



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของวัยรุ่นในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

ทัศนัย พลไชย พย.ม.**

นพวรรณ เปียชื่อ PhD (Nursing), APN/NP***

สุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โอ PhD****

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความมั่นคงทางอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของวัยรุ่นในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี จำนวน 193 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม แบบสอบถามเรื่องอาหาร แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบคัดกรองความมั่นคงทางอาหาร แบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร และแบบบันทึกอาหารที่รับประทานย้อนหลัง 3 วัน ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต ประกอบด้วย กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตและกราฟประเมินดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่าง ร้อยละ 54.9 มีความมั่นคงทางอาหารมาก พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านปริมาณอาหารมีความมั่นคงทางอาหารมากที่สุด ร้อยละ 66.8 รองลงมาคือ ด้านคุณภาพอาหารร้อยละ 62.7 ด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหารร้อยละ 62.2 และด้านความปลอดภัยของอาหารร้อยละ 16.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.172, p = .017$) รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.222, p = .002$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารด้านคุณภาพอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = -.153, p = .034$) แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารด้านคุณภาพอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.177, p = .014$) ความมั่นคงทางอาหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.157, p = .029$) ความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.188, p = .009$) ความมั่นคงทางอาหารด้านความปลอดภัยของอาหารมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักเทียบกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.152, p = .034$) และความมั่นคงทางอาหารด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.174, p = .016$).

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลความมั่นคงทางอาหารของวัยรุ่น โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวเพื่อความมั่นคงทางอาหารและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: ความมั่นคงทางอาหาร วัยรุ่น ชุมชนชนบท

*ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
*วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

***ผู้ติดตามหลัก: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความมั่นคงทางอาหารเป็นภาวะที่บุคคลสามารถเข้าถึงอาหารอย่างเพียงพอตลอดเวลาองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติกำหนดให้ความมั่นคงทางอาหาร ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีอาหารเพียงพอ (availability) 2) ความสามารถเข้าถึงอาหารได้ (accessibility) 3) การมีอาหารที่มีคุณภาพใช้ประโยชน์ได้ (utilization) และ 4) การมีเสถียรภาพเลือกรับประทานอาหาร (stability)¹ ซึ่งการที่บุคคลไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้เพียงพอกับความต้องการเกิดจากระบบการกระจายอาหารและการเข้าถึงอาหารเป็นหลักเนื่องจากปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและทรัพยากรธรรมชาติ² จึงส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงอาหารที่มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพเพียงพอ จากปัจจัยดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาความไม่สมดุลของแหล่งอาหารขึ้นได้

จากการพัฒนาประเทศไทยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตจากการทำเกษตรกรรมซึ่งเป็นการผลิตเพื่อบริโภคในครัวเรือนมาเป็นการผลิตเพื่อการค้า ทำให้ราคาอาหารเพิ่มสูงขึ้นและค่าครองชีพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต³ และจากภัยแล้งรวมถึงอุทกภัยที่สร้างความเสียหายให้กับผลผลิตทางการเกษตร อีกทั้งเกษตรกรปลูกพืชพลังงานทดแทนเพิ่มมากขึ้น⁴ ทำให้ความสามารถในการพึ่งพาตัวเองลดน้อยลง⁵ หลังจากวิกฤตจากสถานการณ์เศรษฐกิจโลก ปี ค.ศ. 2006 ประชากรโลกได้รับอาหารที่ให้พลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการ ร้อยละ 16 ของผู้ที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวันอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา⁶ ในจำนวนนี้มีประชากรวัยรุ่นรวมอยู่ด้วย⁷ ซึ่งเป็นวัยที่มีภาวะเสี่ยงต่อความไม่มั่นคงทางอาหารเนื่องจากเป็นวัยที่ยังเรียนหนังสือ ไม่มีรายได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งมีผลกระทบต่อความมั่นคงของประชากร โดยเฉพาะความมั่นคงทางอาหาร จากวิกฤตการณ์ทำให้ประชากรโลกมีปัญหาความมั่นคงทางอาหารในระดับรุนแรง (ร้อยละ 13.03) ของประชากรโลกทั้งหมด (6.6 พันล้านคน) และคาดการณ์ประชากรโลกจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 9.2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 : เมษายน - มิถุนายน 2559

