

บทบาทของโภชนาการเชิงป้องกันในยุคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs): การวิเคราะห์เชิงแนวคิดและข้อเสนอเชิงระบบ  
ปรเมศวร์ บุษไชยา

The Role of Preventive Nutrition in the Era of Non-Communicable Diseases (NCDs):  
A Conceptual Review and System-Level Recommendations

Paramet bubchaiya

นักวิชาการอิสระ จังหวัดชัยนาท

Independent Scholar ChaiNat Province

\* Corresponding author. E-mail: devilnutza4444@gmail.com

Received: 6<sup>th</sup> Jul 2025 ; Revised: 10<sup>th</sup> Dec 2025 ; Accepted: 23<sup>rd</sup> Dec 2025

DOI: 10.60101/jhet.2025.1235

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของโภชนาการเชิงป้องกันในบริบทของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยอิงจากกรอบแนวคิดทางทฤษฎี 4 ประการ ได้แก่ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) แนวคิดช่วงชีวิต (Life Course Approach), กรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model) และปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ พฤติกรรมการบริโภค และนโยบายด้านโภชนาการในประเทศไทย การวิเคราะห์พบว่า การใช้กรอบแนวคิดเพียงแนวทางเดียวไม่สามารถตอบโจทย์ปัญหาเชิงโครงสร้างที่มีความซับซ้อนได้อย่างครอบคลุม การส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันจึงจำเป็นต้องอาศัยแนวทางแบบพหุปัจจัย (Multilevel and Multicomponent) โดยผสมผสานทั้งข้อเสนอเชิงระบบ เช่น การควบคุมโฆษณาอาหารกลุ่มเสี่ยงและการพัฒนาระบบข้อมูลโภชนาการ กับข้อเสนอเชิงพฤติกรรม เช่น การส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและการกระตุ้นพฤติกรรมผ่านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถลดภาระโรคและความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

**คำสำคัญ:** โภชนาการเชิงป้องกัน, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ, กรอบแนวคิดเชิงระบบ, ความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการ

ABSTRACT

This article aims to examine the role of preventive nutrition in the context of non-communicable diseases (NCDs) through the integration of four key theoretical frameworks: the Health Belief Model (HBM), the Life Course Approach, the Ecological Model, and the Social Determinants of Health (SDH). These frameworks were applied to

analyze dietary behaviors, public health policies, and systemic barriers within Thailand. The findings suggest that relying solely on a single perspective is insufficient to address the complex structural challenges. Therefore, an integrated multilevel and multicomponent approach is essential. The article proposes both system-level interventions such as regulating unhealthy food marketing and developing nutrition data systems and behavioral strategies including strengthening self-efficacy and utilizing environmental cues. Together, these approaches aim to sustainably reduce disease burden and nutrition-related inequalities in the Thai population.

**Keywords:** Preventive nutrition, Non-communicable diseases, Health behavior, Systemic frameworks, Nutritional equity

## บทนำ

จรรย์กษ ผลิตพันธ์ (2566) ระบุว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่า “เป็นภัยเงียบที่รุนแรงและขยายวงกว้างโดยมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม” (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565d) ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อาทิ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และมะเร็งบางชนิดกำลังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) รายงานว่า NCDs มีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิตถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ในขณะที่ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค (2566) ระบุว่า NCDs คิดเป็นร้อยละ 77 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในปีที่ผ่านมา

หลักฐานทางวิชาการชี้ว่า รูปแบบการบริโภคอาหารที่สมดุลสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) ซึ่งมีลักษณะเด่นคือการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่ว และน้ำมันมะกอก พบว่าสามารถลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 30 (Estruch et al., 2018) และลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุทั้งหมดได้ร้อยละ 25 (Sofi et al., 2014) ในขณะที่รูปแบบอาหารแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) สามารถลดความดันโลหิตเฉลี่ยได้ 5–6 มิลลิเมตรปรอท (Appel et al., 1997) และลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจได้ร้อยละ 15–20 (Siervo et al., 2020)

การเชื่อมโยงระหว่างรูปแบบการบริโภคอาหารกับภาวะสุขภาพดังกล่าวสะท้อนว่า “โภชนาการเชิงป้องกัน” มีบทบาทสำคัญต่อการลดภาระโรค NCDs ทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคม

จิราพร เลิศวิริยะ (2565) ได้กล่าวว่า “การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสม เป็นหัวใจสำคัญของการมีสุขภาพดีในระยะยาว และเป็นปราการสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง” ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่ชี้ว่าโภชนาการที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงของ NCDs ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีผักและผลไม้สูงไขมันอิ่มตัวต่ำ และจำกัดโซเดียมและน้ำตาล (Mozaffarian และคณะ, 2018b)

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันในประเทศไทยยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ความเข้าใจผิดของประชาชนเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ การเข้าถึงอาหารที่ไม่เท่าเทียมกันในกลุ่มประชากรบางกลุ่ม เช่น เด็กและผู้สูงอายุ ตลอดจนความไม่ต่อเนื่องของนโยบายและมาตรการภาครัฐ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565d)

ดังนั้น บทความวิชาการเชิงทบทวนฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ทบทวนกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการเชิงป้องกันที่ใช้ในระดับสากล
2. วิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การบริโภคและความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการในประเทศไทย
3. นำเสนอข้อเสนอแนะเชิงระบบและเชิงพฤติกรรมที่สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ และลดภาระของโรค NCDs ได้อย่างยั่งยืน

### วิธีการศึกษา (Methods)

บทความนี้เป็นการทบทวนเชิงแนวคิด (Conceptual Review) ที่มุ่งสังเคราะห์กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางโภชนาการเชิงป้องกัน เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ในบริบทประเทศไทย โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

#### 1. การสืบค้นและคัดเลือกเอกสาร (Document Search and Selection)

ผู้เขียนได้ดำเนินการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลวิชาการหลักทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ Google Scholar, Scopus, PubMed, ScienceDirect และ ThaiJo เพื่อให้ครอบคลุมทั้งงานวิจัยเชิงประจักษ์ (empirical studies) และบทความเชิงแนวคิด (conceptual papers) ที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการเชิงป้องกันและพฤติกรรมสุขภาพ การสืบค้นดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น “โภชนาการเชิงป้องกัน”, “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”, “Preventive Nutrition”, “Non-Communicable Diseases (NCDs)”, “Health Belief Model”, “Life Course Approach”, “Ecological Model” และ “Social Determinants of Health” เกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารประกอบด้วย

1. เป็นงานวิจัยหรือบทความที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed)
2. มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมโภชนาการ การป้องกันโรคเรื้อรัง หรือพฤติกรรมสุขภาพ
3. มีการอ้างอิงกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์เชิงระบบ
4. มีข้อมูลเชิงประจักษ์หรือข้อเสนอเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

จากการสืบค้นทั้งหมดพบเอกสารจำนวน 82 ชิ้น หลังการคัดกรองตามเกณฑ์ข้างต้นเหลือเอกสารจำนวน 36 ชิ้น ซึ่งถูกนำมาวิเคราะห์เชิงลึก

#### 2. กระบวนการวิเคราะห์เชิงแนวคิด (Conceptual Analysis Process)

ผู้เขียนใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative Content Analysis) ร่วมกับการสังเคราะห์เชิงธีม (Thematic Synthesis) เพื่อสกัดสาระสำคัญจากวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง โดยจัดจำแนกตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎีหลัก 4 ประการ ได้แก่

1. **ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)** อธิบายปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจส่วนบุคคลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock, 1974; Becker, 1974)

2. **แนวคิดช่วงชีวิต (Life Course Approach)** เน้นการวางรากฐานสุขภาพตั้งแต่วัยต้นและการป้องกันโรคตลอดช่วงชีวิต (Kuh et al., 2003; World Health Organization, 2021)

3. กรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model) มองพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมหลายระดับ (McLeroy et al., 1988; Sallis, Owen, & Fisher, 2008)

4. ปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างสังคมกับความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (Marmot et al., 2008; WHO, 2021b)

เอกสารแต่ละชิ้นได้รับการอ่านและเข้ารหัส (coding) ตามหัวข้อหลัก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค นโยบายสาธารณะ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม จากนั้นจึงสังเคราะห์เชิงเปรียบเทียบเพื่อระบุจุดร่วม จุดต่าง และข้อจำกัดของแต่ละกรอบแนวคิดในบริบทประเทศไทย

### 3. การสังเคราะห์และจัดทำข้อเสนอเชิงระบบ (Synthesis and System-Level Recommendations)

ผลจากการวิเคราะห์เชิงแนวคิดทั้งหมดถูกนำมาสังเคราะห์ร่วมกันเพื่อพัฒนาแนวทางเชิงบูรณาการ โดยจำแนกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

1. ข้อเสนอเชิงระบบ (System-Level Recommendations): มุ่งพัฒนาโยบาย โครงสร้าง และระบบสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อโภชนาการเชิงป้องกัน

2. ข้อเสนอเชิงพฤติกรรม (Behavioral Recommendations): มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมผ่านแรงจูงใจ การเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

แนวทางดังกล่าวสะท้อนถึงการบูรณาการทั้งสี่กรอบแนวคิดเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาแนวทางโภชนาการเชิงป้องกันที่ยั่งยืนครอบคลุมตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงนโยบายระดับชาติ

## เนื้อความ

### ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิด

#### 1. ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และการประยุกต์ใช้ในกลุ่มเด็กวัยเรียนและผู้สูงอายุ

1.1. ความหมายและองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นกรอบแนวคิดทางจิตวิทยาที่ใช้ในการอธิบายเหตุผลที่บุคคลเลือกหรือไม่เลือกกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรค (Becker, 1974) ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นฐานแนวคิดสำคัญของโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพในหลายประเทศทั่วโลก

จิราพร เลิศวิริยะ (2564) ระบุว่า HBM เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะการรับรู้และแรงจูงใจที่แตกต่างกัน

