

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

สวิชญา จิตธรรม¹ ผศ.ดร.สินีนานู ชาวตระการ² และรศ.ดร.กรรณิการ์ อินตะวงค์^{2*}

¹นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*ผู้รับผิดชอบบทความ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม รวมถึงศึกษาระดับความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 490 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81 มีอายุเฉลี่ย 45-54 ปี ร้อยละ 34.7 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 51.2 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72 ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง โดยแยกเฉพาะรายข้อด้านความรู้ความเข้าใจด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ และด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงทั้งหมดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารรสหวาน มัน ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มน้อย (4.21 ± 1.85)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มบางด้านในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กัน ($r = -0.114$ ถึง -0.215 , $p < 0.05$) โดยด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กันทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อย่างมีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับด้านความรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน

โดยภาพรวม ความรอบรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในระดับต่ำเชิงลบ ($r = -0.185$ ถึง -0.215 , $p < 0.01$) จึงควรส่งเสริมควรส่งเสริมให้แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มุ่งเน้นการสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการควบคู่ไปกับการให้ความรู้แก่กลุ่มประชาชนเสี่ยงตลอดจนพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้เป็นแกนนำในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนสื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ด้านโภชนาการ และสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านโภชนาการ, พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Relationship Between Nutritional Literacy and Consumption Behaviors of Sweet, Salty, and Fatty Foods Among Village Health Volunteers in Wang Nuea District, Lampang Province

This research is a cross-sectional study. Objectives aimed to study the relationship between nutritional literacy and consumption behaviors related to sweet, fatty, and salty foods, as well as to examine the levels of nutritional literacy and consumption behaviors among village health volunteers (VHVs) in Wang Nuea District, Lampang Province. The sample size was 490 individuals. Data were collected using an online questionnaire comprising questionnaires on nutritional literacy and consumption behaviors related to sweet, fatty, and salty foods. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficients.

The study found that the majority of the sample were female (81%), with an average age of 45-54 years (34.7%), having a primary school education (51.2%), and working as farmers (72%). Overall nutritional literacy was at a level requiring improvement. Specifically, knowledge and understanding, access to information, media literacy regarding nutrition, and decision-making all showed levels needing improvement. Regarding food consumption behavior, the sample had a moderate risk of consuming sweet and fatty foods, a risk factor for non-communicable diseases, and exhibited a low-salt food consumption pattern (4.21 ± 1.85).

Correlation analysis revealed that nutritional literacy had a low correlation with certain aspects of sweet, fatty, and salty food consumption behavior ($r = -0.114$ to -0.215 , $p < 0.05$). Knowledge and understanding of food were negatively correlated with sweet, fatty, and salty food consumption behavior, as were media literacy and decision-making. However, access to information showed no significant correlation with fatty food consumption behavior.

Overall, nutritional literacy was negatively correlated with dietary behavior ($r = -0.185$ to -0.215 , $p < 0.01$). Therefore, it is recommended to promote the leading role of community health volunteers (VHVs) in continuously driving health promotion work in the community. This should involve developing programs or activities to modify dietary behavior focusing on building media literacy skills in nutrition, coupled with providing knowledge to at-risk groups. Furthermore, it is important to enhance the capacity of VHVs to become leaders in disseminating nutritional knowledge and health behaviors, and to provide them with resources and equipment for sustainable nutrition and health campaigns in the community.

Keywords: nutritional literacy, consumption behaviors of food high in sugar, fat, and sodium, village health volunteers.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่าโรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2023) โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ประเทศไทยสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคจึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

ความรู้ด้านโภชนาการ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านโภชนาการ เพื่อเลือกบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม ผู้ที่มีความรู้ด้านโภชนาการต่ำมักมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และอาหารแปรรูปในปริมาณสูง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรค NCDs มากขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2568) โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน เนื่องจากมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน หาก อสม. มีความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม ย่อมสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง เป็นพื้นที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรค NCDs อย่างไรก็ตาม ยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มของ อสม. ในพื้นที่ดังกล่าวค่อนข้างจำกัด ขณะเดียวกันได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้และทักษะด้านโภชนาการในการประเมินและควบคุมการบริโภคอาหารของประชาชน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวของ อสม. ในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างเหมาะสม (Chotwanvirat et al., 2021)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางทั้งหมด จำนวน 1,392 คน (ฐานข้อมูล ThaiPHC และกรมบัญชีกลาง วันที่ 1 กันยายน 2568)

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อรองรับกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือสูญหาย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran (1963) สำหรับประชากรจำกัด ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล (Normal Distribution) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ

- = 1,392 (ขนาดประชากรทั้งหมด)
- = 0.5 (เนื่องจากยังไม่มีการวิจัยรองรับในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ 0.5 ซึ่งให้ความแปรปรวนสูงสุด)
- = 0.05 (ระยะขอบความคลาดเคลื่อน 5%)
- = 1 - □ = 0.5
- _{1- $\frac{\alpha}{2}$} = 1.96 (สำหรับระดับความเชื่อมั่น 95%)

แทนค่าในสูตร ได้ดังนี้

$$n = \frac{1392 \times 0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2}{(0.05)^2 \times (1392 - 1) + 0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2} = 302$$

ดังนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 302 คน และเมื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 เพื่อความครบถ้วนของข้อมูลจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 390 คน และเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 490 คน จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ ผู้วิจัยได้นำมาจากงานวิจัยของรัตนภรณ์ สาลีทา ปี พ.ศ.2564 “ความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์” ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภค

หวาน มัน เค็ม ผู้วิจัยได้นำมาจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2556 หนังสือพฤติกรรม
การบริโภค หวาน มัน เค็ม ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา
อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. การเข้าร่วมอบรม/ให้ความรู้ด้าน
โภชนาการในปีที่ผ่านมา โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับ NCDs การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านโภชนาการ เป็นแบบสอบถามของของรัตนภรณ์ สาลีทา
โดยประเมินระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบคลุม 4 มิติหลัก
ได้แก่ ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ และด้านการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร จัดกลุ่มความรอบรู้
ด้านโภชนาการทั้ง 4 ด้าน เป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Bloom (1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม เป็นการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภค
หวานมันเค็ม โดยแบ่งเป็น 3 ข้อ แยกกัน แต่ละแบบมี 10 ข้อคำถาม เพื่อให้ อสม. ตรวจสอบพฤติกรรม
ของตนเอง ได้แก่ ท่านติดหวานมากน้อยแค่ไหน ท่านติดอาหารมันมากน้อยแค่ไหน และท่านติดอาหารมัน
มากน้อยแค่ไหน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผ่าน Google
Form ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. ชี้แจงและทำให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยดำเนินการในรูปแบบออนไลน์
2. การติดต่อและเชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัย ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ตัวแทนในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือในการเผยแพร่ลิงก์แบบสอบถามไปยังกลุ่ม อสม.
ในพื้นที่ผ่านช่องทางสื่อสารที่ใช้เป็นประจำ ได้แก่ Line Open Chat
3. ชี้แจงข้อมูลก่อนให้ความยินยอม ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์กระบวนการ
และระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประโยชน์ สิทธิการปฏิเสธหรือถอนตัว
4. ความสมัครใจและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั้งหมดอย่างเป็นความลับ
และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมกรรมการบริโภค
หวาน มัน เค็ม