ซึ่งส่งผลให้ต้องการอาหารเป็น 2 เท่า ของปัจจุบัน นับว่าเป็นปัญหาใหญ่ของทุกประเทศ¹

จากข้อมูลขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) ในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2556 รายงานว่า ประชากรไทยร้อยละ 17 ไม่ได้รับอาหารที่เพียงพอและร้อยละ 5.8 จัดอยู่ในกลุ่มโภชนาการต่ำหรือมีภาวะหิว (Hunger)⁶ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรวัย 6 - 18 ปี น้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 10.16⁸ จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรวัย 6 – 18 ปี ที่น้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์และมากกว่าเกณฑ์ในสัดส่วนที่มากที่สุดในประเทศ⁹ ซึ่งมีสาเหตุแตกต่างกันตามวัย ในวัยรุ่นพบปัญหาโภชนาการที่สำคัญคือ 1) โรคขาดโปรตีนและพลังงาน 2) โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และ 3) โรคขาดสารไอโอดีน⁹ สาเหตุหลักของภาวะขาดสารอาหารเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคและข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ^{9,10} และประชากรที่มีเศรษฐกิจไม่ดี อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 44.5) นอกจากนี้ ประชากรกลุ่มนี้ยังอยู่ในเขตชนบทถึงร้อยละ 67.6¹¹ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักซึ่งพบว่ามีปัญหาเศรษฐกิจมากที่สุดของประเทศ¹² จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความมั่นคงทางอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความมั่นคงทางอาหารซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของวัยรุ่นในชุมชนชนบทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

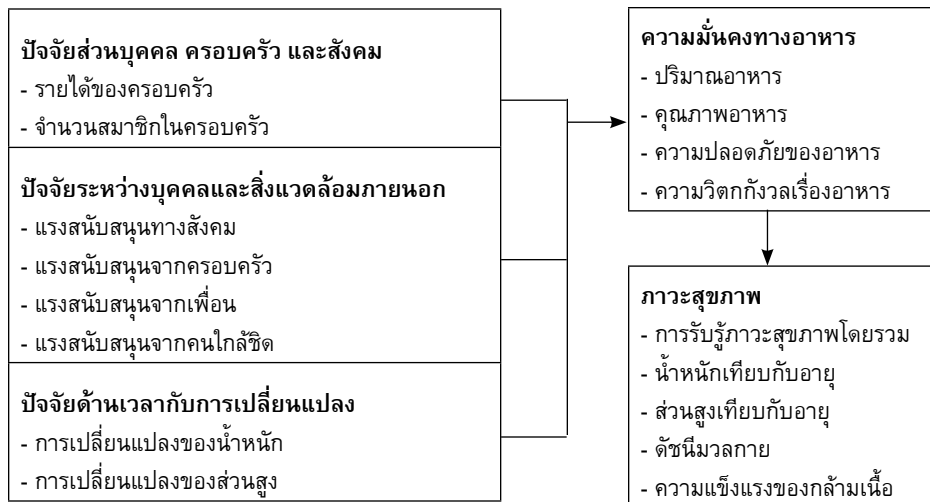
เพื่อศึกษาความมั่นคงทางอาหารของวัยรุ่น พฤติกรรมการบริโภค ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม การบริโภคอาหารของวัยรุ่นและครอบครัว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม ปัจจัยระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอก และปัจจัยด้านเวลากับการเปลี่ยนแปลงกับความมั่นคงทางอาหารและภาวะสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนชนบททางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Bronfenbrenner (Bronfenbrenner's ecological system theory) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม

ปัจจัยระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอกปัจจัยด้านเวลากับการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อความมั่นคงทางอาหารและภาวะสุขภาพ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบบรรยายเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ประกอบกับคำถามปลายเปิดเพื่อเป็นข้อมูลในการอภิปรายผล

ประชากรและตัวอย่าง ประชากร คือ วัยรุ่นที่มีอายุ 15 - 19 ปี ที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ในพื้นที่อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 193 คน ที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึง กันยายน พ.ศ. 2558 อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอ นาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 6 เดือนและไม่มีความผิดปกติด้านร่างกาย ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง เกณฑ์คัดออกคือผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามไม่ครบ

การเลือกตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนประชากรในระดับหมู่บ้าน จากทั้งหมด 5 หมู่บ้าน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.8 ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.2 โดยอ้างอิงอำนาจการทดสอบและขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของ นพวรรณ เปียชื่อ¹³ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 191 คน

การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองเลขที่ 2558/411) ผู้วิจัยได้ชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายซึ่งไม่มีผลอย่างใดกับผู้เข้าร่วมวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคมและข้อมูลเรื่องอาหาร แบ่งออกเป็น 7 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบคัดกรองความมั่นคงทางอาหารจำนวน 1 ข้อ เป็นแบบสอบถามประสบการณ์เรื่องอาหารในครอบครัวในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พร้อมทั้งบอกเหตุผล พัฒนาโดย USDA แปลและดัดแปลงโดย นพวรรณ เปียชื่อและคณะ¹⁴ ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม จำนวน 1 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบประเมินค่า 10 ระดับ คะแนนน้อยหมายถึงสุขภาพไม่ดี คะแนนมากหมายถึงสุขภาพดี แปลผลดังนี้ สุขภาพไม่ดี (1 – 2 คะแนน) สุขภาพพอใช้ (3 – 5 คะแนน) สุขภาพดี (6 – 8 คะแนน) และสุขภาพดีมาก (9 – 10 คะแนน) แปลและดัดแปลงจาก Ware et al (2000) โดยนพวรรณ เปียชื่อและคณะ¹⁴ ตอนที่ 4 แบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วยด้านปริมาณอาหาร จำนวน 7 ข้อ ด้านคุณภาพอาหาร จำนวน 12 ข้อ ด้านความปลอดภัยของอาหาร จำนวน 9 ข้อ และด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหาร จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก คือ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย (0 คะแนน) จนถึง เกิดขึ้นบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบคือ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย 2 คะแนน จนถึง เกิดขึ้นบ่อยครั้ง (0 คะแนน) คะแนนรวม 0 – 66 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้แปลผลความมั่นคงทางอาหารเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนน้อยหมายถึงความมั่นคงทางอาหารดี (0 – 22 คะแนน) คะแนนปานกลาง หมายถึง ความมั่นคงทางอาหารปานกลาง (23 – 44 คะแนน) และคะแนนมาก หมายถึง ความมั่นคงทางอาหารไม่ดี (45 – 66 คะแนน) พัฒนาโดย นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ¹⁴ ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความมั่นคงทางอาหาร เป็นแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ที่ได้เผชิญกับสถานการณ์ด้านอาหารในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย ด้านปริมาณอาหาร จำนวน 10 ข้อ ด้านคุณภาพอาหาร จำนวน 15 ข้อ ด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหาร จำนวน 4 ข้อ ด้านความปลอดภัยของอาหาร จำนวน 8 ข้อ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตอนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ

เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่แสดงถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและคนใกล้ชิดอื่นๆ การตอบเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) เฉยๆ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 48 คะแนนการแปลผลแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คะแนนน้อย หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (0 – 24 คะแนน) และคะแนนมาก หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมมาก (25 – 48 คะแนน) ดัดแปลงโดย นพวรรณ เปียชื่อ¹⁵ ตอนที่ 7 แบบบันทึกอาหารที่รับประทานย้อนหลัง 3 วัน ประกอบด้วย การบันทึกรายละเอียดของอาหารที่รับประทานทุกมื้อ ทุกครั้ง ทั้งชนิดและปริมาณ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต ประกอบด้วย 2 กราฟ ได้แก่ กราฟที่ 1 กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต (เพศชาย-หญิง) จำนวน 2 รูป ประเมินโดยอ้างอิงการเจริญเติบโตเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ของชมรมต่อมไร้ท่อในเด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย สำหรับเพศชายและเพศหญิง อายุ 2 – 19 ปี¹⁶ กราฟที่ 2 กราฟดัชนีมวลกาย (เพศชาย – หญิง) จำนวน 2 รูป นำน้ำหนักที่ประเมินได้มาคำนวณดัชนีมวลกายจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง และวิเคราะห์ในตารางดัชนีมวลกายตามอายุของเด็ก วัย 2 – 20 ปี ของศูนย์ควบคุมโรค (Center for Disease Control: CDC) สหรัฐอเมริกา¹⁷

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ แบบสอบถามความมั่นคงทางอาหารและแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนพวรรณ เปียชื่อ^{14,15} ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านชุมชนและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha coefficient พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้แบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และแบบสอบถามแรงสนับสนุน



ทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต เพศชาย – หญิง เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ของชมรมต่อมไร้ท่อในเด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย สำหรับเพศชายและเพศหญิง อายุ 2 – 19 ปีและกราฟประเมินดัชนีมวลกาย เพศชาย – หญิงสำหรับเพศชายและเพศหญิง อายุ 2 – 19 ปีเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ของศูนย์ควบคุมโรค (Center for Disease Control: CDC) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ประเมินประกอบด้วย 1) เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัลได้รับการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องโดยการสอบเทียบกับเครื่องชั่งมาตรฐาน มีวิธีการวัดและตรวจสอบเครื่องชั่งน้ำหนักให้แสดงเลขศูนย์ก่อนชั่งน้ำหนักทุกครั้ง 2) เครื่องวัดส่วนสูงแบบสเกล มีความละเอียด 1 มิลลิเมตร มีวิธีการวัดโดยตั้งแถบสเกลวัดส่วนสูงพร้อมตรวจสอบความถูกต้องก่อนวัดทุกครั้ง 3) เครื่องมือ Harpenden handgrip dynamometer วัดระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อมือและแขนขณะยืนตรง หน่วยเป็นกิโลกรัม¹⁸

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 9 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน ที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 โดยประชาสัมพันธ์ผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ดำเนินการเก็บข้อมูลที่ศาลาประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคี ตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาโดยเฉลี่ยคนละ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและส่วนสูง แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นคงทางอาหารและภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม ปัจจัยระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอก ปัจจัยด้านเวลากับการเปลี่ยนแปลงกับความมั่นคงทางอาหารและ

ภาวะสุขภาพของวัยรุ่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปพบว่าตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.9) อายุเฉลี่ย 17.50 ± 1.23 ปี ระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 หรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 39.9) มีฐานของรายได้ครอบครัวเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 180,000 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน และหนึ่งในสามมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.7) ตัวอย่างมากกว่าครึ่งครอบครัวมีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 72.0) ลักษณะครอบครัวมากกว่าครึ่งเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 65.8) ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 1 – 4 คน และส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ซื้อหรือจัดหาอาหารในครอบครัว (ร้อยละ 56.0) ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (41.0 ± 4.62) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวมากที่สุด (14.25 ± 1.67) ตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.43 ± 5.84 กิโลกรัม เพศชายมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (7.05 ± 5.64) มากกว่าเพศหญิง (4.04 ± 5.17) ค่าเฉลี่ยส่วนสูงที่เพิ่มขึ้น 5.00 ± 4.83 เซนติเมตร โดยเพศชายมีส่วนสูงเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น (6.50 ± 5.26) มากกว่าเพศหญิง (3.72 ± 4.02) น้ำหนักเทียบกับอายุเมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์พบส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 85.5) ส่วนสูงเทียบกับอายุเมื่อเทียบเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 93.3) ตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 77.5) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเฉลี่ย 31.34 ± 7.28 กิโลกรัมโดยเพศชายมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเฉลี่ย (36.75 ± 4.90) มากกว่าเพศหญิง (26.72 ± 4.90)