Rosenstock (1974) ได้วางกรอบแนวคิดของ Health Belief Model (HBM) ไว้ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1950 โดยอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากกระบวนการตัดสินใจที่ประกอบด้วย การรับรู้และความเชื่อภายในตนเอง โดยมีองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) อิทธิพัทธ์ ทรงธรรม (2564a) เสนอว่า “หากเด็กวัยเรียนรับรู้ว่ามีโรคอ้วนสามารถเกิดขึ้นกับตัวเองได้ จากพฤติกรรมกินขนมหวานหรืออาหารทอดซ้ำ ๆ เด็กจะเริ่มคิดใหม่ก่อนหยิบขนมเข้าปาก” ตรงกับงานวิจัยของ (Green & Murphy, 2020a) ที่ชี้ว่าความรู้สึกลึกถึง “โอกาสเสี่ยง” เป็นตัวกระตุ้นสำคัญของการเปลี่ยนพฤติกรรม

2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) ผู้สูงอายุจำนวนมากจะให้ความสำคัญกับสุขภาพเมื่อเข้าใจผลร้ายจากโรคเรื้อรัง วรินทร์ แสงมณี (2565) ได้ยกตัวอย่างว่า “เมื่อผู้สูงวัยรู้ว่าความดันโลหิตสูงอาจทำให้ไตวายหรือเส้นเลือดสมองแตก พวกเขาจะควบคุมโซเดียมด้วยตนเองโดยไม่ต้องรอให้หมอสั่ง”

3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) ดำรงค์ศักดิ์ แสงสุวรรณ (2565) ชี้ว่า “เมื่อประชาชนเชื่อว่า การกินผักเป็นประโยชน์ แม้ผักมีราคาสูงกว่าขนมของ แต่ยังคงเลือกเพราะเห็นคุณค่าในระยะยาว” สอดคล้องกับหลัก HBM ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงผลักดันสำคัญของการเปลี่ยนแปลง

4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) แม้บางคนจะเห็นประโยชน์ของอาหารสุขภาพ แต่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ สุชาดา บุญเพ็ง (2566) ได้กล่าวว่า “เด็กบางคนบอกว่าผักขมเกินไป ส่วนผู้สูงอายุบางรายไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร ทำให้เลือกกินข้าวกับน้ำปลามากกว่าผักสด” ซึ่งสะท้อนอุปสรรคที่ควรได้รับการพิจารณาในการออกแบบโปรแกรมโภชนาการ

5) สิ่งกระตุ้นให้ลงมือทำ (Cues to Action) การกระตุ้นผ่านสื่อและกิจกรรมในระดับชุมชนมีผลอย่างมาก สถาพร นิลบัว (2565) ชี้ว่า “เมื่อชุมชนมีโปสเตอร์ ‘ลดเค็ม ลดไตเสื่อม’ แปะตามศาลาและร้านค้า ชาวบ้านก็เริ่มพูดถึงกันมากขึ้น และมีการเปลี่ยนพฤติกรรมจริง”

6) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) Bandura (1997) ได้ชี้ให้เห็นว่า “การเสริมแรงทางบวก เช่น คำชมจากครู หรือผู้ปกครอง มีผลให้เด็กเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการวางแผนโปรแกรมที่ให้เด็กมีบทบาทและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองควบคุมพฤติกรรมได้

**1.2. การประยุกต์ใช้ HBM กับโภชนาการเชิงป้องกัน** ในประเทศไทย ทฤษฎี HBM ถูกนำมาใช้ในหลายโครงการเพื่อส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนและผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางโภชนาการ

สุเมธ จิตรสมบุรณ์ (2563b) ได้กล่าวว่าการนำ HBM ไปประยุกต์ในโครงการ “ลดเค็ม ลดหวาน” ว่า “การให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อโรคไตและเบาหวานร่วมกับการสาธิตเมนูสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนเริ่มตระหนักและเชื่อว่าตนเองสามารถปรับพฤติกรรมได้”

สำหรับกลุ่มเด็กวัยเรียน โครงการ “กินผัก 400 กรัมต่อวัน” ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สสส. (2565a) ได้นำหลักของ HBM มาใช้ในการออกแบบสื่อ เช่น การ์ตูน แผ่นพับ และกิจกรรมในโรงเรียน เพื่อกระตุ้นความสนใจ โดยใช้ “สิ่งกระตุ้น” และ “ความเชื่อในตนเอง” เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน

สำหรับผู้สูงอายุ มูลนิธิสุขภาพผู้สูงวัย ได้นำหลักของ HBM ไปใช้ในกิจกรรม “ข้าวต้มสุขภาพ” ที่ให้ความรู้เรื่องอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย และลดโซเดียม พร้อมกิจกรรมทำอาหารร่วมกัน เพื่อสร้างแรงจูงใจและเพิ่ม Self-efficacy ในการดูแลตนเอง (มูลนิธิสุขภาพผู้สูงวัย, 2564)

### 1.3. กรณีศึกษา: กลุ่มเด็กวัยเรียน

กลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเฉพาะด้านการเรียนรู้ การจดจำ และพฤติกรรมโภชนาการ ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) และประโยชน์จากพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) สุภาวดี หาญกิจ (2565a) ระบุว่า “หากต้องการให้เด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน จำเป็นต้องเริ่มจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและกิจกรรมที่สนุก”

ประการแรกในโครงการ “โรงเรียนส่งเสริมโภชนาการ” ซึ่งดำเนินงานโดยกรมอนามัย พบว่าการใช้สื่อการ์ตูนและเกมที่เน้นให้เด็กเรียนรู้ว่า “น้ำหวานทำให้ฟันผุ” หรือ “กินขนมถุงมากเกินไปทำให้อ้วน” ช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงได้อย่างชัดเจน (กรมอนามัย, 2564b)

นอกจากนี้ กิจกรรม “อีโรว์ผักผลไม้” ที่ให้นักเรียนเล่นบทบาทสมมติและแข่งขันสะสมคะแนนจากการกินผักในมื้อกลางวัน ถือเป็นตัวอย่างของการเสริม perceived benefits ได้อย่างน่าสนใจ โดยมีครูเป็นผู้ชี้แนะและติดตามผล (จิราภรณ์ สมบูรณ์ศรี, 2564)

ในส่วนของ cues to action มีการใช้โปสเตอร์ภาพสีในโรงอาหาร ตลอดจนการจัดกิจกรรมในวัน “ผักผลไม้แห่งชาติ” ซึ่งช่วยกระตุ้นพฤติกรรมในเด็กได้อย่างเป็นระบบ โดยนางสาวสุภาวดี ได้กล่าวว่า “การทำให้โรงอาหารกลายเป็นห้องเรียนสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก” (สุภาวดี หาญกิจ, 2565a)

สุดท้ายในด้าน Self-efficacy มีการส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมในการเสนอเมนูอาหารกลางวันที่ยอมรับประทานในแบบที่ดีที่สุดต่อสุขภาพ เช่น การเขียน “เมนูในฝันของฉัน” ซึ่งผลักดันให้เด็กเกิดความมั่นใจและความภาคภูมิใจในพฤติกรรมของตนเอง (Thai Health, 2565)

#### 1.4. กรณีศึกษา: กลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยทั่วไปมีระดับการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไตเสื่อมในระดับที่น่าพอใจ อนันต์ สายทอง (2564) ได้กล่าวว่า “ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบถึงความเสี่ยงของโรคเหล่านี้ จากประสบการณ์ตรงหรือการได้รับข้อมูลจากสถานพยาบาลในพื้นที่” อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ ด้านสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cues to Action) และความเชื่อมั่นในตนเอง Self-efficacy ตามกรอบแนวคิด Health Belief Model แล้ว พบว่า ยังมีข้อจำกัดที่ควรได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง (ประภัสสร เกษมสุข, 2565)

โครงการ “กินดีมีสุขวัยเก๋า” ที่ดำเนินการโดยกรมอนามัยในปี 2564 ได้นำเสนอชุดกิจกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เช่น การจัดเวิร์คช็อปเรื่อง “อาหารอ่อนแต่ได้คุณค่า” โดยใช้การสาธิตจริงร่วมกับการลิ้มรสเมนูสุขภาพ (กรมอนามัย, 2564c)

ในอีกด้านหนึ่ง โครงการ “ลดเค็ม ลดไตเสื่อม” ใช้สโลแกน “ชิมก่อนปรุง” และฝึกทำอาหารลดโซเดียมร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อย ซึ่งช่วยให้เกิดการรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคอย่างแท้จริง เช่น บางรายเรียนรู้ว่าการใช้สมุนไพรไทยแทนผงชูรสไม่เพียงลดเค็ม แต่ยังเพิ่มรสชาติด้วย (มูลนิธิสุขภาพผู้สูงอายุ, 2565)

Cues to action ในกลุ่มนี้มักมาในรูปแบบที่เป็นประโยชน์ เช่น การแจ้งเตือนผ่านสมุดสุขภาพรายสัปดาห์ หรือการส่งข้อความในกลุ่ม Line ของชมรมผู้สูงอายุ โดย นางสาวจรงค์ ได้กล่าวว่า “แม้ผู้สูงอายุบางคนไม่ถนัดเทคโนโลยี แต่เมื่อเห็นเพื่อนร่วมกลุ่มแชร์เมนูสุขภาพ ก็เกิดแรงจูงใจอย่างไม่รู้ตัว” (จรงค์ ศรีพูนสุข, 2564a)

ในส่วนของ Self-efficacy กิจกรรมกลุ่ม เช่น การปรุงอาหารร่วมกัน หรือทำบัญชีรายจ่ายอาหารสุขภาพ ในแต่ละสัปดาห์ ช่วยเสริมความมั่นใจว่าผู้สูงอายุสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ แม้อยู่ในสภาพแวดล้อมจำกัด (Thai Health Promotion Foundation, 2565a)