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Analysis) เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านโภชนาการ
(ตัวแปรต้น) กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็ม (ตัวแปรตาม) ใช้ Pearson correlation coefficient (r)
หากข้อมูลปกติ

การพหุศาสตร์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET 053/2568 วันที่รับรอง 28 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81 และเพศชาย ร้อยละ 19 เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-54 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.7 รองลงมาคืออายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.7 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.2 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72 ในด้านเศรษฐกิจและประสบการณ์การทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 63.1 สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมาแล้วมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 42.9 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคน ระบุว่าในปีที่ผ่านมาเคยผ่านการอบรมให้ความรู้ด้านโภชนาการมาแล้ว สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 49.2 เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่าโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.2 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 32.1 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 28.1 ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย เป็นประจำ ร้อยละ 60.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	19
หญิง	397	81
ช่วงอายุ		
ต่ำกว่า 35 ปี	12	2.4
35-44 ปี	70	14.3
45-54 ปี	170	34.7
55-59 ปี	107	21.9
60 ปีขึ้นไป	131	26.7
ค่าเฉลี่ย (Mean) 51.87 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 8.55 ปี		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.5
ประถมศึกษา	251	51.2
มัธยมตอนต้น	82	16.7
มัธยมตอนปลาย / ปวช.	126	25.7
อนุปริญญา / ปวส.	21	4.3
ปริญญาตรี	8	1.6
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	353	72.0
รับจ้างทั่วไป	100	20.5
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	34	6.9
ข้าราชการ / พนักงานรัฐ	2	0.4
พนักงานบริษัท / โรงงาน	1	0.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	309	63.1
5,001 - 10,000 บาท	151	30.8
10,001 - 15,000 บาท	24	4.9
15,001 - 20,000 บาท	3	0.6
มากกว่า 20,000 บาท	3	0.6
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.		
1 - 5 ปี	99	20.2
6 - 10 ปี	78	15.9
11 - 15 ปี	103	21.0
มากกว่า 15 ปี	210	42.9
ในปีที่ผ่านมาเคยเข้าร่วมอบรมความรู้ด้านโภชนาการ		
ไม่เคยเข้าร่วม	0	0.0
เคยเข้าร่วม	490	100
โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)		
ไม่มีโรคประจำตัว	241	49.2
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	249	124.5
โรคความดันโลหิตสูง	120	48.2
โรคเบาหวาน	80	32.1
โรคไขมันในเลือดสูง	70	28.1
โรคหัวใจและหลอดเลือด	40	16.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน		
ไม่เคยเข้าร่วมเลย	3	0.6
ไม่ค่อยได้เข้าร่วม	3	0.6
เข้าร่วมบางครั้ง	188	38.4
เข้าร่วมเป็นประจำ	296	60.4

ข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านโภชนาการในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มต่อสุขภาพโดยความรู้ด้านโภชนาการมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

เมื่อพิจารณาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นรายข้อ พบว่าคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ แหล่งอาหารที่มีสารอาหารประเภทแคลเซียม คิดเป็นร้อยละ 83.5 รองลงมา คือ แหล่งพลังงานหลักที่คนไทยบริโภคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.6 และแหล่งที่พบไขมันทรานส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.9 แต่คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือ การคำนวณพลังงานจากสารอาหาร คิดเป็นร้อยละ 19.8 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 21 และเมนูอาหารตามสั่งที่ให้พลังงานน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 24.7 (ตารางที่ 2)

ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่าความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (0-5 คะแนน) ร้อยละ 70 ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) ร้อยละ 25.1 และระดับสูง (8-10 คะแนน) ร้อยละ 4.9 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจำแนกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

คำถามรายข้อ	ตอบถูกต้อง		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สัดส่วนการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ผัก วันละ 4-6 ทัพพี, ข้าววันละ 8-12 ทัพพี	103	21	387	79.0
2. รับประทานน้ำตาล และไขมันไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา, รับประทานเกลือไม่ เกินวันละ 1 ช้อนชา ตามสูตร 6 : 6 : 1	193	39.4	297	60.6
3. การรับประทานอาหารตามส่วน 2:1:1 คือข้าว แป้ง และเนื้อสัตว์ อย่างละ 1 ส่วน, ผัก ผลไม้ 2 ส่วน	280	57.1	210	42.9

ตารางที่ 2 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจำแนกรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490) (ต่อ)

คำถามรายข้อ	ตอบถูกต้อง		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ในหนึ่งวันร่างกายต้องการพลังงานผู้ชาย 1,800 - 2,000 กิโลแคลอรี และผู้หญิง 1,500 - 1,800 กิโลแคลอรี	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. สารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ในปริมาณ 1 กรัม เท่ากัน ให้พลังงาน 4, 4 และ 9 กิโลแคลอรี	97	19.8	393	80.2
6. เมนูอาหารตามสั่ง (ในปริมาณเท่ากัน) ข้าวราดกระเพราหมูสับให้พลังงานน้อยที่สุด	121	24.7	369	75.3
7. พฤติกรรมการรับประทานแฮมเบอร์เกอร์ตอนเช้าทุกวัน เพราะไม่มีเวลาทำอาหารเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อค่าดัชนีมวลกายเกินมากที่สุด	171	34.9	319	65.1
8. ไขมันทรานส์พบมากในขนมปังกรอบ	313	63.9	177	36.1
9. ถ้าต้องการสารอาหารประเภทแคลเซียมควรรับประทานยาปลาเล็กปลาน้อย นมสด	409	83.5	81	16.5
10. ข้าว แป้ง จัดเป็นแหล่งพลังงานหลักที่คนไทยบริโภคมากที่สุด	341	69.6	149	30.4

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง (0-5 คะแนน)	343	70
ปานกลาง (6-7 คะแนน)	123	25.1
สูง (8-10 คะแนน)	24	4.9
Mean (SD) = 1.35 (SD 0.57)		

2. การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการเป็นรายข้อ พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ น้ำมัน น้ำตาล เกลือ กลุ่มอาการที่ควรกินแต่น้อยเท่าที่จำเป็นตามธงโภชนาการร้อยละ 80 รองลงมาคือรับประทานอาหารตามธงโภชนาการใน 1 วัน ควรรับประทานอาหารให้ครบทุกกลุ่มในสัดส่วนที่เหมาะสมร้อยละ 74.1 และธงโภชนาการแสดงข้อมูลการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีต้องรับประทานอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมร้อยละ 73.9 แต่คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ จำนวนหน่วยบริโภคต่อกล่องร้อยละ 5.3 รองลงมาฉลากจีดีเอข้อมูลปริมาณและร้อยละของสารอาหารร้อยละ 18.6 และวิธีการอ่านฉลากโภชนาการที่ถูกต้องร้อยละ 21.4 (ตารางที่ 4)

การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ พบว่าอยู่ในการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (0-5 คะแนน) ร้อยละ 76.5 ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) ร้อยละ 20.6 และระดับสูง (8-10 คะแนน) ร้อยละ 2.9 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการจำแนกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

คำถามรายข้อ	ตอบถูกต้อง		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนหน่วยบริโภคต่อกล่อง หมายถึงจำนวนครั้งที่ควรแบ่งรับประทาน	26	5.3	464	94.7
2. ฉลากจีดีเอแสดงข้อมูลปริมาณและร้อยละของสารอาหาร	91	18.6	399	81.4
3. ฉลากโภชนาการแบบเต็มแสดงข้อมูลหน่วยบริโภค ปริมาณหนึ่งหน่วยบริโภค โยอาหาร วิตามิน ไขมันอิ่มตัว	241	49.2	249	50.8
4. ฉลากโภชนาการแบบย่อแสดงข้อมูลหน่วยบริโภค ปริมาณหนึ่งหน่วยบริโภค ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน	111	22.7	379	77.3
5. วิธีการอ่านฉลากโภชนาการที่ถูกต้อง คือ ดูปริมาณหนึ่งหน่วยบริโภค ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน และดูคุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค	105	21.4	385	78.6
6. ธงโภชนาการแสดงข้อมูลการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีต้องรับประทานอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสม	362	73.9	128	26.1
7. ธงโภชนาการประกอบด้วยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน เกลือแร่วิตามิน ไขมัน	107	21.8	383	78.2
8. กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ อาหารที่ควรกินแต่น้อยเท่าที่จำเป็นตามธงโภชนาการ	282	80.0	98	20.0
9. ใน 1 วัน ควรรับประทานข้าว สลับกับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ข้าวเหนียว โดยรับประทานให้ได้วันละ 8 ทัพพี	282	57.6	208	42.4
10. ตามธงโภชนาการใน 1 วัน ควรรับประทานอาหารให้ครบทุกกลุ่มในสัดส่วนที่เหมาะสม	363	74.1	127	25.9

ตารางที่ 5 ระดับการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

ระดับการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง (0-5 คะแนน)	375	76.5
ปานกลาง (6-7 คะแนน)	101	20.6
สูง (8-10 คะแนน)	14	2.9

3. การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ

เมื่อพิจารณาการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างหาข้อมูลจากหลายแหล่งเปรียบเทียบกัน ก่อนตัดสินใจเชื่อข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริมเพื่อสุขภาพร้อยละ 33.1 รองลงมาอาหารเพื่อสุขภาพร้อยละ 30 และไม่เคยมหาข้อมูลจากหลายแหล่งเปรียบเทียบกันเกี่ยวกับอาหารเสริมเพื่อความสวยงามทุกครั้งร้อยละ 32.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อโฆษณา โดยหาข้อมูลจากหลายแหล่งเปรียบเทียบกันไม่เชื่อทันที พบว่ากลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อโฆษณาอาหารเสริมเพื่อสุขภาพร้อยละ 32.7 รองลงมาอาหารเพื่อสุขภาพร้อยละ 29.6 และไม่เคยตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริมเพื่อความสวยงามร้อยละ ส่วนการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสียของสื่อโฆษณาก่อนตัดสินใจซื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย ของสื่อโฆษณาเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพร้อยละ 40.2 รองลงมาอาหารสำหรับการรักษาโรค และอาหารเสริมเพื่อสุขภาพร้อยละ 35.7 และไม่เคยมใช้เหตุผลวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย ของอาหารเสริมเพื่อความสวยงามร้อยละ 26.9 (ตารางที่ 6)

การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ พบว่าการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (0-21 คะแนน) ร้อยละ 62.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง (29-36 คะแนน) ร้อยละ 19 และอยู่ในระดับปานกลาง (22-28 คะแนน) ร้อยละ 18.8 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการจำแนกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

คำถามรายข้อ	ไม่เคย		บางครั้ง		ทุกครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทอาหารที่หาข้อมูลหลายแหล่งเปรียบเทียบกัน ก่อนตัดสินใจเชื่อข้อมูลโภชนาการจากสื่อต่างๆ						
1) อาหารเพื่อสุขภาพ	25	5.1	318	64.9	147	30
2) อาหารสำหรับการรักษาโรค	71	14.5	311	63.5	108	22
3) อาหารสำหรับการสร้างกล้ามเนื้อ	98	20	298	60.8	94	19.2
4) อาหารสำหรับลดไขมันในร่างกาย	70	14.3	304	62	116	23.7
5) อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ	42	8.6	286	58.4	162	33.0
6) อาหารเสริมเพื่อความสวยงาม	160	32.7	254	51.8	76	15.5
ประเภทอาหารที่ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อโฆษณา ก่อนตัดสินใจซื้อ						
1) อาหารเพื่อสุขภาพ	50	10.2	295	60.2	145	29.6
2) อาหารสำหรับการรักษาโรค	81	16.5	275	56.1	134	27.3
3) อาหารสำหรับการสร้างกล้ามเนื้อ	108	22	269	54.9	113	23.1
4) อาหารสำหรับลดไขมันในร่างกาย	65	13.3	295	60.2	130	26.5
5) อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ	39	8	291	59.4	160	32.7
6) อาหารเสริมเพื่อความสวยงาม	149	30.4	244	49.8	97	19.8
ประเภทอาหารที่ใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย ของข้อมูลโฆษณาก่อนตัดสินใจซื้อ						
1) อาหารเพื่อสุขภาพ	37	7.6	256	52.2	197	40.2
2) อาหารสำหรับการรักษาโรค	65	13.3	250	51	175	35.7
3) อาหารสำหรับการสร้างกล้ามเนื้อ	93	19	247	50.4	150	30.6
4) อาหารสำหรับลดไขมันในร่างกาย	61	12.4	260	53.1	169	34.5
5) อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ	40	8.2	275	56.1	175	35.7
6) อาหารเสริมเพื่อความสวยงาม	132	26.9	221	45.1	137	28