ผลการคัดกรองประสบการณ์เกี่ยวกับอาหารพบว่า มากกว่าครึ่งรับประทานอาหารเพียงพอมีชนิดต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับอย่างสม่ำเสมอทุกวัน (ร้อยละ



74.1) และส่วนน้อย พบว่า ในบางครั้งมีอาหารไม่เพียงพอที่จะรับประทาน (ร้อยละ 3.6) เหตุผลที่พบ คือ ไม่มีเวลาพอที่จะซื้อหรือเตรียมอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 16.6) รองลงมาเป็นการต้องการควบคุมน้ำหนัก (ร้อยละ 9.8) และไม่มีเงินพอสำหรับซื้ออาหาร (ร้อยละ 5.7) และน้อยที่สุดคือไม่มีอาหารที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 0.5)

การวิเคราะห์ความมั่นคงทางอาหารในการศึกษาค้างนี้ พบว่าภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.92) มีค่าเฉลี่ยความมั่นคงทางอาหาร (16.94 ± 4.00) ซึ่งอยู่ในระดับดีและเมื่อวิเคราะห์ระดับความมั่นคงทางอาหารตามมิติของความมั่นคงทางอาหาร พบว่า ผู้ที่มีความมั่นคงทางอาหารในระดับดี มีความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหารที่ดีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 66.8) รองลงมาเป็นด้านคุณภาพอาหาร (ร้อยละ 62.7) ใกล้เคียงกับด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหาร (ร้อยละ 62.2) สำหรับผู้ที่มีความมั่นคงทางอาหารในระดับปานกลาง มีความมั่นคงทางอาหารด้านความปลอดภัยของอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 83.4) รองลงมาเป็นด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหาร (ร้อยละ 37.8) (ตารางที่ 1)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายงานผลการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารโดยรวม ($r_s = -.172, p = .017$) และมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณ ($r_s = -.227, p = .004$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารด้านคุณภาพอาหาร ($r_p = -.153, p = .034$) แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารโดยรวม ($r_s = -.146, p = .043$) และมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารด้านคุณภาพอาหาร ($r_s = -.177, p = .014$) ความมั่นคงทางอาหารโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($r_s = -.157, p = .029$) ความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($r_s = -.188, p = .009$) ความมั่นคงทางอาหารด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($r_s = -.174, p = .016$) และความมั่นคงทางอาหารด้านความปลอดภัยของอาหารมี

ความสัมพันธ์กับน้ำหนักเทียบกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.152, p = .034$) (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

ตัวอย่างวัยรุ่นมากกว่าครึ่งมีความมั่นคงทางอาหารที่ดีอาจเนื่องจากการดาเป็นผู้ซื้อหรือจัดหาอาหารสำหรับคนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการคัดกรองความมั่นคงทางอาหาร ที่พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับประทานอาหารเพียงพอและมีอาหารชนิดต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในสตรีผู้จัดหาอาหารในครอบครัวในชุมชนแออัด¹¹ และการศึกษาในผู้สูงอายุทางภาคใต้ของวันทนี¹² ชัยฤทธิ์¹³ พิจารณารายมิติพบความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 66.84) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการคัดกรองความมั่นคงทางอาหารที่พบว่ามีเพียงส่วนน้อยที่รับประทานอาหารอย่างเพียงพอแต่ไม่ครบทุกชนิดที่จำเป็นต้องได้รับอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้างนี้พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 45.08 มีความมั่นคงทางอาหารที่ไม่ดี อธิบายได้จากเหตุผล คือ ไม่มีเวลาพอที่จะซื้อหรือกินอาหาร (ร้อยละ 16.6) ต้องการควบคุมน้ำหนัก (ร้อยละ 9.8) ไม่มีเงินพอสำหรับซื้ออาหาร (ร้อยละ 5.7) และมีความลำบากในการไปร้านค้า (ร้อยละ 4.7)