#### 1.5. ข้อจำกัดและข้อเสนอในการใช้ HBM

แม้ทฤษฎี HBM จะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในบางประเด็น โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาในระดับระบบหรือโครงสร้างสังคม

วรพล สายสมร (2565b) ได้ให้ความเห็นว่า “HBM มีประโยชน์ในการเข้าใจพฤติกรรมรายบุคคล แต่ยังไม่เพียงพอในการจัดการกับปัจจัยแวดล้อม เช่น ราคาผักผลไม้ที่สูง หรือความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ” เพื่อเสริมข้อจำกัดดังกล่าว จึงมีข้อเสนอแนะให้บูรณาการ HBM เข้ากับกรอบแนวคิดอื่น ได้แก่

Ecological Model: ที่เน้นมิติหลายระดับ ตั้งแต่บุคคล ครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน ไปจนถึงระดับนโยบาย (McLeroy และคณะ, 1988)

Social Determinants of Health (SDH): ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น รายได้ การศึกษาการเข้าถึง อาหารสุขภาพ และความเป็นธรรมทางสังคม (WHO, 2021b)

HBM กับกรอบแนวคิดเหล่านี้จะช่วยให้การออกแบบและประเมินผลโครงการด้านโภชนาการเชิงป้องกันมีมิติเชิงระบบมากยิ่งขึ้น และสามารถตอบสนองกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายอย่างแท้จริง

### ตารางที่ 1 สรุปรองคประกอบทฤษฎี HBM และการประยุกต์ใช้ใน 2 กลุ่มเป้าหมาย

องค์ประกอบ HBM	เด็กวัยเรียน	ผู้สูงอายุ
ความเสี่ยง (Susceptibility)	ฟันผุ, โรคอ้วน	โรคไต, ความดันโลหิตสูง
ความรุนแรง (Severity)	การเล่นไม่ได้, โดนแฉวเรื่องรูปร่าง	ต้องล้างไต, เสี่ยงพิการ
ประโยชน์ (Benefits)	แข็งแรง, สมออดี, สูงเร็ว	มีพลัง, ควบคุมโรค, ไม่ต้องกินยาเพิ่ม
อุปสรรค (Barriers)	ไม่ชอบรสชาติ, เพื่อนล้อ	ไม่มีฟัน, อยู่คนเดียวทำอาหารเองลำบาก
สิ่งกระตุ้น (Cues)	กิจกรรมโรงเรียน, เกม, แผ่นพับ	Line แจ้งเตือน, ชมรมผู้สูงอายุ, ป้ายร้านค้า
ความเชื่อมั่นในตนเอง	กล้ากินผัก, มีบทบาทในเมนูอาหารกลางวัน	ทำอาหารเองได้, ไปตลาดเองได้

## 2. แนวคิดเชิงช่วงชีวิต (Life Course Approach) ในการวางรากฐานโภชนาการเพื่อป้องกัน NCDs

แนวคิดเชิงช่วงชีวิต (Life Course Approach) เป็นกรอบแนวคิดที่สำคัญในการวางแผนนโยบายสาธารณสุข โดยชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังนั้นมีต้นกำเนิดมาตั้งแต่วัยเด็กและสะสมต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (Kuh et al., 2003) ดังนั้น การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างยั่งยืนจะต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิต เพื่อวางรากฐานที่ดีด้านโภชนาการ พฤติกรรมการกิน และสุขภาพโดยรวม

### 2.1. โภชนาการในช่วงชีวิต: โอกาสเชิงป้องกันโรค

กฤษณะ อินทรชิต (2564) ระบุว่า “ช่วงต่าง ๆ ของชีวิตมนุษย์เป็นหน้าต่างแห่งโอกาสสำหรับการสร้างพื้นฐานสุขภาพผ่านพฤติกรรมโภชนาการที่เหมาะสม” สอดคล้องกับหลักการ Life Course Approach ที่เน้นการสะสมของปัจจัยป้องกันตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยชรา (World Health Organization, 2021)

ในช่วงวัยทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวใน 6 เดือนแรก ไม่เพียงช่วยป้องกันภาวะทุพโภชนาการแต่ยังมีส่วนลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต เช่น โรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 และโรคภูมิแพ้ (World Health Organization, 2021)

วัยเด็กและวัยเรียน ถือเป็นช่วงที่เด็กซึมซับพฤติกรรมมารีโภชนาการจากสภาพแวดล้อมรอบตัว โดยเฉพาะบทบาทของครอบครัว โรงเรียน และสื่อ อดิศักดิ์ คงสุข (2563) เสนอว่า “การวางรากฐานพฤติกรรมมารีโภชนาการที่ดีในช่วงวัยเด็กจะเพิ่มโอกาสในการคงพฤติกรรมดังกล่าวไปตลอดชีวิต”

ในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน พฤติกรรมการกินมักเปลี่ยนแปลงอย่างมากตามวิถีชีวิตเร่งรีบ และอิทธิพลของสังคมเพื่อนหรือโฆษณาอาหาร ตัวอย่างเช่น การบริโภคอาหารสำเร็จรูปหรือเครื่องดื่มหวานแทนการรับประทานอาหารมื้อหลักอย่างมีคุณค่า หากไม่มีนโยบายสนับสนุนด้านการเข้าถึงอาหารสุขภาพ เช่น ลดราคาผักผลไม้ หรือควบคุมการตลาดอาหารกลุ่มเสี่ยงจะยิ่งเพิ่มภาระโรคในระยะยาว (สถาพร บุญเกื้อ, 2565c)

สำหรับวัยสูงอายุ ปัญหาทางโภชนาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ การได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ การบริโภคโซเดียมเกินเกณฑ์ และการขาดวิตามินบางชนิด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพังพืด ซัลท จิตต์ภักดี (2564) ได้ชี้ว่า “การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่เพียงป้องกันโรค แต่ยังช่วยชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพทางกายและจิตใจได้ ได้อย่างมีนัยสำคัญ”

กล่าวโดยสรุป ทุกช่วงวัยต่างมี “หน้าต่างโอกาส” ที่เหมาะสมในการออกแบบนโยบายและกิจกรรมโภชนาการเชิงป้องกัน โดยต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของพฤติกรรม ความต้องการสารอาหาร และปัจจัยสภาพแวดล้อมร่วมด้วย

## 2.2. การประยุกต์ใช้ Life Course Approach กับโภชนาการในประเทศไทย

แนวคิด Life Course Approach ได้ถูกนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันในหลายบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในช่วงวัยเด็กซึ่งถือเป็น “ช่วงต้นทางของการสร้างสุขภาพ” (วิภา สายธาร, 2565) การปลูกฝังพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมตั้งแต่วัยเด็ก จึงกลายเป็นนโยบายสำคัญของภาครัฐ

ในระดับบุคคลและครอบครัว โครงการ “กินผักผลไม้ให้ครบ 400 กรัม” ซึ่งมุ่งเน้นไปยังเด็กและเยาวชนได้รับการออกแบบให้มีความสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก โดยมีการใช้กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ เช่น นิทาน เกมการศึกษา และกิจกรรมมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมการเลือกอาหารที่ดี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2565b)

ในระดับโรงเรียน ปริญญา แสนสุวรรณ (2564) ได้กล่าวว่า “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความรู้เรื่องสารอาหาร การอ่านฉลาก และการจัดสภาพแวดล้อมอาหารที่เหมาะสมกับวัย” การจัดอาหารกลางวัน การเรียนรู้เรื่องอาหารผ่านกิจกรรมกลุ่ม และการสอนเรื่องโภชนาการเชิงปฏิบัติ เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิด Life Course ที่เน้นให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดช่วงวัยเรียน

ในระดับชุมชนและระดับประเทศ นโยบายการณรงค์ลดการบริโภคเกลือ น้ำตาล และไขมันในระดับชาติ เช่น การจำกัดเวลาออกอากาศโฆษณาอาหารรสจัดในช่วงเวลาที่เด็กดูโทรทัศน์ หรือการกำหนดมาตรฐานอาหารในโรงเรียนล้วนเป็นตัวอย่างของการใช้แนวคิด Life Course ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่วัยเยาว์ เพื่อปูพื้นฐานไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในวัยผู้ใหญ่ (Thai Health, 2566)

กล่าวโดยสรุป การประยุกต์ใช้ Life Course Approach ในประเทศไทยแม้จะมีข้อจำกัดด้านการประเมินผลเชิงระบบ แต่ก็แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของแนวคิดนี้ในการเชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพกับสภาพแวดล้อมทางสังคมในระยะยาว

## 2.3. ข้อเสนอจากกรอบแนวคิด Life Course

จากการวิเคราะห์แนวคิด Life Course ซึ่งให้ความสำคัญกับพัฒนาการทางสุขภาพและโภชนาการอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ปราโมทย์ ธรรมรักษ์ (2565) ได้เสนอว่า “การกำหนดนโยบายด้านโภชนาการไม่ควรเน้นเฉพาะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การลดน้ำหนักในผู้ใหญ่ หรือการลดน้ำตาลในเด็กเท่านั้น หากแต่ควรวางเป้าหมายในระยะยาว โดยเริ่มตั้งแต่ปฐมวัยจนถึงวัยสูงอายุ” แนวคิดดังกล่าวสะท้อนถึงความสำคัญของการกำหนดมาตรการที่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย

มาริสสา คำแสง (2564) ได้กล่าวว่า “การใช้มาตรการเดียวกันกับคนทุกกลุ่มอายุ เช่น การส่งเสริมการกินผักในรูปแบบเดียวกันทั้งกับเด็กอนุบาลและผู้สูงอายุ มักไม่เห็นผล เนื่องจากแรงจูงใจและความสามารถในการปรับพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมาก” ดังนั้น จึงควรมีการออกแบบโครงการและกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม เพื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรมบริโภคในแต่ละวัย