ตารางที่ 7 ระดับการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

ระดับการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง (0-21 คะแนน)	305	62.2
ปานกลาง (22-28 คะแนน)	92	18.8
สูง (29-36 คะแนน)	93	19

4. การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร

เมื่อพิจารณาการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านเครื่องหมาย อย. ก่อนซื้อผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปร้อยละ 99.4 รองลงมาคือ ดูวันหมดอายุก่อนซื้ออาหารแช่แข็งหรืออาหารสำเร็จรูปก่อนปรุงหรือก่อนบริโภคร้อยละ 98.8 ก่อนซื้ออาหารอ่านรายละเอียดบนฉลาก เช่น ข้อมูลโภชนาการ คุณค่าทางโภชนาการส่วนประกอบสำคัญ วันเดือนปีที่ผลิตร้อยละ 98 และคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ ความสะอาดของร้าน และราคาของอาหารร้อยละ 82.4 , 71.8 และ 46.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร พบว่าการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (0-8 คะแนน) ร้อยละ 54.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ร้อยละ 33.1 และอยู่ในระดับสูง (12-15 คะแนน) ร้อยละ 12.2 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 8 การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารจำแนกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

คำถามรายข้อ	เคยปฏิบัติ		ไม่เคยปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อ่านเครื่องหมาย อย. ก่อนซื้อผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูป	487	99.4	3	0.6
2. ดูวันหมดอายุก่อนซื้ออาหารแช่แข็งหรืออาหารสำเร็จรูปก่อนปรุงหรือก่อนบริโภค	484	98.8	6	1.2
3. ซื้ออาหารในร้านสะดวกซื้อที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเท่านั้น	459	93.7	31	6.3
4. ก่อนซื้ออาหารอ่านรายละเอียดบนฉลาก เช่น ข้อมูลโภชนาการ คุณค่าทางโภชนาการส่วนประกอบสำคัญ วันเดือนปีที่ผลิต	480	98.0	10	2.0
5. ตัดสินใจเลือกซื้อข้าวผัดผักรวมหมู ไช้ดาว ใน 1 มื้อ เมื่อต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ตามธงโภชนาการ	454	92.7	36	7.3
6. ตัดสินใจเลือกบริโภคผลไม้ ชนิดชมพู เมื่อมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	324	66.1	166	33.9
7. พิจารณาก่อนเลือกซื้ออาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ความสะอาดของร้าน	352	71.8		
คุณค่าทางโภชนาการ	404	82.4		
ราคาของอาหาร	227	46.3		
รสชาติของอาหาร	203	41.4		
ความชอบ	122	24.9		

ตารางที่ 8 การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารจำแนกรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

คำถามรายชื่อ	เคยปฏิบัติ		ไม่เคยปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความอยากทาน	91	18.6		
ความสะดวกรวดเร็ว	87	17.8		
ของแถมหรือโปรโมชั่น	46	9.4		
ซื้อตามเพื่อน	10	2		

ตารางที่ 9 ระดับการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

ระดับการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง (0-8 คะแนน)	268	54.7
ปานกลาง (9-11 คะแนน)	162	33.1
สูง (12-15 คะแนน)	60	12.2

ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็มของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็มในการศึกษารั้งนี้ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน หรือเกลือในปริมาณสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอวังเหนือ วัดจากปริมาณ และประเภทของอาหารที่บริโภค โดยสอบถามพฤติกรรมเป็น 3 ข้อหลักๆ คือ พฤติกรรมการบริโภคหวาน พฤติกรรมการบริโภคมันและพฤติกรรมการบริโภคเค็ม

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเติมน้ำตาลเมื่อกินอาหารที่ร้านขายอาหารร้อยละ 29.2 กินขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฟอยทองร้อยละ 29 ดื่มน้ำอัดลม น้ำผลไม้รสหวาน และเครื่องดื่มที่มีรสหวานร้อยละ 23.7 ส่วนพฤติกรรมที่รับประทานนานๆครั้งจนถึงไม่เคยเลย ได้แก่ เติมน้ำตาลเมื่อกินก๋วยเตี๋ยว น้ำ ผัดซีอิ้ว ผัดไท ราดหน้าร้อยละ 7.3 ดื่มน้ำกาแฟเย็น เช่น คาปูชิโน่ มอคค่า ลาเต้ และกาแฟดำร้อยละ 5.5 และเติมน้ำตาลเมื่อกินอาหารที่ร้านขายอาหารร้อยละ 1.8 (ตารางที่ 10)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจร้อยละ 73.5 รองลงมามีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจร้อยละ 25.5 และมีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ถูกต้องร้อยละ 1 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานจำแนกรายชื่อตามความถี่ในการบริโภค (n = 490)

คำถามรายชื่อ	ทุกครั้ง		ส่วนใหญ่		ส่วนน้อย		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เติมน้ำตาลเมื่อกิน ก๋วยเตี๋ยว น้ำ ผัดซีอิ๊ว	63	12.9	343	70	48	9.8	36	7.3
2. เติมน้ำตาลเมื่อกิน อาหารที่ร้านขาย อาหาร	143	29.2	315	64.3	23	4.7	9	1.8
3. กินผลไม้จิ้มเกลือ น้ำตาล	93	19	351	71.6	36	7.4	10	2
4. กินผลไม้ที่มีรส หวาน	30	6.1	377	76.9	73	14.9	10	2
5. กินขนมหวาน	142	29	317	64.7	23	4.7	8	1.6
6. กินขนมหวาน ใส่กะทิ	54	11	395	80.6	33	6.7	8	1.6
7. กินเค้ก คุกกี้ ช็อคโกแลต	109	22.2	346	70.6	30	6.1	5	1
8. ผลไม้แช่อิ่มและ ผลไม้แห้ง	92	18.8	358	73.1	33	6.7	7	1.4
9. ดื่มน้ำอัดลม น้ำผลไม้ ที่มีรสหวาน	116	23.7	344	70.2	24	4.9	6	1.2
10. ดื่มน้ำกาแฟเย็น เช่น คาปูชิโน่ มอคค่า ลาเต้ และกาแฟดำ	94	19.2	324	66.1	45	9.2	27	5.5