การศึกษาค้างนี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม ปัจจัยระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอกมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อธิบายได้ว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารและมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหาร เนื่องด้วยบริบทชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายและมีรายได้ค่อนข้างต่ำ อธิบายได้ว่าวัยรุ่นยังไม่มียาได้และยังต้องพึ่งพารายได้จากครอบครัวเพื่อจัดหาอาหารมารับประทานในครอบครัวโดยที่มีความเพียงพอและมีคุณภาพที่ดีพอโดยที่วัยรุ่นยังต้องพึ่งพาครอบครัวและสังคมรอบข้างในการจัดหาอาหารที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับวิรัชพร ประเสริฐศักดิ์ พบว่า ปัญหาการเข้าถึงอาหารประการหนึ่งคือการไม่มีเงินซื้อ



อาหารที่มีคุณภาพถึงแม้ว่ามีอาหารที่ผลิตได้จะเพียงพอและมีคุณภาพซึ่งมักจะเกิดกับประเทศกำลังพัฒนาและประกอบอาชีพเกษตรกรรม²⁰ ความมั่นคงทางอาหาร ความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหารและด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่มีความมั่นคงทางอาหารที่สามารถเข้าถึงอาหารเพียงพอและไม่มีความวิตกกังวลเรื่องอาหารนั้นจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ สอดคล้องกับแนวคิดของมณีนทร รัชชบำรุง กล่าวว่าการรับประทานอาหารนอกจากจะทำให้ร่างกายคงอยู่ได้แล้ว ยังเป็นตัวกำหนดสุขภาพด้วย ภาวะโภชนาการที่ดีต้องได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและถูกต้องเหมาะสมทำให้สุขภาพดี²¹ น้ำหนักเทียบกับอายุมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารด้านความปลอดภัยอธิบายได้ว่าตัวอย่างส่วนมากมีภาวะโภชนาการปกติซึ่งอาจจะคำนึงถึงความปลอดภัยของอาหารน้อยและประกอบกับคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นและครอบครัวในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและทีมสุขภาพต้องเฝ้าระวังปัญหาและให้การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ครอบครัวมีรายได้น้อยและมีปัญหาการหิสน ในเรื่องการเข้าถึงอาหารให้มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการและส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากทางครอบครัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอาหาร

2. ควรมีการศึกษาระยะยาวหรือการศึกษาเชิงทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหาร รวมถึงการศึกษาเชิงทดลองในวัยรุ่นชุมชนชนบททางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรทีมสุขภาพ ชุมชนและตัวอย่างทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