อีกประเด็นที่สำคัญ คือ ความจำเป็นในการวางระบบข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมการกินตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะเป็นรากฐานในการกำหนดนโยบายในระยะยาว ธนพงศ์ วัฒนเวช (2565) ได้เสนอว่า “ประเทศไทยยังขาดฐานข้อมูลต่อเนื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมโภชนาการของเด็กและเยาวชนในระดับชาติ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว”

กล่าวโดยสรุป แนวคิด Life Course จึงไม่เพียงเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีเท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่ช่วยให้การวางแผนด้านโภชนาการสามารถตอบสนองต่อบริบทของชีวิตมนุษย์ได้อย่างรอบด้านและยั่งยืน (Halfon et al., 2014)

### 3. กรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model) กับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพ

**3.1. กรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model)** เป็นแนวคิดที่มีบทบาทสำคัญในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านโภชนาการเชิงป้องกัน โดยชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลสะสมของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในหลากหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว สถาบัน สังคม นโยบายของรัฐ (Sallis, Owen, และ Fisher, 2008)

ปริญญา วัฒนธรรม 2564 ระบุว่า “การจะเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้ยั่งยืน ไม่สามารถใช้แค่ความรู้หรือคำแนะนำส่วนบุคคลได้ แต่ต้องเปลี่ยน ‘ระบบ’ ที่รายล้อมเขาด้วย” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรอบนิเวศที่เน้นการดำเนินงานในหลายระดับพร้อมกัน

#### 3.2. โครงสร้างของกรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model)

กรอบแนวคิดนี้ประกอบด้วย 5 ระดับหลักที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่:

1) ระดับบุคคล (Individual): ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถในการตัดสินใจ เช่น ความสามารถในการอ่านฉลากโภชนาการหรือเตรียมอาหารเอง (Thai Health, 2565b)

2) ระดับปัจเจกสัมพันธ์ (Interpersonal): อิทธิพลจากครอบครัว เพื่อน ครู และเครือข่ายสังคม เช่น เด็กที่เห็นพ่อแม่กินผักก็มีแนวโน้มจะเลียนแบบ (ศศิธร นิลกำแหง, 2565)

3) ระดับองค์กร (Organizational): สถาบันการศึกษา โรงพยาบาล หรือสถานที่ทำงานที่กำหนดนโยบายหรือจัดสิ่งแวดล้อม เช่น เมนูในโรงอาหาร หรือการมีสื่อสุขภาพในสถานที่ทำงาน (กรมอนามัย, 2564)

4) ระดับชุมชน (Community): สภาพแวดล้อมระดับชุมชนถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชนในวงกว้าง โดยเฉพาะโครงสร้างของตลาด ร้านค้า และการเข้าถึงอาหารในพื้นที่นั้น ๆ อิทธิพัทธ์ ทรงธรรม (2564) ได้กล่าวว่า “ในบางพื้นที่ของชุมชนเมืองเราจะพบว่า มีร้านอาหารฟาสต์ฟู้ดมากกว่าร้านขายผักสดหรือผลไม้พื้นถิ่น ซึ่งบ่งชี้ถึงความไม่สมดุลในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ” ขณะเดียวกัน พฤติกรรมบริโภคของชุมชนโดยรวมยังมีผลต่อการเลือกอาหารของบุคคล เช่น หากตลาดในชุมชนมีการรณรงค์และจัดจำหน่ายอาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นประจำ ก็จะช่วยเสริม แรงบวกในการเลือกบริโภคของประชาชน (สุเมธ จิตรสัมบูรณ์, 2563b)

5) ระดับนโยบาย สังคม (Public Policy) ระดับนโยบายและสังคมเป็นระดับที่มีผลกระทบสูงในเชิงโครงสร้าง เนื่องจากสามารถกำหนดกติกา กฎหมาย และแนวทางที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคในภาพรวม สถาพร วัฒนโชติ (2563) ได้เสนอว่า “หากไม่มีมาตรการควบคุมโฆษณาอาหารที่มีน้ำตาลและโซเดียมสูง หรือไม่มีภาษีที่จูงใจให้บริโภคผักผลไม้แทนขนมกรุบกรอบ พฤติกรรมบริโภคของคนไทยก็จะไม่เปลี่ยนแปลง ในทำนองเดียวกัน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สสส. (2565c) ได้ระบุว่า การกำหนดมาตรฐานโภชนาการและการใช้ฉลากโภชนาการแบบสื่อสารง่าย คือเครื่องมือทางนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพในระดับประชากร

### 3.3. ตัวอย่างการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model) ในประเทศไทย

กรณีที่ 1 การควบคุมโฆษณาอาหารในเด็ก จิราพร เลิศวิริยะ (2565) ได้ให้ความเห็นว่า “สื่อโทรทัศน์คือครูของเด็กจำนวนมากในสังคมไทย การควบคุมโฆษณาที่ชี้นำพฤติกรรมจึงเป็นเรื่องสำคัญ” ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการของ สสส. ที่ผลักดันมาตรการควบคุมโฆษณาอาหารหวาน มัน เค็ม ในช่วงเวลาที่เด็กดูโทรทัศน์ เพื่อจำกัดอิทธิพลด้านสื่อ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565c)

กรณีที่ 2 โครงการ “ตลาดสุขภาพหลายจังหวัด เช่น เชียงใหม่ นครราชสีมา และสงขลา ได้ริเริ่มจัด “ตลาดสุขภาพ” ที่ตั้งจำหน่ายอาหารหวานจัดและส่งเสริมการขายผักพื้นบ้านและผลิตภัณฑ์ชุมชนที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดย ภาคภูมิ นवलสกุล (2564) ได้กล่าวว่า “การออกแบบตลาดให้เป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านโภชนาการ ถือเป็น การเปลี่ยนพฤติกรรมผ่าน ‘สิ่งแวดล้อม’ มากกว่าคำสอน”

กรณีที่ 3 สถานที่ทำงานปลอดน้ำอัดลมองค์กรจำนวนมากได้นำนโยบาย “โรงอาหารไร้น้ำอัดลม” มาใช้ควบคู่กับการส่งเสริมการบริโภคผลไม้ในที่ทำงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานใหญ่ของบริษัทเอกชน และมหาวิทยาลัยบางแห่ง ถือเป็น การปรับสิ่งแวดล้อมในระดับองค์กร ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการเลือกอาหารของพนักงานในระยะยาว (ศิริพร สุขรักษา, 2565)

### 3.4. ข้อเสนอจากกรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model)

จากการวิเคราะห์การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศในบริบทของประเทศไทย พบว่า การส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน จำเป็นต้องดำเนินการในหลายระดับอย่างบูรณาการ ภาคภูมิ นवलสกุล (2564 a) ได้กล่าวว่า “หากเรายังจำกัดการส่งเสริมสุขภาพไว้แค่ระดับบุคคล เช่น การให้ความรู้ หรือณรงค์ผ่านสื่อ โดยไม่เปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม รายรอบเราก็คงไม่เห็นผลลัพธ์ในระยะยาว” จากข้อค้นพบดังกล่าว สามารถสรุปข้อเสนอแนวทางเชิงระบบได้ 3 ประการ ดังนี้

1) วางแผนงานในหลายระดับพร้อมกัน: แผนงานด้านโภชนาการควรออกแบบให้ครอบคลุมทุกระดับ ตั้งแต่การส่งเสริมความรู้และทักษะในระดับบุคคล ไปจนถึงมาตรการระดับชุมชนและนโยบาย เช่น ในโรงเรียน ไม่ควรเน้นแค่การสอนเรื่องผักผลไม้ แต่ควรมีการปรับเมนูโรงอาหารให้สอดคล้องกับคำแนะนำทางโภชนาการ พร้อมกับควบคุมโฆษณาอาหารที่ไม่เหมาะสมในช่วงเวลาที่เด็กรับชมโทรทัศน์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565c)

2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ: ควรมีการจัดให้มีผักผลไม้สดในโรงเรียน ตลาดชุมชน หรือโรงอาหาร ของสถานที่ทำงาน เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันต้องลดการกระจายของอาหารแปรรูปหรืออาหารที่มีโซเดียมและน้ำตาลสูงในแหล่งจำหน่ายทั่วไป (สุภาวดี หาญกิจ, 2565c)

3) กำหนดนโยบายระดับชาติที่สนับสนุน: สุเมธ จิตรีสมบุรณ์และ สถาพร วัฒนโชติ (2563) กล่าวว่า รัฐควรมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย เช่น การเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง การพัฒนา “ฉลากโภชนาการแบบเข้าใจง่าย” และการสนับสนุนการผลิตอาหารสุขภาพจากชุมชนท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านโภชนาการ และเพิ่มการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าในทุก

กลุ่มประชากร วรพล สายสมร (2565a) ได้กล่าวสรุปว่า “หากเราจะเปลี่ยนพฤติกรรมคนไทยให้กินดีขึ้นในระยะยาวต้องเปลี่ยน “สิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา” ไม่ใช่แค่เปลี่ยนคำพูดหรือคำแนะนำเท่านั้น

#### 4. ปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) และความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการ

แนวคิดเรื่อง ปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ในวงการสาธารณสุขและโภชนาการทั่วโลก โดยศาสตราจารย์ Sir Michael Marmot และคณะได้เสนอว่า “สุขภาพที่ดีของประชาชน มีรากฐานจากบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ ไม่ใช่เพียงพฤติกรรมส่วนบุคคลหรือพันธุกรรม” (Marmot et al., 2008) ซึ่งแนวคิดนี้ ได้รับการนำมาใช้เพื่ออธิบายปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในหลากหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยด้วย

วรเมธ อินทรธน (2565a) ได้กล่าวว่า “คนไทยจำนวนไม่น้อยไม่ได้ขาดวินัยในการดูแลสุขภาพ แต่ขาดโอกาสในการเข้าถึง อาหารดี น้ำสะอาด และบริการสุขภาพที่เท่าเทียม” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของ SDH ในการวิเคราะห์ปัญหาโภชนาการ ในระดับโครงสร้าง

