

เมื่ออาหารไม่ใช่แค่ความอร่อย : พฤติกรรมการบริโภคและการรับรู้ความเสี่ยงโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของสังคมไทย*

สรวิช ทองงาม¹ เปรมระพี อูยมาวิระหิรัญ² ธันวาท สุทธิชาติ³

พัชรพรรณ วิชัยดิษฐ์⁴ สิทธิวิทย์ เสงพลอย⁵

(วันที่รับบทความ: 23 มีนาคม 2569; วันที่แก้ไขบทความ: 23 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับบทความ: 27 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทย และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน โดยแบ่งตามช่วงวัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ Gen Z Gen Y Gen X และ Baby Boomer การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตา เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91$) การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.86$) ความตั้งใจในการปรับพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45$) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมการบริโภค, การรับรู้, ความตั้งใจ, ช่วงวัย

* บทความวิจัย คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

¹ อาจารย์, สาขาวิชาอาหารและโภชนาการ คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, E-mail: Sarat.t@rmup.ac.th, (Corresponding Author)

² อาจารย์ ดร., สาขาวิชาอาหารและโภชนาการ คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, E-mail: Premraphi.o@rmup.ac.th

³ อาจารย์, สาขาวิชาอาหารและโภชนาการ คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, E-mail: Tunwa.su@rmup.ac.th

⁴ นักกำหนดอาหารวิชาชีพ, ฝ่ายโภชนาการและโภชนบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, E-mail: chatchawun.v@chulahospital.org

⁵ นักกำหนดอาหารวิชาชีพ, ฝ่ายงานบริหารโภชนาการ, บริษัท ฟู้ดส์ เน็กซ์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามคำแหง, E-mail: sitiwadee@foodnextth.com

When Food is More Than Just Taste: Food Consumption Behavior and Risk Perception of Non-Communicable Diseases on Behavioral Modification Intention in Thai Society*

Sarat Thongngam¹ Premraphi Ooaymaweerahirun² Tunwa Suthichart³

Chatchawun Vichaidith⁴ Sitiwadee Hengploy⁵

(Received: March 23, 2026; Revised: April 23, 2026; Accepted: April 27, 2026)

Abstract

This research aimed to: 1) examine the levels of food consumption behavior, risk perception of non-communicable diseases (NCDs), and behavioral modification intention among Thai population, and 2) investigate the relationships between food consumption behavior, risk perception of NCDs, and behavioral modification intention among Thai population. A cross-sectional quantitative survey design was employed. The sample consisted of 400 Thai individuals aged 15 years and above residing in Bangkok, stratified into four generational groups: Gen Z, Gen Y, Gen X, and Baby Boomers, selected through stratified quota sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient. The results revealed that food consumption behavior at risk for NCDs was at a high level ($\bar{X} = 3.91$), risk perception of NCDs was at a high level ($\bar{X} = 3.86$), and behavioral modification intention was at a moderate level ($\bar{X} = 3.45$). Furthermore, both food consumption behavior at risk for NCDs and risk perception of NCDs showed statistically significant positive relationships with behavioral modification intention at the .01 level.

Keywords: Non-Communicable Diseases (NCDs), Food Consumption Behavior, Risk Perception, Behavioral Modification Intention, Generations

* Research article, Faculty of Home Economics Technology, Rajamangala University of Technology Phra Nakhon

¹ Lecturer, Foods and Nutrition Program, Faculty of Home Economics Technology, Rajamangala University of Technology Phra Nakhon,
E-mail: Sarat.t@rmutp.ac.th, (Corresponding Author)

² Lecturer Ph.D., Foods and Nutrition Program, Faculty of Home Economics Technology, Rajamangala University of Technology Phra Nakhon,
E-mail: Premraphi.o@rmutp.ac.th

³ Lecturer, Foods and Nutrition Program, Faculty of Home Economics Technology, Rajamangala University of Technology Phra Nakhon,
E-mail: Tunwa.su@rmutp.ac.th

⁴ Registered Dietitian, Dietetics and Diet Therapy, King Chulalongkorn Memorial Hospital, E-mail: chatchawun.v@chulahospital.org

⁵ Registered Dietitian, Nutrition Management Department, FOOD NEXT CO., LTD. Ramkhamhaeng Hospital, E-mail: sitiwadee@foodnextth.com