ตารางที่ 11 ระดับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

ระดับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงสูง (มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจ)	125	25.5
เสี่ยงปานกลาง (มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจ)	360	73.5
ไม่เสี่ยง (มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ถูกต้อง)	5	1

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารมันจำแนกรายชื่อตามความถี่ในการบริโภค 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับประทานกินอาหารว่าง เช่น เค้ก คุกกี้ ช็อคโกแลตร้อยละ 22.9 ดื่มน้ำกาแฟเย็น ได้แก่ คาปูชิโน่ มอคค่า ลาเต้ ร้อยละ 20.8 ดื่มนมสดร้อยละ 11.8 ส่วนพฤติกรรมที่รับประทานนาน ๆ ครั้ง จนถึงไม่เคยเลย ได้แก่ ประกอบอาหารใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันหมูร้อยละ 5.1 ดื่มนมสดร้อยละ 4.5 และดื่มน้ำกาแฟเย็น ได้แก่ คาปูชิโน่ มอคค่า ลาเต้ ร้อยละ 2.7 (ตารางที่ 12)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 63.7 รองลงมามีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง คอเลสเทอรอลในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 35.5 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องร้อยละ 0.8 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำแนกรายข้อตามความถี่ในการบริโภค 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 490)

คำถามรายข้อ	ทุกครั้ง		ส่วนใหญ่		ส่วนน้อย		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. กินอาหารผัด	21	4.3	411	83.9	49	10	9	1.8
2. กินอาหารทอด	22	4.5	422	86.1	38	7.8	8	1.6
3. กินอาหารมีไขมัน	48	9.8	395	80.6	40	8.2	7	1.4
4. กินอาหารจานด่วน นอกบ้าน	43	8.8	381	77.8	55	11.2	11	2.2
5. ประกอบอาหารใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันหมู	31	6.3	33	68.8	98	20	25	5.1
6. กินอาหารจำพวกแกงใส่กะทิ	46	9.4	393	80.2	40	8.2	11	2.2
7. กินขนมหวานใส่กะทิ	57	11.6	387	79	39	8	7	1.4
8. กินอาหารว่าง	112	22.9	342	69.8	30	6.1	6	1.2
9. ดื่มน้ำกาแฟเย็น	102	20.8	337	68.8	38	7.8	13	2.7
10. ดื่มนมสด	58	11.8	318	64.9	92	18.8	22	4.5

ตารางที่ 13 ระดับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

ระดับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงสูง (มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง คอเลสเทอรอลในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจ และหลอดเลือด)	174	35.5
เสี่ยงปานกลาง (มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจและหลอดเลือด)	312	63.7
ไม่เสี่ยง (มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ถูกต้อง)	4	0.8

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มจำแนกรายข้อตามความถี่ของการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มรายข้ออยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การเติมผงชูรสหรือผงปรุงรสในการประกอบอาหาร (Mean = 2.62, SD = 3.39) รองลงมาคือ การเติมน้ำปลา/ซีอิ๊วในอาหาร (Mean = 2.51, SD = 3.27) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมอื่น ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เช่น การรับประทานอาหารจานด่วน (Mean = 1.30, SD = 1.98) และการรับประทานอาหารนอกบ้าน (Mean = 1.48, SD = 2.09) (ตารางที่ 14)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเค็มสูงร้อยละ 76.3 ตีรสเค็มต่ำร้อยละ 9.6 ตีรสเค็มปานกลางร้อยละ 9.2 ตามลำดับ และเป็นบุคคลต้นแบบด้านพฤติกรรมการสุขภาพร้อยละ 4.9 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 14 พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มจำแนกรายข้อตามความถี่ของการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา (n = 490)

คำถามรายข้อ	จำนวนคนที่ปฏิบัติประจำ	ร้อยละ
1. เติมน้ำปลา/ซีอิ๊วในอาหาร	215	43.9
2. อาหารแปรรูป/หมักดอง	240	49.0
3. รับประทานอาหารหมักนอกบ้าน	185	37.8
4. เติมผงชูรส/ผงปรุงรส เมื่อปรุงอาหารทานเอง	265	54.1
5. ทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป	150	30.6
6. ทานขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยว ขนมถุง	135	27.6
7. ทานอาหารจานเดียวที่มีน้ำราด/น้ำจิ้ม เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ขนมจีนน้ำยา	220	44.9
8. ทานอาหารจานด่วน	110	22.4
9. วางเครื่องปรุงไว้บนโต๊ะอาหารที่บ้าน	315	64.3
10. ทานผลไม้สด/ผลไม้ต้องจิ้มพริกเกลือ กะปิ น้ำปลาหวาน	228	46.5

ตารางที่ 15 ระดับพฤติกรรมการบริโภคเค็มของกลุ่มตัวอย่าง (n = 490)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการบริโภคเค็มสูง	15	3.1
พฤติกรรมการบริโภคเค็มปานกลาง	165	33.7
พฤติกรรมการบริโภคเค็มต่ำ	248	50.6
ไม่มีพฤติกรรมการบริโภคเค็ม	62	12.6

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ((n = 490) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภครสหวาน ($r = -0.215, p < 0.0$) การบริโภคไขมัน ($r = -0.185, p < 0.01$) และการบริโภคเค็ม ($r = -0.203, p < 0.01$) โดยทุกด้านมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำเชิงลบ ซึ่งให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการมีผลสัมพันธ์โดยตรงต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคหวาน มัน เค็ม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคหวาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน ($r = -0.215, p < 0.05$) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำหมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการที่สูงขึ้น จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานจะลดลงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า องค์ประกอบของความรู้ด้านโภชนาการทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน โดยด้านความรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์เชิงลบสูงสุด ($r = -0.194, p < 0.01$) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ ($r = -0.151, p < 0.01$) ด้านความรู้ความเข้าใจทางโภชนาการ ($r = -0.137, p < 0.01$) และด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ($r = -0.114, p < 0.05$) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคหวาน (n = 490)

ความรู้ด้านโภชนาการ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)	P-value
ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม	-0.215*	0.000
ความรู้ความเข้าใจทางโภชนาการ	-0.137**	0.003
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	-0.114*	0.011
ความรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	-0.194*	0.000
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ	-0.151**	0.001

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 , ** มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคมัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสมัน ($r = -0.185, p < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำซึ่งหมายความว่า การเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านโภชนาการมีส่วนช่วยลดพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสมันของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ ($r = -0.146, p < 0.01$) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ ($r = -0.125, p < 0.01$) และด้านความรู้ความเข้าใจทางโภชนาการ ($r = -0.110, p < 0.05$) ตามลำดับ ขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.076, p > 0.05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคมัน (n = 490)