**4.1. ปัจจัย SDH ที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการเชิงป้องกัน** จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า SDH ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การบริโภคและสถานะโภชนาการมีอย่างหลากหลาย เช่น รายได้ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และนโยบายสาธารณะ โดยสามารถจำแนก ตัวอย่างผลกระทบต่อโภชนาการได้ดังตารางต่อไปนี้

#### ตารางที่ 2 จำแนกตัวอย่างผลกระทบต่อโภชนาการ

ปัจจัย	ตัวอย่างผลกระทบต่อโภชนาการ
รายได้	มีผลต่อความสามารถในการซื้ออาหารคุณภาพ เช่น ผักสด ผลไม้สด เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน
การศึกษา	ส่งผลต่อความเข้าใจเรื่องฉลากโภชนาการ การวางแผนมื้ออาหาร และการป้องกันโรค NCDs
ที่อยู่อาศัย	พื้นที่ชุมชนเมืองอาจเต็มไปด้วย fast food ขณะที่พื้นที่ห่างไกลอาจขาดแคลนร้านขายอาหารสุขภาพ
นโยบาย	การไม่มีภาษีเครื่องดื่มหวานหรือฉลากโภชนาการ อาจทำให้ผู้บริโภคตัดสินใจผิดพลาด

ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566) พบความแตกต่างด้านพฤติกรรมการบริโภคตามฐานะ รายได้ และถิ่นที่อยู่อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ ศิริดา ศรีสมบุรณ์ (2565b) ได้รายงานไว้ว่า “เด็กจากครอบครัวรายได้น้อยมักบริโภคขนมกรุบกรอบและน้ำหวานมากกว่าผักผลไม้ เนื่องจากราคาและความสะดวกในการเข้าถึง” ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุ สุภาวดี ภูมิสุวรรณ (2565 b) ได้กล่าวว่า “ความยากจนและความโดดเดี่ยวทำให้ผู้สูงอายุหลายคนเผชิญภาวะขาดสารอาหารเรื้อรังโดยที่ไม่มีใครรู้”

#### แนวการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย

ในการวิเคราะห์เชิงแนวคิด ผู้เขียนได้บูรณาการกรอบแนวคิดหลักทั้ง 4 ประการ ได้แก่ HBM, Life Course Approach, Ecological Model และ SDH เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค NCDs อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และนโยบายสาธารณะ การเชื่อมโยงกรอบแนวคิดดังกล่าวช่วยให้ได้มุมมองแบบพหุปัจจัย (multifactorial

approach) ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเชิงพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างสังคมซึ่งสัมพันธ์กันและมีผลร่วมต่อพฤติกรรม การบริโภคและภาวะโรค NCDs ในประเทศไทย

#### 4.2. การใช้ SDH เพื่อออกแบบนโยบายและแผนส่งเสริมโภชนาการ

เมื่อวิเคราะห์ในระดับนโยบาย สถาบัน บัญญัติ (2565b) ได้เสนอแนวทางว่า “หากจะขับเคลื่อนโภชนาการเชิงป้องกัน อย่างยั่งยืน ต้องกำหนดนโยบายที่ลดช่องว่าง ไม่ใช่เพียงเพิ่มความรู้” ตัวอย่างแนวทางการประยุกต์ใช้ SDH ในระดับปฏิบัติ ได้แก่

1) นโยบายความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health Equity Policy) เช่น โครงการสนับสนุนงบอาหารกลางวันพิเศษ ในโรงเรียนห่างไกล หรือพื้นที่เปราะบางทางสังคม

2) การพัฒนาโครงการโภชนาการที่ยึดหยุ่นตามพื้นที่ เช่น “ครัวเรือนอาหารปลอดภัย” ที่ส่งเสริมการปลูกผักกินเอง ในครัวเรือน โดยเฉพาะในเขตเมืองชั้นในที่เข้าถึงอาหารสดได้ยาก

3) ระบบคัดกรองช่องว่างโภชนาการ โดยใช้ดัชนีความเสี่ยงจาก SDH เพื่อวางแผนจัดลำดับความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง อย่างเป็นระบบ

การผสานแนวคิด SDH เข้ากับการส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันจึงเป็นแนวทางที่ตอบโจทย์ปัญหาเชิงโครงสร้าง และช่วยให้เกิด “ความเป็นธรรมทางโภชนาการ” อย่างแท้จริง

#### ตารางที่ 3 สรุปเปรียบเทียบกรอบแนวคิดด้านโภชนาการเชิงป้องกันที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

กรอบแนวคิด	จุดเด่น	ข้อจำกัด	การประยุกต์ใช้ในโภชนาการเชิงป้องกัน	กลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม
Health Belief Model (HBM)	เน้นความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคล	ไม่ครอบคลุมปัจจัยเชิงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม	ใช้ในการรณรงค์ เช่น ลดเค็ม เพิ่มการบริโภคผักผลไม้	เด็กวัยเรียน, ผู้สูงอายุ
Life Course Approach	วางรากฐานสุขภาพ ตลอดช่วงชีวิต	ต้องการข้อมูลระยะยาว และการวางแผนต่อเนื่อง	ใช้ในนโยบายระดับชาติ เช่น โภชนาการแม่และเด็ก	กลุ่มประชากร ทุกช่วงวัย
Ecological Model	มองหลายระดับ (บุคคล ถึงนโยบาย) และเน้น บริบทสิ่งแวดล้อม	ยุ่งยากในการประสาน หลายระดับ ออกแบบ ระบบซับซ้อน	ปรับพฤติกรรมผ่านโรงเรียน ตลาด ชุมชน ที่ทำงาน	ประชากรทั่วไป, กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
Social Determinants of Health (SDH)	เน้นความเสมอภาค ความยุติธรรมทางสุขภาพ	วัดผลในเชิงพฤติกรรม ได้ยาก ต้องการความเข้าใจทางสังคมสูง	วิเคราะห์และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง อาหารสุขภาพ	ผู้มีรายได้น้อย, กลุ่มเปราะบาง

การบูรณาการกรอบแนวคิดทั้ง 4 ประการ ได้แก่ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM), แนวคิดช่วงชีวิต (Life Course Approach), กรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model) และปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (SDH) ถือเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในบริบทของโภชนาการเชิงรุก เนื่องจากกรอบแนวคิดแต่ละประการสะท้อนมิติที่ต่างกันของพฤติกรรมสุขภาพ โดย HBM เน้นปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจส่วนบุคคล Life Course ชี้ให้เห็นผลสะสมของพฤติกรรมและโภชนาการตลอดช่วงชีวิต Ecological Model แสดงให้เห็นอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม และ SDH ขยายมุมมองไปสู่โครงสร้างและความเหลื่อมล้ำทางสังคม การเชื่อมโยงทั้งสี่กรอบแนวคิดเข้าด้วยกันจึงช่วยให้การวิเคราะห์ปัญหา NCDs มีความครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และนโยบาย ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาแนวทางโภชนาการเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในบริบทของประเทศไทย

## 5. วิเคราะห์ข้อมูลหรือประเด็น

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับบทบาทของโภชนาการเชิงป้องกันในยุคของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) บทความนี้จะวิเคราะห์ข้อมูลจาก 3 มิติ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนไทย โครงการและนโยบายที่มีอยู่ และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ ทั้งนี้ อ้างอิงจากกรอบแนวคิด 4 ประการ ได้แก่ Health Belief Model (HBM), Life Course Approach, Ecological Model และ Social Determinants of Health (SDH)

**5.1. พฤติกรรมบริโภคของคนไทยกับความเสี่ยงโรค NCDs** การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมยังคงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรค NCDs ซึ่งสถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอาหารและวัฒนธรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ภาคภูมิ นวลสกุล (2564c) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของตลาดอาหารว่า “ผู้บริโภคในเขตเมืองมีแนวโน้มพึ่งพาอาหารสะดวกซื้อ และลดการบริโภคอาหารสดลงอย่างเห็นได้ชัด”

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) ระบุว่า ประชาชนไทยมากกว่าร้อยละ 72 บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่ำกว่า 400 กรัมต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่เน้นว่า การบริโภคผักและผลไม้ควรไม่น้อยกว่านี้ (World Health Organization, 2021a) ส่วนในกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากร้านสะดวกซื้อ มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นถึง 1.8 เท่า (วิทยาลัยสาธารณสุข สิรินคร, 2564)

สำหรับกลุ่มเยาวชนไทยอายุ 10–19 ปี Thai Health (2566) รายงานว่า เยาวชนกลุ่มนี้มีอัตราการบริโภคน้ำอัดลมเฉลี่ย 3–5 ครั้งต่อสัปดาห์ และขาดระบบควบคุมภายในจากครอบครัวหรือโรงเรียน ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Bandura, 1997; Green & Murphy, 2020) และการขาดแคลนสิ่งแวดล้อมสนับสนุนที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (McLeroy et al., 1988)

**5.2. การวิเคราะห์โครงการและนโยบายโภชนาการในประเทศไทย** แม้ว่าประเทศไทยจะมีการดำเนินโครงการส่งเสริมโภชนาการอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา แต่ยังคงพบว่าแนวทางส่วนใหญ่มุ่งเน้นในระดับบุคคลมากกว่าการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างหรือสิ่งแวดล้อม ดำรงค์ศักดิ์ แสงสุวรรณ (2565b) ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “โครงการโภชนาการในไทยมักเน้นการให้ความรู้กับประชาชน โดยยังขาดการวางระบบสนับสนุนด้านราคา พฤติกรรมตลาด หรือช่องทางการกระจายอาหารที่มีคุณภาพในระดับชุมชน”

ตารางที่ 4 วิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของนโยบาย/โครงการด้านโภชนาการเชิงป้องกันในประเทศไทย

