียม																
1,120	14	63	980																
กิโลแคลอรี	กรัม	กรัม	มิลลิกรัม																
*56%	*22%	*97%	*49%																
4.	ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอด กุ้งทอด ไก่ทอด ที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำอาจจะก่อให้เกิด ความเป็นพิษต่อร่างกาย เช่น ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด มะเร็งตับ																		
5.	 สัญลักษณ์นี้คือเครื่องหมายสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) ที่จะพบ ในผลิตภัณฑ์อาหาร ที่มีการควบคุมปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมัน และเกลือ (โซเดียม) ไม่เกินปริมาณ ที่กำหนด																		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ประกอบไปด้วย

3.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง ให้นักเรียนพิจารณาว่านักเรียนมีความคิดเห็นอย่างไรในการเลือกซื้อ/กินอาหาร โดยทำเครื่องหมาย ✓

ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียน

ลำดับ	รายการ	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ถ้านักเรียนไม่อ่านฉลากโภชนาการอาจจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับสารอาหารบางอย่างเช่น โซเดียม ไขมัน พลังงานเกินกว่าความต้องการของร่างกาย					
2.	การกินขนมกรุบกรอบโดยไม่อ่านฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับน้ำตาลเกินปริมาณ ที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวัน					
3.	การไม่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหาร ทำให้มีโอกาเสี่ยงจากการได้รับสารอาหารเกินความต้องการของร่างกาย					
4.	การกินอาหารที่ไม่ได้เก็บรักษาตามคำแนะนำบนฉลากมีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการที่อาหารนั้นเสียหรือเสื่อมสภาพก่อนเวลาที่ระบุไว้บนฉลาก					
5.	การเลือกซื้ออาหารที่ฉลากไม่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) ทำให้มีโอกาเสี่ยงที่จะได้รับอาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมัน และเกลือ (โซเดียม) มากเกินไป					

3.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง ให้นักเรียนพิจารณาว่านักเรียนมีความคิดเห็นอย่างไรในการเลือกซื้อ/กินอาหาร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียน

ลำดับ	รายการ	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การไม่อ่านข้อมูลโภชนาการก่อนกินอาหารอาจทำให้ได้รับไขมันมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือดและหลอดเลือดหัวใจ เป็นอันตรายถึงชีวิตได้					
2.	การไม่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากอาหารก่อนกินอาหารทำให้อาจได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เป็นโรคอ้วน					
3.	การไม่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) ก่อนกินอาหาร อาจได้รับน้ำตาลเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องตัดขาหรือตาบอดได้					
4.	การกินขนมกรุบกรอบเป็นประจำ อาจทำให้ได้รับโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย อาจทำให้เป็นโรคไตและเกิดภาวะไตวายได้					
5.	การเลือกซื้ออาหารที่ฉลากไม่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) อาจได้รับอาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมัน และเกลือ (โซเดียม) มากเกินไป หากบริโภคอาหารดังกล่าวเป็นประจำ อาจทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา					

3.3 แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร และการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง ให้นักเรียนพิจารณาว่านักเรียนมีความคิดเห็นอย่างไรในการเลือกซื้อ/กินอาหาร โดยทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียน

ลำดับ	รายการ	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การอ่านฉลากก่อนซื้อทำให้ไม่ต้องเสียเงินซื้ออาหารที่หมดอายุ					
2.	การอ่านฉลากโภชนาการก่อนกินอาหารทำให้เลือกกินอาหารได้ เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวานโรคไต โรคหัวใจ					
3.	ข้อมูลบนฉลากหวาน มัน เค็ม(ฉลากGDA) ช่วยให้นักเรียนคำนวณปริมาณน้ำตาลเกลือหรือพลังงานที่ได้จากการกินอาหารชนิดนั้นได้					
4.	การกินอาหารที่มีฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) ทำให้ได้รับอาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมันและเกลือ(โซเดียม)ไม่มากเกินไป					
5.	หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย ในแต่ละวันจะช่วยให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ					