ความสำคัญและปัญหาการวิจัย

ในยุคที่โลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างรวดเร็วจากกระแสโลกาภิวัตน์และการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล มนุษย์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการขยายตัวของธุรกิจอาหาร รวมถึงการเติบโตของการบริการจัดส่งอาหาร และกระแสการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่แพร่หลายในทุกภูมิภาคทั่วโลก ส่งผลให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) กลายเป็นภัยคุกคามสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่าร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก หรือประมาณ 41 ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2023)

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรค NCDs มีความน่าวิตกอย่างยิ่ง Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2023) รายงานว่าโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยสูงถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี ขณะที่ตลาดอาหารสำเร็จรูปและ การส่งอาหารรูปแบบบริการ (Delivery) ในไทยเติบโตกว่าร้อยละ 35 ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการบริโภคของคนไทยที่หันไปพึ่งพาอาหารแปรรูปและบริการออนไลน์มากขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ที่เป็นศูนย์กลางของกระแสการบริโภคดังกล่าว Statista (2023) แต่สิ่งที่น่ากังวลไปยิ่งกว่านั้นคือ แม้ประชากรไทยจะรับรู้ถึงโรค NCDs มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจากการรณรงค์ของภาครัฐและการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์อย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบช่องว่างสำคัญระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและการปรับพฤติกรรมจริง นั่นคือการที่ประชาชนมักประเมินความเสี่ยงของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง หรือที่เรียกว่าปรากฏการณ์อคติจากการมองโลกในแง่ดี (Optimism Bias) คือ แนวโน้มที่บุคคลจะประเมินโอกาส ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแบบจำลองด้านสุขภาพของ Rosenstock (1966) ที่ระบุว่าบุคคลจะปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อรับรู้ทั้งโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคควบคู่กัน รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยง และความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทยในทุกช่วงวัยยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะเรื่องช่องว่างระหว่างวัย (Generation Gap) ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคและการรับรู้ความเสี่ยงที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อันเป็นผลมาจากความแตกต่างของวิถีชีวิต ค่านิยม และการเปิดรับสื่อในแต่ละยุคสมัย

จากปัญหาพฤติกรรมการบริโภคดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนสถานการณ์จริงของสังคมไทย

ในยุคปัจจุบัน อันจะเป็นข้อมูลสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณสุขและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงโรค NCDs ของประชากรไทยได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทย

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทย

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของ WHO (2023) อธิบายว่า กลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่แพร่กระจายจากคนสู่คน ประกอบด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคอ้วน ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง รวมถึงอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ด ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้หากปรับพฤติกรรมการบริโภคอย่างเหมาะสม

2. แบบจำลองด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1966) อธิบายว่า บุคคลจะปรับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อโรคและโรคนั้นมีความรุนแรงเพียงพอ โดยมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย

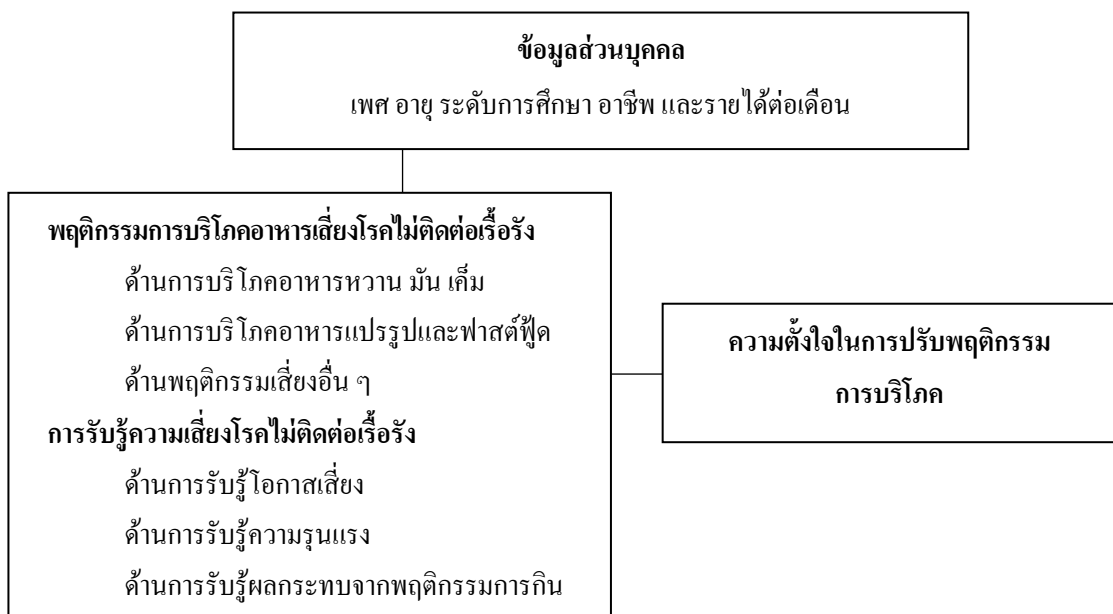
3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) อธิบายว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความตั้งใจเป็นปัจจัยนำ โดยได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทฤษฎีนี้ช่วยอธิบายว่าเหตุใดประชากรไทยบางส่วนจึงมีความตั้งใจปรับพฤติกรรมการบริโภคแต่ยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้