ความรู้ด้านโภชนาการ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)	P-value
ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม	-0.185**	0.000
ความรู้ความเข้าใจทางโภชนาการ	-0.110*	0.015
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	-0.076	0.093
การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	-0.146**	0.001
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ	-0.125**	0.005

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคเค็ม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ($r = -0.203, p < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ยืนยันว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า องค์ประกอบของความรู้ด้านโภชนาการทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์เชิงลบสูงสุด ($r = -0.169, p < 0.01$) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ ($r = -0.138, p < 0.01$) ด้านความรู้ความเข้าใจทางโภชนาการ ($r = -0.122, p < 0.01$) และด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ($r = -0.111, p < 0.05$) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคเค็ม (n = 490)

ความรู้ด้านโภชนาการ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)	P-value
ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม	-0.203**	0.000
ความรู้ความเข้าใจทางโภชนาการ	-0.122*	0.007
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	-0.111*	0.014
การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	-0.169*	0.000
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ	-0.138**	0.002

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.01

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม ระดับความรู้ด้านโภชนาการและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 490 คน จากการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความรู้ด้านโภชนาการ

ผลการศึกษาพบว่า อสม. อำเภอวังเหนือส่วนใหญ่ยังคงมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับต้องปรับปรุงในทุกด้าน สะท้อนให้เห็นข้อจำกัดเชิงระบบสาธารณสุขที่สำคัญ กล่าวคือ แม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นบุคลากรแกนนำสุขภาพในชุมชนและเคยผ่านการอบรมโภชนาการมาแล้ว แต่ลักษณะของการจัดอบรมมักเป็นรูปแบบการบรรยายเนื้อหาตามคู่มือสำเร็จรูปที่เน้นความจำมากกว่าการฝึกปฏิบัติ

ส่งผลให้ อสม. ละเลยและขาดทักษะเชิงเทคนิคขั้นสูง เช่น การคำนวณสัดส่วนพลังงานจากสารอาหารต่อถูกเพียงร้อยละ 19.8 และการอ่านทำความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) รวมถึงหน่วยบริโภคบนบรรจุภัณฑ์ ต่อบลูกต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 5.3 ซึ่งเป็นจุดวิกฤตในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปในปัจจุบัน สอดคล้องกับเรื่องเดช และ เจริญศิริ (2566) ที่ระบุว่า ลำพังการส่งต่อความรู้ด้านโภชนาการแบบดั้งเดิมไม่สามารถยกระดับการปรับพฤติกรรมได้ หากขาดกระบวนการสาธิตเชิงปฏิบัติการและการฝึกวิเคราะห์เครื่องมือจริงในภาคสนาม

นอกจากนี้ บริบทด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ อายุ 45-54 ปี ร้อยละ 34.7 และเกินครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.2 ย่อมเป็นอุปสรรคสำคัญในการทำความเข้าใจตัวเลขทางสถิติบนฉลากโภชนาการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่า ความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานจะแปรผันตรงกับระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานของบุคคล

สอดคล้องกับวิริณธ์ กิตติพิชัยและคณะ (2566) ที่ศึกษาในพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของแกนนำชุมชนและประชาชนจะเพิ่มขึ้นได้ จำเป็นต้องมีกระบวนการย่อยข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ให้มีลักษณะที่สั้น กระชับ เป็นภาษาถิ่น และใช้ภาพสัญลักษณ์สื่อสารแทนตัวเลขอักษรที่ซับซ้อน เพื่อหลายกำแพงเชิงโครงสร้างการศึกษาของประชากรในพื้นที่ห่างไกล

2. พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม

พฤติกรรมการบริโภคหวาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงรสหวานเฉลี่ยสะสมอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงปานกลาง โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงรายข้อระดับสูงในการเติมน้ำตาลเพิ่มเมื่อรับประทานอาหารที่ร้านอาหาร ร้อยละ 29.2 และการบริโภคขนมหวานไทย ร้อยละ 29.0 พฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นจากค่านิยมและความเคยชินในรสชาติดั้งเดิม ซึ่งมองว่าอาหารคาวจำเป็นต้องมีรสชาติดกุ่มกลมอมหวาน ประกอบกับการที่ อสม. ขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับน้ำตาลแฝงที่ผู้ปรุงอาหารนอกบ้านใส่ลงไปในน้ำซุบ น้ำราด หรือซอสปรุงรสต่าง ๆ ทำให้ได้รับปริมาณน้ำตาลเกินเกณฑ์มาตรฐาน 2-3 เท่าต่อมื้อโดยไม่รู้ตัว ส่งผลให้ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสะสมต่อกลุ่มโรค NCDs สูงถึงร้อยละ 73.5 สอดคล้องกับสถานการณ์ทางสุขภาพในข้อมูลทั่วไปที่พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 32.1 และโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 28.1 พฤติกรรมนี้สอดคล้องกับแสงทอง, เดียวมณีกุล และ จันทร์เจริญ (2565) ที่อธิบายว่า ความชอบในรสหวาน เป็นพฤติกรรมที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิตครัวเรือนไทย การจะตัดวงจรพฤติกรรมเสี่ยงนี้ได้ อสม. ต้องได้รับการพัฒนาทักษะการประเมินตนเองและการจัดพฤติกรรมสุขภาพล้อมรอบตัวเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมการกินในบ้านตนเองก่อนจะนำไปรณรงค์ในชุมชน

พฤติกรรมการบริโภคมัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงรสมันรวมอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงรายข้อระดับสูงที่สุดคือ การกินอาหารว่างประเภทเบเกอรี่ คุกกี้ ช็อคโกแลต ร้อยละ 22.9 และการดื่มกาแฟเย็นรสหวานมันเข้มข้น ร้อยละ 20.8 ซึ่งสะท้อนให้เห็นอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมการบริโภคจากสังคมเมืองสู่สังคมชนบท ร้านเครื่องดื่มชงและร้านสะดวกซื้อที่กระจายตัวเข้าสู่ชุมชนอำเภอวังเหนือ ทำให้ อสม. ปรับวิถีชีวิตหันมาบริโภคเครื่องดื่มกลุ่มนี้เพื่อความสดชื่นในระหว่างวันทดแทนน้ำเปล่าโดยละเลยความจริงที่ว่ากาแฟชงและเบเกอรี่อุดมไปด้วยไขมันทรานส์ ครีมเทียม และกรดไขมันอิ่มตัว ซึ่งเป็นโมเลกุลขนาดเล็กที่เข้าไปอุดตันในเส้นเลือดและกระตุ้นการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด สอดคล้องกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2565) ที่รายงานว่า ประชาชนในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคเหนือมีแนวโน้มการบริโภคไขมันแฝงจากเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ และอาหารทอดเพิ่มสูงขึ้นก้าวกระโดด ซึ่งหากเครื่องมือการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการของ อสม. ยังคงอยู่ในระดับต้องปรับปรุงย่อมไม่สามารถปฏิเสธหรือเลือกบริโภคอาหารว่างเหล่านี้ได้อย่างปลอดภัย