3.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร และการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม ต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง ให้นักเรียนพิจารณาว่านักเรียนมีความคิดเห็นอย่างไรในการเลือกซื้อ/กินอาหาร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียน

ลำดับ	รายการ	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การอ่านฉลากอาหารทำให้ต้องเสียเวลาในการเลือกซื้ออาหาร					
2.	การใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากอาหารเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ในการนำไปใช้ในชีวิตจริง					
3.	การหลีกเลี่ยงไม่กินบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นสิ่งที่ทำได้ลำบากเพราะอาหารดังกล่าวราคาถูกกินได้รวดเร็วและรสชาติอร่อย					
4.	การเลิกดื่มน้ำอัดลมเป็นเรื่องยากเพราะดื่มแล้วรู้สึกสดชื่น					
5.	การเลือกซื้ออาหารที่มีฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือก สุขภาพ” (Healthier Choice) เป็นเรื่องยุ่งยากเสียเวลา					

3.5 สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภค เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง ให้นักเรียนพิจารณาว่านักเรียนมีความคิดเห็นอย่างไรในการเลือกซื้อ/กินอาหาร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียน

ลำดับ	รายการ	ระดับการมีสิ่งชักนำ				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1.	ผู้ปกครอง ครูหรือเพื่อนคอยเตือนให้นักเรียนอ่านข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารทุกครั้งก่อนกิน					
2.	ผู้ปกครองแนะนำให้นักเรียนสังเกตสีส้มของอาหารและหลัก เลี่ยงการบริโภคหากสีส้มของอาหารสดใส่ผิดธรรมชาติ					
3.	การรณรงค์เรื่องการอ่านฉลากเป็นสิ่งกระตุ้นให้นักเรียนอ่านและใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากอาหาร					
4.	ครูผู้สอนได้แนะนำนักเรียนและเพื่อนๆในห้องเรียนให้เลือกดื่ม น้ำเปล่าเมื่อรู้สึกกระหายแทนการซื้อน้ำอัดลมหรือน้ำผลไม้มาดื่ม					
5.	คนใกล้ชิดแนะนำให้นักเรียนเลือกซื้ออาหาร (อาหารในภาชนะบรรจุ) ที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice)					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

คำชี้แจง ให้นักเรียนพิจารณาว่านักเรียนมีความคิดเห็นอย่างไรในการเลือกซื้อ/กินอาหารโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียน

ลำดับ	รายการ	พฤติกรรมการบริโภค			
		เป็นประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1.	นักเรียนซื้อขนมกรุบกรอบที่ไม่มีฉลาก				
2.	นักเรียนเก็บรักษาอาหารตามคำแนะนำที่ระบุบนฉลากอาหาร				
3.	นักเรียนอ่านฉลากอาหารก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท				
4.	นักเรียนกินอาหารมื้อหลักตามเวลาและไม่กินขนมกรุบกรอบจุบจิบ				
5.	นักเรียนอ่านฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) ของขนมกรุบกรอบก่อนเลือกซื้อ และเลือกกิน				
6.	นักเรียนแบ่งจำนวนครั้งในการกินอาหารตามข้อมูลที่ระบุบนฉลากหวานมัน เค็ม (ฉลาก GDA)				
7.	นักเรียนใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากขนมกรุบกรอบมาคำนวณหาปริมาณสารอาหารก่อนกิน				
8.	ก่อนซื้ออาหารประเภททอด นักเรียนสังเกตสีและลักษณะ ของน้ำมันที่ผู้ขายใช้ทอดอาหาร				
9.	นักเรียนกินอาหารที่มีสีสังเคราะห์ เช่น ลูกชิ้นใส่สี ไข่กรอกใส่สี ไก่ย่างใส่สี				
10.	นักเรียนเปรียบเทียบข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหารก่อนตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร				
11.	ในอาหารชนิดเดียวกันที่มีและไม่มีฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) นักเรียนจะเลือกอาหารที่มีฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”				
12.	นักเรียนไม่รับประทานขนมกรุบกรอบที่ซอง หรือภาชนะบรรจุมีรอยฉีกขาด				