4. ทฤษฎีแรงจูงใจ ของ Rogers (1975) อธิบายว่า บุคคลจะเกิดแรงจูงใจป้องกันตนเองเมื่อประเมินว่าภัยคุกคามมีความรุนแรงและตนเองมีโอกาสรุนแรง ควบคู่กับการประเมินว่าตนเองมีความสามารถรับมือได้ ทฤษฎีนี้ช่วยอธิบายบทบาทของการรับรู้ความเสี่ยงโรค NCDs ที่มีต่อความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคของประชากรไทย

5. แนวคิดเรื่องพฤติกรรมผู้บริโภค ของ Serirat (2003) เน้นการศึกษา กล่องสีดำ (Buyer's Black Box) ในหัวใจผู้บริโภคผ่านแบบจำลองสิ่งกระตุ้นและการตอบสนอง โดยวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จิตวิทยา) และภายนอก (สังคม/วัฒนธรรม) ที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อ ผ่านหลัก 6Ws 1H เพื่อให้ธุรกิจตอบสนองความต้องการได้ตรงจุดที่สุด

6. แนวคิดเรื่องความตั้งใจในเชิงพฤติกรรม ของ Venkatesh et al. (2008) อธิบายว่า ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) หมายถึง ระดับที่บุคคลวางแผนและตั้งใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแผนที่กำหนดไว้ส่งผลต่อพฤติกรรมในอนาคต ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการทำนายการตัดสินใจของบุคคล โดยมีปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ระยะเวลา ความถี่ และความรุนแรงของพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทยได้

ตัวแปรที่ศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประเภทของงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประเภทการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยมุ่งเน้นการวัดและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงตัวเลขเพื่ออธิบาย

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างเป็นระบบ รวบรวมข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อประเมินสถานการณ์ของโรคหรือพฤติกรรม โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10,539,415 คน (National Statistical Office, 2023) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรไทยที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูปอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 400 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ใช้วิธีการคัดเลือกแบบการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตา (Stratified Quota Sampling) โดยแบ่งตามช่วงวัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ Gen Z (15–26 ปี) Gen Y (27–42 ปี) Gen X (43–58 ปี) Baby Boomer (59 ปีขึ้นไป) กลุ่มละ 100 คน เท่ากัน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังและผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1.ข้อมูลส่วนบุคคล 2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ด้านการบริโภคอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ด และด้านพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ 3. การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง และด้านการรับรู้ผลกระทบจากการกิน

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภค

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม โดยประยุกต์จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตอนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และตอนที่ 4 ความตั้งใจในการปรับพฤติกรรม โดยตอนที่ 2–4 ใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.85 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (0.70)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามในพื้นที่ เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด ชุมชน หอพัก เป็นต้น ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ของ

การวิจัยและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนทุกครั้ง และรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้บริโภค จำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.25 มีสัดส่วนอายุเท่ากันทุกกลุ่ม กลุ่ม Gen Z Gen Y Gen X และกลุ่ม Baby Boomer ร้อยละ 25 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.50) ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 35.50 และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001–30,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 39.00