โครงการ/มาตรการ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด	กรอบแนวคิดที่ใช้
คนไทยลดเค็มครึ่งหนึ่ง	สื่อสารความเสี่ยงได้ดี (ผ่านสื่อมวลชน)	ไม่ควบคุมการโฆษณาหรือช่องทางการขายที่แท้จริง	HBM
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	สร้างพฤติกรรมตั้งแต่วัยเด็ก (แนวคิด life course)	ผลลัพธ์ไม่ต่อเนื่องหากไม่มีครูแกนนำ	Life Course, Ecological
ตลาดสุขภาพ	ส่งเสริมการเข้าถึงผักผลไม้ในชุมชน	ดำเนินการเฉพาะในพื้นที่นำร่อง	Ecological
การติดฉลาก GDA	ให้ข้อมูลโภชนาการชัดเจน เช่น พลังงาน โซเดียม	ประชาชนยังขาดทักษะในการอ่านฉลาก และนำไปใช้ในการตัดสินใจ	HBM

จากการวิเคราะห์ข้างต้น พบว่าโครงการส่วนใหญ่ยังเน้น “การสร้างพฤติกรรม” มากกว่าการ “เปลี่ยนโครงสร้าง” เช่น ยังไม่มีนโยบายด้านการอุดหนุนราคาอาหารสุขภาพ หรือการออกแบบระบบขนส่งอาหารที่ช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงผักผลไม้และโปรตีนคุณภาพได้ในราคาที่เหมาะสม (สุเมธ จิตรสมบูรณ์, 2563a; สถาพร บุญเกื้อ, 2565b)

จिरารณ สุมบูรณ์ศรี (2564) ได้กล่าวว่า “ความต่อเนื่องของโครงการโภชนาการในโรงเรียนยังคงพึ่งพาความสามารถเฉพาะบุคคลของครูแกนนำ ซึ่งหากขาดการสนับสนุนด้านนโยบาย จะไม่สามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบระบบสนับสนุนที่เชื่อมโยงระหว่างระดับบุคคล ชุมชน และนโยบายในภาพรวม

ดังนั้น การบูรณาการแนวคิด Social Determinants of Health (SDH) เข้ากับ HBM และกรอบเชิงนิเวศจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยให้การส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันในประเทศไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพได้ในระยะยาว

**5.3. ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ: บทวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง** แนวคิดปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) ได้ชี้ให้เห็นว่า แม้จะมีองค์ความรู้ทางโภชนาการที่ดีเพียงใด แต่หากประชาชนบางกลุ่มยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรือสังคม ก็ไม่สามารถนำความรู้นั้นไปปฏิบัติได้จริง (Marmot et al., 2008)

วรเมธ อินทรธนู (2565a) ได้ให้ความเห็นว่า “ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย ประชาชนจำนวนมากไม่ได้ขาดความรู้แต่ขาดโอกาสที่จะเลือกอาหารสุขภาพที่เหมาะสม เพราะปัจจัยแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย เช่น ราคาที่สูงเกินไป หรือไม่มีช่องทางจำหน่ายในพื้นที่ใกล้บ้าน”

ตัวอย่างของความเหลื่อมล้ำที่เห็นได้ชัด ได้แก่ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยในเขตเมืองที่มักต้องพึ่งพาอาหารแปรรูปจากร้านสะดวกซื้อ ซึ่งแม้จะสะดวกและราคาถูก แต่กลับมีพลังงานสูงและคุณค่าทางโภชนาการต่ำ (สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ, 2566b)

ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทจำนวนมากยังประสบปัญหาเรื่องการเข้าถึงอาหารสดและโปรตีนคุณภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ระบบตลาดชุมชนอ่อนแอ หรือไม่มีการสนับสนุนจากภาครัฐด้านการขนส่งและราคาสินค้า (สุภาวดี ภูมิสุวรรณ, 2565a)

นอกจากนี้ กลุ่มเปราะบางอื่น ๆ เช่น ผู้พิการ คนไร้บ้าน หรือผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีรายได้ประจำมักต้องพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปหรือของบริจาค ซึ่งมักไม่ตอบโจทย์ด้านโภชนาการที่เพียงพอและปลอดภัยในระยะยาว (สถาพร บุญเกื้อ, 2565a)

ศิริดา ศรีสมบูรณ์ (2565a) ได้เสนอว่า “หากนโยบายสุขภาพยังคงยึดแนวทางกลางโดยไม่คำนึงถึงบริบทของแต่ละกลุ่ม อาจกลายเป็นการเพิ่มความเหลื่อมล้ำมากกว่าลดภาระโรค NCDs ที่เกิดขึ้น”

ด้วยเหตุนี้ การออกแบบนโยบายโภชนาการจึงไม่ควรเน้นเฉพาะการให้ความรู้เท่านั้น แต่ควรมีมาตรการเชิงโครงสร้าง เช่น การอุดหนุนราคาอาหารสุขภาพในพื้นที่ยากจน การสนับสนุนตลาดสดระดับชุมชน และการสร้างระบบกระจายอาหารคุณภาพที่เข้าถึงได้ในทุกพื้นที่ของประเทศ

**5.4. ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์เชิงระบบ** จากการสังเคราะห์องค์ความรู้และการวิเคราะห์กรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ โภชนาการเชิงป้องกันในประเทศไทย พบว่าการใช้กรอบแนวคิดเพียงแนวทางเดียวยังไม่เพียงพอต่อการสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ภาควิชา นวรสกุล (2564b) ได้เสนอว่า “นโยบายด้านโภชนาการควรวางบนฐานคิดแบบพหุปัจจัย โดยบูรณาการทั้งกรอบ HBM, SDH และ Ecological Model เข้าด้วยกัน เพื่อสะท้อนความซับซ้อนของพฤติกรรมและโครงสร้าง”

ข้อค้นพบประการแรกคือ แนวทางการใช้กรอบแนวคิดเดี่ยว เช่น การเน้นแต่พฤติกรรมของปัจเจก (HBM) ไม่สามารถตอบสนองต่อความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างได้อย่างครอบคลุม (สุเมธ จิตรสมบูรณ์, 2563a) จึงจำเป็นต้องใช้ การบูรณาการแนวคิดหลายระดับ (multilevel model) ที่สามารถครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัวยุทธศาสตร์ ชุมชน และนโยบาย

ประการที่สอง คือ ความสำคัญของการวิเคราะห์พฤติกรรมใน “บริบท” ของแต่ละกลุ่ม วรพล สายสมร (2565c) ได้ชี้ว่า “พฤติกรรมเลือกซื้ออาหารจะเข้าใจได้ลึกซึ้ง ต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น ความสามารถซื้อและราคาอาหารในพื้นที่นั้น ๆ” กล่าวได้ว่า ข้อมูลพฤติกรรมจะมีความหมายก็ต่อเมื่อพิจารณาควบคู่กับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่

ประการสุดท้ายคือ ความจำเป็นของระบบติดตาม (monitoring) ที่ต่อเนื่อง สุภาวดี หาญกิจ (2565b) ได้กล่าวว่า “แม้มีโครงการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี แต่หากไม่มีระบบประเมินผลระยะยาว ก็ไม่สามารถรู้ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงจริงหรือไม่” ทั้งนี้ ระบบติดตามควรครอบคลุมทั้งมิติของพฤติกรรม (เช่น การบริโภคผักผลไม้) และมิติของโครงสร้าง (เช่น การเข้าถึงแหล่งอาหารในชุมชน)

กล่าวโดยสรุป การขับเคลื่อนนโยบายโภชนาการเชิงป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรตั้งอยู่บนฐานของแนวคิดหลากหลายระดับ โดยอิงจากข้อมูลเชิงพฤติกรรม บริบทโครงสร้าง และระบบติดตามที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้สามารถลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบกรอบแนวคิดที่ใช้ในการส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันในบริบทของประเทศไทย

กรอบแนวคิด	จุดเด่น	ข้อจำกัด	แนวทางการประยุกต์ใช้ในประเทศไทย
Health Belief Model (HBM)	เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพจากมุมมองความเชื่อของบุคคล	มุ่งเฉพาะบุคคล ขาดบริบททางสังคมและโครงสร้าง	ใช้ในแคมเปญลดเค็ม/หวาน/ไขมัน และการติดฉลาก
Life Course Approach	พิจารณาโภชนาการในทุกช่วงวัยของชีวิต	ต้องการข้อมูลระยะยาว การประสานเชิงนโยบาย	โครงการเด็กกินผัก, โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
Ecological Model	ครอบคลุมหลายระดับ: บุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-นโยบาย	ซับซ้อนและต้องการการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน	ตลาดสุขภาพ, ชุมชนอาหารปลอดภัย, บทบาท อสม.
Social Determinants (SDH)	ชี้ให้เห็นปัจจัยโครงสร้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอาหาร	ต้องการฐานข้อมูลเศรษฐกิจ-สังคมที่ละเอียด	วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำ, ดัชนี Nutrition Equity

**6. ข้อเสนอแนะเชิงระบบหรือเชิงพฤติกรรม**

จากการศึกษาสถานการณ์โภชนาการในประเทศไทยประกอบกับแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบว่า การส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันในบริบทของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกระดับของสังคม ภาคภูมิ นवलสกุล (2564b) ได้เสนอว่า “การพึ่งพาแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลไม่เพียงพอ จำเป็นต้องปรับโครงสร้างรอบตัวคนไทยไปพร้อมกัน” ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของมาตรการเชิงนโยบายและสิ่งแวดล้อมควบคู่กับการให้ความรู้

ดังนั้น บทความนี้จึงเสนอแนวทางการพัฒนาใน 2 ระดับ ได้แก่ ข้อเสนอเชิงระบบ (System-Level Interventions) และ ข้อเสนอเชิงพฤติกรรม (Behavioral Level Strategies) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**6.1. ข้อเสนอเชิงระบบ (System Level Interventions)**