References

1. Wiranpat Prasertsak. Food security: Concept and definition [Internet] research center. Thammasat university; 2012 [cited 2016 May 10]. Available from: <http://www.polsci.tu.ac.th/direk/view.aspx?id=23>
2. Nonthakarn Jan-aon. Thailand food security [Internet] E-library. Academic office. Secretarial of the house of representatives; 2014 [cited 2016 May 10]; 4(2): 15-28. Available from: http://www.library.senate.go.th/document/Ext7091/7091777_0002.pdf
3. The ministry of social development and human security. Strategic human security 2014-2024 [Internet]. Permanent secretary office; 2013 [cited 2016 May 10]; 6-9. Available from: <http://www.bps.m-society.go.th/uploads/content/download/539681f52ccac.pdf>
4. The office of the national economic and social development. Food security nationally [Internet]. 2011 sep 5 [cited 2016 May 10]. Available from: <http://www.nutritionthailand.r.th/upload/.../plenary%201.3-suwamni%>
5. Food national committee. Strategic framework for food management in Thailand. Edition 1th. Nonthaburi: Thai health promotion foundation; 2015.
6. Food and agriculture organization of the United Nations. The state of food insecurity in the world. Rome: Viale delle Terme di Caracalla; 2010.
7. ดารุณีย์ สวัสดิ์โชติดี. การส่งเสริมโภชนาการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: อาหารในท้องถิ่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2556; 31 (3): 29-36.
8. Ministry of social development and human security. Reports nutritional status of the population aged 6-18 years of age by the year 2013 to 2014 [Internet]. Bangkok: Ministry of health; c2013 [cited 2016 May 10]. Available



- from: https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=14108
9. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, ประไพพิศ สิงหเสม, มาริสา สุวรรณราช, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, เกษศิริรินทร์ ภูเพชร, ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. การศึกษาความต้องการองค์ความรู้ แหล่งเรียนรู้ด้านอาหารและโภชนาการชุมชน ของจังหวัดสงขลา.
10. Office of the national economic and social development. The report estimated population of approximately 2000 – 2030 [Internet]. Bangkok: Office of the national economic and social development; c2011 [cited 2016 May 10] Available from: <http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=126&articleType=ArticleView&articleId=70>
11. Office of the nation economic and social development. The situation of poverty and inequality in the year 2012. The report analyzes the situation of poverty and inequality in the year 2012 [Internet]. 2012 Aug [cited 2016 May 10]; 1-2. Available from: http://www.lrct.go.th/th/?wpfb_dl=1433
12. National statistical office. Summary of key findings The labor force survey2554. [Internet]. 2011 [cited 2016 May 10]; 1 – 84. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/download/files/lfsSum54.pdf>
13. Noppawan Piaseu and Mitchell P. Household food insecurity among urban poor in Thailand. Journal of Nursing Scholarship 2004; 36(2): 68 – 115.
14. Noppawan Piaseu, Surat Komindr, Sukanya Tantiprasoplap, Nattha Soranansri, Suporn chareonpanich. Development of a food insecurity screening instrument. Journal of the Medical association of Thailand 2016 [cited 2015]; 99(2): 231.
15. Noppawan Piaseu. Factors affecting food insecurity among urban poor in Thailand. SAJCN 2003; 18(2): 62 - 156.
16. Endocrine society of children and adolescents. [Internet]. Thailand: Endocrine society of children and adolescents; c2015 [updated 2011; cited 2015 May 20] Available from: <http://www.kidgrowth.net/index.php?lay=show&ac=article&Id=538640361>
17. Centers for disease control and prevention. [Internet]. United state of America: BMI-for-age percentile growth charts. [update 2015 May 15; cited 2015 May 20] Available from: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html
18. Noppawan Piaseu. Management of food insecurity among urban poor families in Bangkok. Thai J Nurs Res 2005; 9(3): 68 - 155.
19. Wantanee Chairit, Noppawan Piaseu, Suchinda Jarupat Maruo. Factors related to security among older in a rural community of southern Thailand. Ramathibodi Nursing Journal 2012; 18(3): 311-326.
20. Maninthon Rakbamroong. Sports science to physical health [Internet]. 2013 [cited 2016 May 10]. Available from: <http://www.science.up.ac.th/sports/index.php/2013-07-30-02-51-15/2013-10-09-07-07-31>
21. วิไลรัตน์ พलगวัน, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2555; 30 (2): 16-22.