วัตถุประสงค์ข้อ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรไทย

ตารางที่ 1 แสดงระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อ	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ระดับความสำคัญ		แปลผล
		$\bar{X}$	S.D.	
1	การบริโภคอาหารหวาน/มัน/เค็ม	4.21	0.68	สูงมาก
2	การบริโภคอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ด	3.89	0.74	สูง
3	พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ	3.62	0.81	สูง
รวม		3.91	0.74	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.68) โดยพฤติกรรมที่พบมากที่สุด คือ การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น ชานมไข่มุกและน้ำอัดลม ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.62) รองลงมาคือการบริโภคขนมหวานและเบเกอรี่ ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.71) และการบริโภคอาหารทอดและอาหารที่มีไขมันสูง ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.69)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ดโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.74) โดยพฤติกรรมที่พบมากที่สุด คือ การสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน Delivery ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = 0.71) อยู่ในระดับสูงมาก รองลงมาคือการบริโภคขนมมีกึ่งสำเร็จรูปและอาหารสำเร็จรูปแบบซอง ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.77) และการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.82)

พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.62$, S.D. = 0.81) โดยพฤติกรรมที่พบมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารนอกบ้านมากกว่าปรุงเองที่บ้าน ($\bar{X}=4.05$, S.D. = 0.76) รองลงมาคือการข้ามมื้ออาหารหรือรับประทานไม่เป็นเวลา ($\bar{X}=3.88$, S.D. = 0.82) และการรับประทานอาหารดึกหลัง 3 ทุ่มเป็นประจำ ($\bar{X}=3.85$, S.D. = 0.88) ในขณะที่พฤติกรรมการไม่อ่านฉลากโภชนาการและการเลือกอาหารตามความอร่อยมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$ และ 3.15)

ตารางที่ 2 แสดงระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อ	การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ระดับความสำคัญ		แปลผล
		$\bar{X}$	S.D.	
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.28	0.88	ปานกลาง
2	การรับรู้ความรุนแรง	4.35	0.65	สูงมาก
3	การรับรู้ผลกระทบจากพฤติกรรมการกิน	3.95	0.72	สูง
รวม		3.86	0.75	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.28$, S.D. = 0.88) โดยพฤติกรรมการกินในปัจจุบันที่เพิ่มความเสี่ยงโรค NCDs มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=3.45$, S.D. = 0.89) รองลงมาคือความกังวลว่าจะเป็นโรค NCDs หากยังกินอาหารแบบเดิม ($\bar{X}=3.38$, S.D. = 0.91) ในขณะที่การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ความดัน หรือโรคหัวใจมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=3.15$, S.D. = 0.95)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค NCDs โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=4.35$, S.D. = 0.65) โดยการรับรู้ว่าโรค NCDs ส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกายในระยะยาวมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=4.58$, S.D. = 0.61) รองลงมาคือการรับรู้ว่าโรค NCDs ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ($\bar{X}=4.42$, S.D. = 0.66) และการรับรู้ว่าโรค NCDs สร้างภาระค่าใช้จ่ายสูง ($\bar{X}=4.38$, S.D. = 0.68)

การรับรู้ผลกระทบจากพฤติกรรมการกินโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.95$, S.D. = 0.72) โดยการรับรู้ว่าการกินหวาน มัน เค็ม เป็นประจำส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยตรงมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=4.18$, S.D. = 0.71) รองลงมาคือการรับรู้ว่าการบริโภคอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ดบ่อยๆ เพิ่มความเสี่ยงโรค NCDs ($\bar{X}=4.02$, S.D. = 0.73) และการรับรู้ว่าพฤติกรรมการกินในปัจจุบันกำลังสะสมความเสี่ยงโรค NCDs ($\bar{X}=3.95$, S.D. = 0.75) ในขณะที่การรู้สึได้ถึงผลเสียของอาหารเสี่ยงที่มีต่อร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.78$, S.D. = 0.82)

ตารางที่ 3 แสดงระดับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภค

ข้อ	ความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภค	ระดับ		แปลผล
		ความสำคัญ		
		$\bar{X}$	S.D.	
1	ตั้งใจจะลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลม	3.45	0.92	ปานกลาง
2	ตั้งใจจะลดการบริโภคอาหารทอดและอาหารที่มีไขมันสูง	3.58	0.88	สูง
3	ตั้งใจจะลดการบริโภคอาหารรสเค็มและลดการเติมเครื่องปรุง	3.52	0.9	สูง
4	ตั้งใจจะลดการบริโภคอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ด	3.35	0.95	ปานกลาง
5	ตั้งใจจะปรุงอาหารเองที่บ้านแทนการสั่ง Delivery	3.12	0.98	ปานกลาง
6	ตั้งใจจะอ่านฉลากโภชนาการทุกครั้งก่อนซื้ออาหาร	3.28	0.94	ปานกลาง
7	ตั้งใจจะเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และอาหารที่มีประโยชน์	3.82	0.82	สูง
8	มุ่งมั่นรักษาพฤติกรรมการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	3.48	0.91	ปานกลาง
รวม		3.45	0.91	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า ความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.91) โดยความตั้งใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และอาหารที่มีประโยชน์ ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.82) รองลงมาคือการลดการบริโภคอาหารทอดและอาหารที่มีไขมันสูง ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.88) และการลดการบริโภคอาหารรสเค็มและลดการเติมเครื่องปรุง ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.90) ในขณะที่ความตั้งใจที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การปรุงอาหารเองแทนการสั่ง Delivery ($\bar{X} = 3.12$, S.D. = 0.98) รองลงมาคือการอ่านฉลากโภชนาการก่อนซื้อ ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.94) และการลดการบริโภคอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ด ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.95)