**6.1.1. ปรับเปลี่ยนนโยบายด้านภาษีและราคาอาหาร**

ธนรัช ผลิตพันธ์ (2566) ได้กล่าวว่า “หากต้องการให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค รัฐควรใช้นโยบายภาษีอาหารที่มีความเสี่ยง และในขณะเดียวกันอุดหนุนสินค้าสุขภาพ” ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Mozaffarian et al, (2018a) ที่เสนอแนวคิดภาษีอุดหนุนควบคู่เพื่อสร้างสมดุลด้านโภชนาการ

**6.1.2. ควบคุมการตลาดและโฆษณาอาหารกลุ่มเสี่ยง**

Thai Health (2565a) รายงานว่า เด็กไทยรับโฆษณาอาหารความเสี่ยงสูงจากช่องทางออนไลน์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงเวลาว่างจากการเรียน วรพล สายสมร (2565c) จึงเสนอว่าควรมีกฎหมายควบคุมเนื้อหาทางโภชนาการในสื่อที่มีกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นเป้าหมาย เช่น การจำกัดโซเดียมสูงไม่เกิน 150 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค

### 6.1.3. ยกระดับโครงการชุมชนด้วยแนวคิด Ecological Model

ศิริดา ศรีสมบูรณ์ (2565a) กล่าวว่า “โครงการอาหารปลอดภัยระดับชุมชนจะยั่งยืนได้ก็ต่อเมื่อชุมชนมีบทบาทหลักในการออกแบบร่วมกับรัฐ” ตัวอย่างเช่น การพัฒนาตลาดสุขภาพ ตลาดสีเขียว และการสร้างครัวเรือนต้นแบบที่ผลิตอาหารเองในครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (McLeroy et al., 1988)

### 6.1.4. พัฒนาระบบข้อมูลและดัชนีความเสมอภาคด้านโภชนาการ

วราเมธ อินทรธนู (2565b) ได้เสนอแนวคิด “แดชบอร์ดความเสมอภาคด้านโภชนาการ” เพื่อใช้ข้อมูลพื้นที่และรายได้ประกอบการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรด้านอาหาร โดยเน้นพื้นที่ที่มีความเปราะบางสูง ซึ่งเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด SDH (Marmot et al., 2008)

## 6.2. ข้อเสนอเชิงพฤติกรรม (Behavioral Level Strategies)

### 6.2.1. เพิ่มทักษะในการตัดสินใจเลือกอาหาร

จิราภรณ์ สมบูรณ์ศรี (2564) ได้จัดกิจกรรม “โภชนาการเชิงปฏิบัติ” ในโรงเรียนซึ่งให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการวางแผนเมนูและอ่านฉลากโภชนาการ สุภาวดี หาญกิจ (2565b) เสริมว่า “การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่พอต้องฝึกให้สามารถใช้ความรู้ในสถานการณ์จริงได้”

### 6.2.2. ปรับเปลี่ยนสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม (Cues to Action)

สุเมธ จิตรสมบูรณ์ (2563a) ชี้ให้เห็นว่า การติดป้ายเตือนแบบภาพกราฟิก เช่น “อาหารนี้โซเดียมสูงควรกินน้อย” หรือ “น้ำอัดลม 1 ขวด เท่ากับต้องใช้พลังงานในการวิ่ง 40 นาที” สามารถสร้างผลกระทบเชิงจิตวิทยาได้มากกว่าการเตือนด้วยข้อความทั่วไป

### 6.2.3. สร้างแรงจูงใจเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย

การส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มที่กลุ่มเป้าหมายคุ้นเคย เช่น TikTok สำหรับวัยรุ่น หรือกิจกรรมกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ เช่น ปลูกผัก ทำอาหารร่วมกัน ได้รับการสนับสนุน สถาพร บุญเกื้อ (2565a) กล่าวว่า “การเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเปราะบางต้องอาศัยช่องทางที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตจริง”

### 6.2.4. เสริมพฤติกรรมในระดับครอบครัวและกลุ่มสัมพันธ์

วราเมธ อินทรธนู (2565b) ได้กล่าวว่า “พฤติกรรมมารีนาของคนในบ้านสามารถส่งอิทธิพลต่อกันได้” การส่งเสริมกิจกรรมทำอาหารร่วมกันในครอบครัว หรือสร้างกลุ่มสนทนาออนไลน์ เช่น LINE กลุ่ม “ครอบครัวลดเค็ม” สามารถติดตามและให้แรงเสริมได้อย่างต่อเนื่อง

## 7. บทสรุปเชิงข้อเสนอ

จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันอย่างยั่งยืนในบริบทของสังคมไทย จำเป็นต้องใช้แนวทางแบบพหุปัจจัยที่ไม่เพียงแต่เน้นการให้ความรู้หรือปรับพฤติกรรมรายบุคคล แต่ต้องขับเคลื่อนพร้อมกับการปรับโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม (Sallis et al., 2008; Green & Murphy, 2020b) โดยการเชื่อมโยงแนวคิด HBM, Ecological Model และ SDH เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

## สรุป

จากการศึกษาแนวคิดและบทวิเคราะห์เกี่ยวกับบทบาทของโภชนาการเชิงป้องกันในยุคของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่าการดำเนินนโยบายด้านโภชนาการในประเทศไทยยังมีความจำเป็นต้องปรับปรุงในหลายมิติ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และโครงสร้างสังคม ภาคภูมิ นวลสกุล (2564b) ได้กล่าวว่า “นโยบายที่ดีจำเป็นต้องตั้งอยู่บนฐานคิดที่ครอบคลุมทั้งพฤติกรรม และบริบทเชิงโครงสร้าง ไม่สามารถแยกจากกันได้”

บทความนี้ได้นำเสนอการบูรณาการกรอบแนวคิด 4 ประการ ได้แก่ กรอบความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM), แนวคิดตลอดช่วงชีวิต (Life Course), กรอบแนวคิดเชิงนิเวศ (Ecological Model) และปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (SDH) ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบแนวทางแก้ไขได้อย่างรอบด้าน (สุเมธ จิตรสมบูรณ์. 2563a; Green & Murphy, 2020b)

ข้อเสนอเชิงระบบ เช่น การปรับโครงสร้างราคาอาหาร การควบคุมโฆษณา และการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงพื้นที่ เป็นกลยุทธ์ที่สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (Mozaffarian et al., 2018; วรเมธ อินทรธนู. 2565) ขณะที่ข้อเสนอเชิงพฤติกรรม เช่น การสร้าง self-efficacy การใช้ Cues to action และการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายก็ยังมี ความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

วรพล สายสมร (2565) ได้ชี้ว่า “การเข้าใจพฤติกรรมบริโภคที่แท้จริงต้องพิจารณาพร้อมกับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้บริโภค” ดังนั้น การส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกันในระยะยาวจึงควรใช้แนวคิดแบบพหุปัจจัย (multilevel and multicomponent) ซึ่งไม่เพียงแต่อาศัยข้อมูลพฤติกรรมเท่านั้น แต่ต้องเชื่อมโยงกับระบบนโยบาย สภาพแวดล้อม และความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรของแต่ละกลุ่มอย่างเป็นธรรม

สรุปได้ว่า “โภชนาการเชิงป้องกัน” ในบริบทของ NCDs ไม่ใช่เพียงการให้ความรู้แก่ประชาชนเท่านั้น หากแต่คือการสร้างระบบสนับสนุนทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงและยั่งยืนในสังคมไทย

## กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนและกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ผู้เขียนขอขอบคุณครอบครัว และกัลยาณมิตร ที่ให้ความเข้าใจและสนับสนุนตลอดระยะเวลาในการศึกษาค้นคว้าและเรียบเรียงบทความ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ รวมถึงกองบรรณาธิการวารสารเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์และนวัตกรรม ที่เล็งเห็นความสำคัญของการนำเสนอกรอบแนวคิดเชิงระบบในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความทบทวนเชิงแนวคิดฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งในการจุดประกายความคิดเรื่องการส่งเสริมโภชนาการเชิงป้องกัน และนำไปสู่การผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย

## เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2564a). รายงานผลการขับเคลื่อนโครงการอาหารปลอดภัยในโรงเรียน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2564b). รายงานผลการดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริมโภชนาการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- กรมอนามัย. (2564c). รายงานสถานการณ์อาหารและโภชนาการของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณะ อินทรชิต. (2564). โภชนาการเชิงป้องกันในแต่ละช่วงชีวิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารโภชนาการป้องกัน, 10(1), 1–12.
- จิราพร เลิศวิริยะ. (2565). โภชนาการเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง: มุมมองจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ. วารสารโภชนาการชุมชน, 10(2), 55–62.
- จิราภรณ์ สมบูรณ์ศรี. (2564). การประเมินผลโครงการฮีโร่ผักผลไม้ในโรงเรียน. วารสารโภชนาการชุมชน, 10(1), 55–63.
- ชลัท จิตต์ภักดี. (2564). โภชนาการผู้สูงอายุ: การดูแลและแนวทางเชิงป้องกัน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดำรงศักดิ์ แสงสุวรรณ. (2565a). พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของประชาชนไทยในยุคเศรษฐกิจชะลอตัว. วารสารเศรษฐกิจสุขภาพ, 12(2), 67–74.
- ดำรงศักดิ์ แสงสุวรรณ. (2565b). โครงการโภชนาการของรัฐไทย: ข้อเสนอเชิงโครงสร้าง. วารสารนโยบายอาหารและสุขภาพ, 11(1), 55–68.
- ธนพงศ์ วัฒนเวช. (2565). ระบบฐานข้อมูลโภชนาการเด็กในประเทศไทย: ความจำเป็นและข้อเสนอ. วารสารข้อมูลสุขภาพ, 9(1), 9–21.
- ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2566). นโยบายภาษีอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ: เครื่องมือของรัฐในยุคโภชนาการเสี่ยง. วารสารนโยบายสุขภาพ, 13(1), 14–27.
- ประภัศร์ เกษมสุข. (2565). การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในชุมชนเมือง. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 36(1), 45–59.
- ปรามิทธิ์ ธรรมรักษ์. (2565). โภชนาการกับนโยบายระยะยาว: แนวคิดเชิงระบบในมิติชีวิต. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(3), 61–74.
- ปริญญา วัฒนธรรม. (2564). การสร้างระบบอาหารสุขภาพ: บทเรียนจากชุมชนต้นแบบ. วารสารนโยบายสุขภาพ, 14(2), 77–89.
- ปริญญา แสงสุวรรณ. (2564). โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทและแนวทางการขับเคลื่อน. วารสารสุขภาพศึกษาและพลศึกษา, 32(1), 23–35.
- ภาคภูมิ นवलสกุล. (2564a). การออกแบบตลาดสุขภาพเชิงนิเวศ. วารสารเศรษฐกิจสุขภาพ, 8(2), 39–50.
- ภาคภูมิ นवलสกุล. (2564b). ระบบตลาดและทางเลือกอาหารในสังคมเมือง. วารสารนโยบายอาหาร, 10(2), 37–49.
- ภาคภูมิ นवलสกุล. (2564c). วิถีตลาดอาหารเมืองกับพฤติกรรมบริโภค. วารสารเศรษฐกิจและโภชนาการ, 6(2), 40–52.
- มารีสา คำแสง. (2564). ความแตกต่างของพฤติกรรมการกินตามช่วงวัย: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารสังคมสุขภาพ, 15(2), 48–59.
- มูลนิธิสุขภาพผู้สูงอายุ. (2565). รายงานกิจกรรมลดเค็ม ลดไตเสื่อม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสุขภาพผู้สูงอายุ.
- มูลนิธิสุขภาพผู้สูงอายุ. (2564). โครงการข้าวต้มสุขภาพ: การส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสุขภาพผู้สูงอายุ.
- วรพล สายสมร. (2565a). ทฤษฎีสุขภาพกับสภาพแวดล้อมทางสังคม. วารสารสุขภาพและพฤติกรรม, 9(3), 44–59.
- วรพล สายสมร. (2565b). ทฤษฎีสุขภาพและความเป็นธรรมในบริบทสังคมไทย. วารสารสุขภาพและสังคม, 14(2), 66–78.
- วรพล สายสมร. (2565c). พฤติกรรมสุขภาพและเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมในระบบโภชนาการ. วารสารพฤติกรรมสุขภาพ, 8(2), 58–71.
- วรินทร์ แสงมณี. (2565). ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารส่งเสริมสุขภาพชุมชน, 10(2), 45–52.
- วรมธ อินทรธ. (2565a). ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ: ความเข้าใจและแนวทางลดปัญหา. วารสารสุขภาพสังคม, 7(2), 33–45.
- วรมธ อินทรธ. (2565b). ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในสังคมไทย: ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสาธารณสุขเชิงระบบ, 9(1), 51–64.
- วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร. (2564). รายงานวิจัยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- วิภา สายธาร. (2565). การส่งเสริมโภชนาการเด็กในบริบทของครอบครัวไทย. วารสารพัฒนาการเด็กและครอบครัว, 8(2), 44–56.
- ศศิธร นิลกำแหง. (2565a). ครอบครัวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อสุขภาพ, 9(1), 45–57.
- ศิรดา ศรีสมบูรณ์. (2565a). การเข้าถึงอาหารสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาในเมืองใหญ่. วารสารโภชนาการชุมชน, 12(1), 19–30.
- ศิรดา ศรีสมบูรณ์. (2565b). โภชนาการเด็กกับปัจจัยกำหนดทางสังคม. วารสารโภชนาการเด็กไทย, 12(1), 22–34.
- ศิริพร สุขรักษา. (2565). การปรับสภาพแวดล้อมองค์กรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. วารสารบริหารสุขภาพ, 17(1), 81–92.
- สถาพร นิลบัว. (2565). ผลกระทบของสื่อรณรงค์ต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในชุมชนชนบท. วารสารพัฒนาชุมชน, 8(3), 39–47.

- สถาพร นิลบัว. (2563). รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเด็ก. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15(2), 44–52.
- สถาพร บุญเกื้อ. (2565a). โภชนาการกับความเหลื่อมล้ำ: วิเคราะห์ผ่านกรอบ SDH. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสุขภาพ.
- สถาพร บุญเกื้อ. (2565b). โภชนาการเพื่อความเป็นธรรม: แนวทางเชิงระบบ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสุขภาพ.
- สถาพร บุญเกื้อ. (2565c). โภชนาการในสังคมไทย: ความท้าทายในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสุขภาพ.
- สถาพร วัฒนโชติ. (2563). การกำหนดนโยบายโภชนาการเพื่อความเป็นธรรม. วารสารนโยบายสาธารณสุข, 11(1), 66–74.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565a). คู่มือโครงการกินผัก 400 กรัมต่อวัน. กรุงเทพฯ: สสส.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565b). รายงานผลการดำเนินโครงการกินผักผลไม้ครบ 400 กรัมในเด็กไทย. กรุงเทพฯ: สสส.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565c). รายงานผลการควบคุมโฆษณาอาหารในเด็ก. กรุงเทพฯ: สสส.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565d). รายงานพฤติกรรมสุขภาพประชาชนไทย ปี 2565: ประเด็นโภชนาการและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566b). รายงานสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในการบริโภค อาหารของประชากรไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: สสส.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ & สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: สสส.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุชาดา บุญเพ็ง. (2566). อุปสรรคของการบริโภคผักในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ. วารสารโภชนาการชุมชน, 13(1), 22–30.
- สุภาวดี ภูมิสุวรรณ. (2565a). ความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชนบท. วารสารชุมชนกับสุขภาพ, 6(2), 25–34.
- สุภาวดี ภูมิสุวรรณ. (2565b). โภชนาการผู้สูงอายุในภาวะยากจนและโดดเดี่ยว. วารสารผู้สูงอายุและสังคม, 5(3), 18–29.
- สุภาวดี หาญกิจ. (2565a). การจัดการโรงอาหารสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา. วารสารคหกรรมศาสตร์, 33(2), 71–78.
- สุภาวดี หาญกิจ. (2565b). ระบบติดตามและประเมินผลด้านพฤติกรรมโภชนาการ: ข้อเสนอเชิงระบบ. วารสารวิจัยสุขภาพไทย, 14(3), 77–89.
- สุภาวดี หาญกิจ. (2565c). อุปสรรคและโอกาสในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนา, 5(1), 23–34.
- สุเมธ จิตรสมบูรณ์. (2563a). แนวคิดทางสังคมกับระบบอาหารไทย. เชียงใหม่: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- สุเมธ จิตรสมบูรณ์. (2563b). รายงานผลการดำเนินโครงการ “ลดเค็ม ลดหวาน” ประจำปี 2563. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- สุเมธ จิตรสมบูรณ์ & สถาพร วัฒนโชติ. (2563). นโยบายภาษีสุขภาพกับพฤติกรรมผู้บริโภค. วารสารนโยบายสุขภาพ, 10(2), 55–68.
- สุเมธ จิตรสมบูรณ์. (2563a). แนวคิดทางสังคมกับระบบอาหารไทย. เชียงใหม่: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- สุเมธ จิตรสมบูรณ์. (2563b). โครงสร้างตลาดกับพฤติกรรมการบริโภคในสังคมไทย. เชียงใหม่: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- อดิศักดิ์ คงสุข. (2563). โภชนาการและพฤติกรรมการกินในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพดี.
- อนันต์ สายทอง. (2564). ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขและสังคม, 18(2), 55–67.
- อิทธิพัทธ์ ทรวงธรรม. (2564a). การป้องกันโรคอ้วนในเด็กโดยใช้ทฤษฎี HBM. วารสารเวชศาสตร์ป้องกัน, 19(2), 17–25.
- อิทธิพัทธ์ ทรวงธรรม. (2564b). การเข้าถึงอาหารสุขภาพในชุมชนเมือง. วารสารพัฒนาเมือง, 7(3), 15–27.
- Thai Health Promotion Foundation. (2565a). รายงานโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ: รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

- 
- Thai Health Promotion Foundation. (2565b). รายงานสุขภาพคนไทย 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ.
- Thai Health. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพคนไทย 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ.
- Thai Health. (2565a). รายงานสุขภาพคนไทย 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ.
- Thai Health. (2565b). สถานการณ์สุขภาพคนไทย 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324–508.
- Green, J., & Murphy, E. (2020a). Health beliefs and health education: Theoretical foundations. *Journal of Health Education Research & Development*, 38(1), 12–19.
- Green, J., & Murphy, E. (2020b). Health education and health promotion. In N. Watson & S. Platt (Eds.), *The Routledge Handbook of Health Communication* (pp. 143–158). London: Routledge.
- Halfon, N., Larson, K., Lu, M., Tullis, E., & Russ, S. (2014). Lifecourse health development: Past, present and future. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 344–365.
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(10), 778–783.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377.
- Mozaffarian, D., Angell, S. Y., Lang, T., & Rivera, J. A. (2018a). Role of government policy in nutrition—barriers to and opportunities for healthier eating. *BMJ*, 361, k2426.
- Mozaffarian, D., Rosenberg, I., & Uauy, R. (2018b). History of modern nutrition science Implications for current research, dietary guidelines, and food policy. *BMJ*, 361, k2392. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2392>
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 465–485). San Francisco: Jossey-Bass.
- World Health Organization. (2021). *Guideline: Implementing effective actions for improving infant and young child feeding practices*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2021a). *Healthy diet*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2021b). *Social determinants of health*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*. Geneva: WHO Press