ตารางที่ 1 มิติน้ำมันคงทางอาหารของวัยรุ่น (n = 193)

มิติ	ระดับคะแนนความมั่นคงทางอาหาร							
	รวม		ดี			ปานกลาง		
	Mean	SD	Mean	n	SD	Mean	n	SD
ปริมาณอาหาร	7.46	3.25	2.02	129	1.35	6.75	64	1.62
มาก (คะแนน 0 – 4.67)								
น้อย (คะแนน 4.68 - 14)								
คุณภาพอาหาร	7.46	3.25	5.49	121	2.04	10.78	72	1.95
มาก (คะแนน 0 – 8)								
น้อย (คะแนน 8.01 - 24)								
ความปลอดภัยของอาหาร	8.35	2.09	5.13	32	0.91	8.99	161	1.61
มาก (คะแนน 0 – 6)								
น้อย (คะแนน 6.01 - 18)								
ความวิตกกังวลเรื่องอาหาร	2.79	1.88	1.56	120	1.08	4.82	73	0.90
มาก (คะแนน 0 – 3.33)								
น้อย (คะแนน 3.34 - 10)								

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม ปัจจัยระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอก ปัจจัยด้านเวลากับการเปลี่ยนแปลงความมั่นคงทางอาหาร และภาวะสุขภาพของวัยรุ่น (n = 193)

		ความมั่นคงทางอาหาร	ความมั่นคงด้านปริมาณ	ความมั่นคงด้านคุณภาพ	การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	น้ำหนักเทียบกับอายุ
รายได้ของครอบครัว	r	-.172	-.227			
	p	.017	.004			
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	r	-.146		-.177		
	p	.043		.014		
แรงสนับสนุนทางสังคม	r			-.153		
	p			.034		
ความมั่นคงทางอาหาร	r				-.157	
	p				.029	
ความมั่นคงด้านปริมาณ	r				-.188	
	p				.009	
ความมั่นคงด้านความวิตกกังวล	r				-.174	
	p				.016	
ความมั่นคงด้านความปลอดภัย	r					-.152
	p					.034



Factors Related to Food Security among Adolescents in A Rural Community of the Northeastern Thailand*

Tattapon Palachai M.S.N.** Noppawan Piaseu PhD (Nursing), APN/NP*** Suchinda JarupatMaruo PhD****

Abstract

This descriptive study aimed to describe food security and factors related to food security among teenagers living in rural communities of Northeastern Thailand. Through simple random sampling, the sample included 193 adolescents aged 15 – 19 years. The instruments were; 1) the questionnaires including personal, family, and social questionnaire, food questionnaire, Social Support Questionnaire, Overall health perception questionnaire, screening tool for food security, food security questionnaire, and 3-day food record, 2) growth and nutritional assessment including graphs and body mass index chart. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, Spearman rank correlation, and Point biserial correlation.

Results revealed that 54.9% of the adolescents had food security. Food quantity subscale was the highest (66.8%) following food quality (62.7%), anxiety about food (62.2%), and food safety (16.6%). Correlational analysis revealed that family income was correlated with food security ($r_s = -.172$, $p = .017$) and food quantity subscale ($r_s = -.222$, $p = .002$). Social support was associated with food quality subscale ($r_p = -.153$, $p = .034$). Family support was associated with food quality subscale ($r_s = -.177$, $p = .014$). Food quantity subscale was associated with overall health perception ($r_s = -.157$, $p = .029$). Food quantity subscale was associated with health perception ($r_s = -.188$, $p = .009$). Food safety subscale was associated with weight for age ($r_{pb} = -.152$, $p = .034$) and food anxiety subscale was associated with overall health perception ($r_s = -.174$, $p = .016$).

Results suggested that community nurse practitioners provide care regarding food security for adolescents, particularly those with low family income. Social support particularly family support should be promoted to enhance food security and health perception.

Keywords: food security, adolescents, rural communities

*This study was funded by the Potential Development of Thai People Project, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*Thesis of master degree community nurse practitioner. Ramathibodi School of nursing. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. Mahidol University

**Registered Nurse of Pediatric Department, Boromarajonani college of nursing Sanpasithprasong

***Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University