วัตถุประสงค์ข้อ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทย

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	r	ระดับความสัมพันธ์
การบริโภคอาหารหวาน/มัน/เค็ม	0.42**	ปานกลาง
การบริโภคอาหารแปรรูป/ฟาสต์ฟู้ด	0.38**	ต่ำ
พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ	0.31**	ต่ำ
ภาพรวมการรับรู้ความเสี่ยง	0.57**	ปานกลาง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารทุกด้านมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ดังนี้

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($r = 0.42, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่บริโภคอาหารรสจัดบ่อยครั้งเริ่มตระหนักและมีความตั้งใจที่จะปรับพฤติกรรมมากขึ้น รองลงมาคือพฤติกรรมการบริโภคอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.38, p < .01$) และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำเช่นกัน ($r = 0.31, p < .01$) โดยภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมในระดับต่ำ ($r = 0.38, p < .01$)

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทย

การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	r	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.55**	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรง	0.48**	ปานกลาง
การรับรู้ผลกระทบจากการกิน	0.62**	ปานกลาง
ภาพรวมการรับรู้ความเสี่ยง	0.57**	ปานกลาง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ดังนี้

ด้านการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากการกินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมสูงที่สุดในระดับปานกลาง ($r = 0.62, p < .01$) รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.55, p < .01$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = 0.48, p < .01$) ส่วนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยภาพรวมการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($r = 0.57, p < .01$) ซึ่งมีระดับความสัมพันธ์สูงกว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของประชากรไทยมากกว่าพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงเพียงอย่างเดียว

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงโรค NCDs ของประชากรไทยโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับสูงมาก และพฤติกรรมการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน Delivery ก็มีค่าเฉลี่ยสูงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิถีชีวิตของสังคมเมืองในยุคดิจิทัลที่เน้นความสะดวกสบายและรวดเร็ว ทำให้ประชากรไทยพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปและบริการ Delivery มากขึ้น ประกอบกับกลยุทธ์การตลาดของธุรกิจอาหารที่เน้นรสชาติจัดจ้านเพื่อกระตุ้นการบริโภค สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมผู้บริโภคของ Serirat (2003) ที่ระบุว่าปัจจัยภายนอก ทั้งสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจบริโภคของบุคคล

การรับรู้ความเสี่ยงโรค NCDs โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูงมาก แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองกลับอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์ Optimistic Bias ที่แม้ประชากรไทยจะรู้ว่าโรค NCDs มีความรุนแรง แต่ยังมองว่าตนเองมีโอกาสน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองด้านสุขภาพของ Rosenstock (1966) ที่ระบุว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต้องเกิดขึ้นควบคู่กันจึงจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมที่แท้จริง

ความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความตั้งใจเพิ่มการบริโภคผักผลไม้มีค่าสูงสุด แต่ความตั้งใจปรุงอาหารเองแทน Delivery มีค่าต่ำสุด แสดงให้เห็นถึงประชากรไทยมีแนวโน้มเลือกปรับพฤติกรรมที่ไม่กระทบต่อวิถีชีวิตเดิมมากนัก มากกว่าพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายามหรือการเปลี่ยนแปลงสูง ได้สอดคล้องกับแนวคิดความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของ Venkatesh, Brown, Maruping และ Bala (2008) ที่ระบุว่า ความเคยชินของพฤติกรรมเดิม ทั้งในด้านระยะเวลาและความถี่ มีอิทธิพลต่อระดับความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ยังได้สอดคล้องกับ Thongngam and Papattha (2023) ที่พบว่า ประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นหลัก แม้ว่าระดับความตั้งใจโดยรวมจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อประชาชนมีความตระหนักรู้และมีความตั้งใจในพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ง่าย ก็มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพในระยะยาว

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการปรับพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน โดยการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง สูงกว่าการบริโภคอาหารแปรรูปและฟาสต์ฟู้ด และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่บริโภคอาหารรสจัดบ่อยครั้งสามารถรับรู้ผลกระทบต่อร่างกายได้ง่ายกว่า เช่น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จึงกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจปรับพฤติกรรมมากกว่า สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ที่อธิบายว่าทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมที่ตนปฏิบัติอยู่เป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญที่นำไปสู่ความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง

การรับรู้ความเสี่ยงโรค NCDs มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่าความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคอย่างชัดเจน โดยการรับรู้ผลกระทบจากพฤติกรรมการกินมีความสัมพันธ์สูงที่สุด สูงกว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพมีพลังกระตุ้นมากกว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคในเชิงนามธรรม เนื่องจากเชื่อมโยงกับประสบการณ์ตรงของแต่ละบุคคล ได้ชัดเจนกว่า สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Rogers (1975) ที่ระบุว่า การประเมินภัยคุกคามที่เชื่อมกับตนเองโดยตรงมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการป้องกันตนเองมากกว่าการรับรู้ภัยคุกคามในระดับกว้าง ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงโดยเน้นผลกระทบที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมการกินในชีวิตประจำวันจะมีประสิทธิภาพสูงกว่าการสื่อสารเรื่องความรุนแรงของโรคเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. เป็นข้อมูลเชิงนโยบายให้กับภาครัฐและหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาสื่อการรณรงค์ด้านสุขภาพผ่านโซเชียลมีเดียที่เข้าถึงง่าย โดยเน้นให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยงโรค NCDs จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง
2. เป็นข้อมูลให้กับผู้ประกอบการธุรกิจอาหารและแอปพลิเคชัน Delivery ควรแสดงข้อมูลโภชนาการและค่าเตือนด้านสุขภาพบนแพลตฟอร์มออนไลน์อย่างชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้สะดวกและง่ายขึ้นในชีวิตประจำวัน
3. เป็นข้อมูลให้กับสถาบันการศึกษาควรส่งเสริมการเรียนรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการรับรู้ความเสี่ยงโรค NCDs ในทุกระดับ โดยเน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ เช่น การอ่านฉลากโภชนาการและการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อสร้างพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการวิจัยให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงขยายพื้นที่วิจัยไปยังทั้งเขตเมืองและชนบทในหลายภูมิภาคทั่วประเทศ พร้อมทั้งเพิ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เช่น อิทธิพลของครอบครัว กลุ่มเพื่อน สื่อออนไลน์ และความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนบริบทความแตกต่างของสังคมไทยในแต่ละพื้นที่ได้อย่างรอบด้านมากขึ้น
2. ควรนำวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) มาใช้ โดยผสมผสานแบบสอบถามเชิงปริมาณกับการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจเหตุผลเบื้องหลังพฤติกรรมบริโภคของสังคมไทยได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

3. การศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคและความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาต่างๆ และประเมินว่า ความตั้งใจที่มีนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจริง

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). *Non-communicable diseases situation report 2023*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- National Statistical Office. (2023). *Demographic and housing statistics*. Bangkok: National Statistical Office.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91(1), 93-114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94-127. <https://doi.org/10.2307/3348967>
- Serirat, S. (2003). *Consumer behavior*. Bangkok: Teerapim and Scitex.
- Statista. (2023). *Food delivery market in Thailand: Statistics and facts*. Retrieved November 11, 2025, from <https://www.statista.com/topics/food-delivery-thailand>
- Story, M., Neumark-Sztainer, D. and French, S. (2008). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), 40-51. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90421-9)
- Thongngam, S. and Papattha, C. (2023). Factors affecting healthy food consumption behavior of working-age people in Bangkok. *Dusit Thani College Journal*, 17(1), 174-188.

- Venkatesh, V., Brown, S. A., Maruping, L. M. and Bala, H. (2008). Predicting different conceptualizations of system use: The competing roles of behavioral intention, facilitating conditions, and behavioral expectation. *MIS Quarterly*, 32(3), 483-502. <https://doi.org/10.2307/25148853>
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases: Key facts*. Retrieved November 11, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.