พฤติกรรมการบริโภคเค็ม

ผลการศึกษาพฤติกรรม พบว่า การบริโภคอาหารรสเค็มตามเกณฑ์คัดกรองพฤติกรรมของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบข้อค้นพบที่สำคัญว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีตรสเค็มน้อย ปฏิบัติเป็นประจำ 1-3 ข้อมากที่สุด ร้อยละ 50.6 รองลงมาคือ ระดับดีตรสเค็มปานกลาง ปฏิบัติเป็นประจำ 4-7 ข้อ ร้อยละ 33.7 และไม่มีพฤติกรรมดีตรสเค็ม ปฏิบัติ 0 ข้อ ร้อยละ 12.6 ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับดีตรสเค็มสูง ปฏิบัติเป็นประจำ 8-10 ข้อ ร้อยละ 3.1 เท่านั้น เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อจากตารางสรุปประกอบรวมกับการแปรผลระดับความเสี่ยงนี้ ชี้ให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่เพียงระดับดีตรสเค็มน้อย แต่ค่าเฉลี่ยภาพรวมที่สูงถึง 4.21 คะแนน ซึ่งตกอยู่เกณฑ์ค่อนข้างไปทางดีตรสเค็มปานกลางนั้น มีปัจจัยวิกฤตรายข้อที่ อสม. ปฏิบัติเป็นประจำสูงมาก ได้แก่ การตั้งวางเครื่องปรุงรสเค็มค้างไว้บนโต๊ะอาหารที่บ้านเป็นประจำ ร้อยละ 64.3 และการเติมผงชูรส ชุปก้อน หรือผงปรุงรสเข้มข้นในปริมาณมากเมื่อประกอบอาหารทานเองในครัวเรือน ร้อยละ 54.1 ข้อมูลเชิงพฤติกรรมรายข้อเหล่านี้สะท้อนชัดเจนว่า แหล่งโซเดียมหลักของประชากรในพื้นที่อำเภอวังเหนือเกิดจากวัฒนธรรมและความเคยชินในการปรุงรสภายในบ้าน รวมถึงการบริโภคอาหารแปรรูปหรืออาหารหมักดองท้องถิ่น เช่น ปลา ร้า ไตปลา ถั่วเน่า เพื่อถนอมอาหารตามวิถีชนบท ร้อยละ 49.0 มากกว่าการบริโภคอาหารจานด่วนฟาสต์ฟู้ดมีสัดส่วนต่ำที่สุด ร้อยละ 22.4 พฤติกรรมที่ได้รับโซเดียมแฝงสะสมเป็นประจำนี้ เป็นปัจจัยเชิงพฤติกรรมที่หนุนเสริมข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในบทที่ 4 อย่างเป็นเหตุเป็นผล ที่ระบุว่า อสม. ในพื้นที่ที่มีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงสูงเป็นอันดับที่ 1 ร้อยละ 48.2 สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชนของ ญัฐนิชา จันทนพิบูลย์

และคณะ 2566) ที่สรุปว่า บริบทและสิ่งแวดล้อมทางอาหารในครัวเรือน โดยเฉพาะพฤติกรรมการตั้งเครื่องปรุงรสเค็มติดโต๊ะอาหารและการใช้ผงชูรสปรุงอาหารควม เป็นปัจจัยทำนายปริมาณการบริโภคโซเดียมเกินมาตรฐานที่สำคัญที่สุดของประชากรไทยในภาคเหนือ หาก อสม. ยังมีระดับความรู้ ด้านโภชนาการและการรู้เท่าทันสื่อที่ต้องปรับปรุง ย่อมไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมการปรุงและการกินในบ้านส่งผลให้พฤติกรรมการกินเค็มยังคงส่งผลเสียต่อแรงดันเลือดและการทำงานของไตในระยะยาว

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันยืนยันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ($r = -0.215$, $p < 0.05$), มัน ($r = -0.185$, $p < 0.01$) และเค็ม ($r = -0.203$, $p < 0.01$) ซึ่งแสดงทิศทางความสัมพันธ์เชิงสะท้อนกลับที่ตรงตามสมมติฐานหลักทุกประการ หมายความว่าเมื่อ อสม. มีความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน รสมัน และรสเค็มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับโมเดลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) และทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) ที่ระบุว่า บุคลากรที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นสูงจะเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ข้อมูลภายในระบบสมองจนเกิดความตระหนักรู้และสามารถควบคุมคัดกรองตลอดจนตัดสินใจเลือกปฏิบัติเลือกอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ เมื่อแยกพิจารณาความสัมพันธ์ในรายด้าน พบประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคหวาน ($r = -0.215$, $p < 0.05$) ยิ่งความรู้สูง พฤติกรรมการกินหวานยิ่งลดลง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์เชิงลบสูงที่สุด ($r = -0.194$, $p < 0.01$) ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ทักษะการคิดวิเคราะห์และคัดกรองสื่อมีความสำคัญสูงสุดในการยับยั้งพฤติกรรมการกินหวาน เนื่องจากปัจจุบันผลิตภัณฑ์ขนมหวาน เครื่องดื่ม และน้ำหวานทางเลือก มีการโฆษณาชวนเชื่อผ่านสื่อสังคมออนไลน์สูง หาก อสม. ขาดทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จะเกิดพฤติกรรมการบริโภคตามกระแสโฆษณา ขณะที่ด้านความรู้และความเข้าใจสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมาก ($r = -0.137$, $p < 0.01$) สะท้อนความจริงทางพฤติกรรมศาสตร์ว่า เพียงแค่ความรู้จำเกี่ยวกับการกินหวาน เช่น ทราบว่าน้ำตาลทำให้เกิดโรคอ้วน ยังไม่ทรงอิทธิพลพอที่จะเอาชนะพฤติกรรมความชอบส่วนบุคคลในชีวิตประจำวันได้ หากความรู้นั้นไม่ได้ถูกขับเคลื่อนควบคู่ไปกับการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของแสงทอง และคณะ(2565) ที่ระบุว่า ความรู้ในระดับที่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลแฝงได้จริง ต้องเกิดจากการที่แกนนำสุขภาพในชุมชนมีศักยภาพในการจัดการตนเองและวิเคราะห์ภัยเงียบของสารให้ความหวานที่แฝงมากับอาหารจานเดียวได้อย่างเท่าทัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคมัน

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคมัน ($r = -0.185$, $p < 0.01$) โดยด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบสูงที่สุดคือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ ($r = -0.146$, $p < 0.01$) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ ($r = -0.125$,

$p < 0.01$) สะท้อนว่า ทักษะในการไตร่ตรองสื่อโฆษณาและการตัดสินใจเลือกซื้อมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการควบคุมการกินอาหารมัน โดยเฉพาะพฤติกรรมกรกินเบเกอรี่ คูกี้ และกาแฟเย็นรสหวานมันเข้มข้น มักถูกกระตุ้นด้วยภาพโฆษณาที่สวยงามตามร้านเครื่องดื่มชง อสม. ที่มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อสูง จะสามารถใช้วิจารณ์ญาณประเมินถึงปริมาณไขมันทรานส์และครีมเทียมที่เป็นอันตรายต่อระบบหลอดเลือดหัวใจได้ก่อนตัดสินใจเลือกซื้อ จุดสังเกตที่สำคัญ คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกรบริโภคมัน ($r = -0.076, p > 0.05$) เนื่องจากพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของ อสม. ได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตในชุมชน โดยเฉพาะอาหารพื้นถิ่นที่มีการประกอบอาหารด้วยการทอด ผัด หรือแกงกะทิในหม้อหลัก ส่วนใหญ่ถูกหล่อหลอมและกำหนดด้วยสภาพแวดล้อมทางอาหารในท้องถิ่น รวมถึงค่านิยมและประเพณีวัฒนธรรมการจัดเลี้ยงอาหารคาวหวานในงานบุญหมู่บ้าน มากกว่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยการเข้าถึงสื่อข้อมูลโภชนาการเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับงานวิจัยของเรื่องเดช และคณะ (2566) ที่เน้นย้ำว่า การแก้ปัญหาพฤติกรรมกรกินอาหารไขมันสูงเกินเกณฑ์ในพื้นที่ห่างไกล จะอาศัยเพียงแค่การแจกแผ่นพับ สปอตวิทยุ หรือการส่งข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันให้เข้าถึงง่ายเพียงอย่างเดียวไม่ได้ แต่ต้องเปลี่ยนไปใช้กระบวนการเชิงรุกในการปรับเมนูอาหารและควบคุมสัดส่วนการใช้น้ำมันปาล์ม/น้ำมันหมูในระดับร้านค้าชุมชนและห้องครัวของครัวเรือนโดยตรงจึงจะเกิดผลลัพธ์สำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมกรบริโภคเค็ม

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเค็ม ($r = -0.203, p < 0.01$) และที่สำคัญคือ องค์ประกอบของความรู้ด้านโภชนาการรายด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกรบริโภคเค็มทั้งหมด โดยด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบสูงสุดคือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ ($r = -0.169, p < 0.01$) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($r = -0.138, p < 0.01$) ด้านความรู้ความเข้าใจ ($r = -0.122, p < 0.01$) และด้านการเข้าถึงข้อมูล ($r = -0.111, p < 0.05$) ตามลำดับ ซึ่งชี้ชัดว่า การกินโซเดียมเกินมาตรฐานของ อสม. เช่น การตั้งเครื่องปรุงติดโต๊ะอาหารและการใช้ผงชูรส/ซุ้กก่อนปริมาณมากในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในทุกมิติ อสม. ที่มีทักษะการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อที่ดีจะสามารถวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมแฝงและโทษของผงนัวที่มีต่อแรงดันเลือด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรหักห้ามใจและควบคุมรสชาติอาหาร ปรับเปลี่ยนจากการเลือกใช้ผงปรุงรสสำเร็จรูปหันมาใช้วัตถุดิบธรรมชาติ และลดละเลิกการบริโภคอาหารหมักดองท้องถิ่นลงได้ สอดคล้องกับณัฐพัชร ธรรมเสนา และคณะ (2564) ที่อธิบายว่า ศักยภาพและความรู้ด้านโภชนาการอย่างรอบด้านของ อสม. เป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจพฤติกรรมติดเค็มสะสมในชุมชนต่างจังหวัด และยังสามารถเชื่อมโยงกับข้อสรุปของณัฐนิชา จันทนพิบูลย์ และคณะ (2566) ที่เน้นย้ำว่า การยกระดับความรู้ด้านโภชนาการของแกนนำสาธารณสุขให้ซึมลึกไปถึงการปรับพฤติกรรมกรกินในบ้าน เช่น การเก็บเครื่องปรุงรสเค็มออกจากโต๊ะอาหาร เป็นจุดเปลี่ยนทางยุทธศาสตร์ที่ส่งผลสัมฤทธิ์โดยตรงต่อการลดพฤติกรรมกรบริโภคโซเดียมเกินเกณฑ์ และช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในระดับพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการแก่ อสม. และประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม ในกลุ่ม อสม.
3. ควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่ม อสม.
4. ควรสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ และส่งเสริมให้ อสม. เป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ
5. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ และกิจกรรมรณรงค์ด้านโภชนาการและสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนในแต่ละพื้นที่ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ประสานงาน และอำนวยความสะดวกในการเผยแพร่แบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความตั้งใจ และเสียสละเวลาทำให้การวิจัยสามารถดำเนินการและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าของเอกสาร ตำรา งานวิจัย และบทความทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดกรอบแนวคิด การพัฒนาเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการอภิปรายผล ซึ่งทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). คู่มืออสม. 4.0 และการพัฒนาสมรรถนะสุขภาพชุมชน.
กระทรวงสาธารณสุข.
- รัตนภรณ์ สาลีทา. (2564). ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา
ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). คู่มือการดำเนินงานโครงการลดหวาน มัน เค็ม
ในระดับพื้นที่. สสส.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2565. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning.
McGraw-Hill.
- Chotwanvirat, P., Hnoohom, N., Rojroongwasinkul, N., & Kriengsinyos, W. (2021). Feasibility
study of an automated carbohydrate estimation system using Thai food images
in comparison with estimation by dietitians. *Frontiers in Nutrition*, 8, 732449.
<https://doi.org/10.3389/fnut.2021.732449>
- Cochran, W. G. (1963). *Sampling techniques* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2023). WHO GLOBAL REPORT ON SODIUM INTAKE REDUCTION.