



ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาล
Nutritional Status and Sugar, Fat, Sodium Consumption Behaviors of Adults in Northeast Thailand : A Comparative Study Between In and Outside of Municipality
สุระเดช ไชยตอกเกีย*
Suradech Chaitokkia

Received : March 18, 2021

Revised : May 8, 2021

Accepted : July 30, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ของวัยผู้ใหญ่ในเขตและนอกเขตเทศบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 1,145 คน มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายชั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย $22.96 \pm 0.17 \text{ Kg/m}^2$ มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 44.27 กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย $23.34 \pm 0.16 \text{ Kg/m}^2$ มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 43.94 เมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาลที่มีความแตกต่างกันได้แก่ การบริโภคไขมัน ($p=0.009$) การบริโภคโซเดียม ($p=0.005$) สำหรับการบริโภคน้ำตาลพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเขตและนอกเขตเทศบาล จากการศึกษาในครั้งนี้ควรมีนโยบายส่งเสริมระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างให้ดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ / พฤติกรรมการบริโภคอาหาร / น้ำตาล / ไขมัน / โซเดียม

*อาจารย์ประจำภาควิชาอาหารและโภชนาการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
Lecturer of Department of Food and Nutrition legs. Faculty of Science and Technology Loei Rajabhat University

ABSTRACT

This descriptive research aimed to comparative study of nutritional status and sugar, fat, and sodium consumption behavior of adults living in and outside of municipalities, Northeast Thailand. Data were collected by using questionnaires consisting of 1,145 persons. The multi-stage sampling was used. The results of the study showed that the nutritional status of the sample groups who lived in the municipality had a mean BMI at $22.96 \pm 0.17 \text{ Kg/m}^2$ and normal nutritional status at 44.27%. The sample groups who lived outside the municipality had a mean BMI at $23.34 \pm 0.16 \text{ Kg/m}^2$ and normal nutritional status at 43.94%. When comparing the nutritional status of the two groups, there was no difference. Sugar, fat and sodium consumption behavior was moderate in behavior scores for both groups. The different food consumption behaviors were; Fat Intake ($p = 0.029$), Sodium Intake ($p = 0.005$). For sugar consumption, there was no significant difference between in and outside of municipalities. From this study, it should have had a policy to promote the level of food consumption behavior in sugar, fat and sodium of the sample groups more, particularly the groups who live outside the municipality.

Keywords : Nutritional Status / Food Consumption Behavior / Sugar / Fat / Sodium

บทนำ

อาหารและโภชนาการเป็นรากฐานที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ก็สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) (Coniglio, 2016) และส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของประชากรโลกและประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบว่า การเกิดโรค NCDs มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม นวัตกรรม เทคโนโลยี การเปิดเสรีทางการค้า ภาวะโภชนาการ และวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ปัจจุบัน (Kamala, et al., 2016) เช่น การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม (นุชชิตา, 2563) สำหรับสถานการณ์กลุ่มโรค NCDs ประเทศไทยยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก ทั้งในมิติอุบัติการณ์เกิดโรคและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จากการสำรวจข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2557, 2561 พบอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง (อัตราการเสียชีวิต 107.9, 123.3) โรคหลอดเลือดสมอง (38.7, 47.1) โรคหัวใจขาดเลือด (27.8, 31.8) โรคเบาหวาน (17.5, 21.9) โรคความดันโลหิตสูง (11.0, 13.1) (กรมควบคุมโรค, 2563) จากรายงานที่ผ่านมาพบว่าอัตราการตายจากกลุ่มโรค NCDs 4 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 โดยมีอัตราการตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 95.5, 101.4, 101.7 และ 112.7 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) และจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทยครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2560 ในกลุ่มที่มีอายุ 15-59 ปี พบว่ารับประทานอาหารรสหวานร้อยละ 13.0 อาหารไขมันสูงร้อยละ 78.6 อาหารรสเค็มร้อยละ 15.1 และเมื่อพิจารณาเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ารับประทานอาหารรสหวานร้อยละ 13.5

ไขมันสูงร้อยละ 69.3 และอาหารรสเค็มร้อยละ 14.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) จากความสำคัญของปัญหาข้างต้น จะเห็นได้ว่าอาหารโภชนาการมีความสำคัญทั้งในด้านส่งเสริมและผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารหวาน มัน และเค็ม ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคกลุ่ม NCDs ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นอีกแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs (งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย 1) ตัวแปรต้น คือ การอาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาล 2) ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษามีอายุระหว่าง 20-60 ปี อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างจากข้อมูลที่นำเสนอในรู้อยู่แล้ว เมื่อศึกษากลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความผิดพลาดสูงสุดระหว่างสัดส่วนของตัวแปรที่สนใจศึกษาในตัวอย่าง และในประชากร 0.05 โดยมีสูตรดังนี้ $n = (Z^2 \alpha_2 PQ) / (Z^2 \alpha_2 PQ + Nd^2)$ (พิพัฒน์, 2546) โดยที่ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ที่ $\alpha = 0.05$, $Q = 1 - P$, $P =$ สัดส่วนตัวแปรที่สนใจศึกษา, $N = 2,710,725$ (จำนวนประชากร), $d = 0.05$ ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 1,145 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (multistage cluster sampling) ตามสัดส่วนขนาดจังหวัดที่แบ่งตามราชกิจจานุเบกษา พ.ศ. 2552 ได้จังหวัดขนาดใหญ่ จำนวน 2 จังหวัด ขนาดกลาง 1 จังหวัด และขนาดเล็ก 2 จังหวัด (ตารางที่ 1) แล้วเลือกสุ่มหมู่บ้านจากแต่ละเขตเทศบาลในแต่ละอำเภอตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนขนาดตัวอย่างและสัดส่วนตัวแปรที่สนใจศึกษาจำแนกตามขนาดจังหวัด

จังหวัด	ขนาดจังหวัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n)	สัดส่วนตัวแปรที่สนใจศึกษา (p)
อุดรธานี	ใหญ่	353	0.36
นครพนม	ใหญ่	205	0.12
มหาสารคาม	กลาง	149	0.11
นครราชสีมา	เล็ก	319	0.29
อำนาจเจริญ	เล็ก	119	0.08

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การเจ็บป่วย

2) แบบสอบถามภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชีย (WHO, 2004)

3) พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ซึ่งผ่านการตรวจความถูกต้องตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันจำนวน 30 คน ด้วยวิธีของ Cronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 ลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบ่อยมาก คะแนนสูงสุด 5 คะแนน จากนั้นแบ่งระดับการปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนน 3.67 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับดี 2) คะแนน 2.34 - 3.66 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง พฤติกรรมระดับต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะโภชนาการ และพฤติกรรม ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ พฤติกรรม ระหว่างกลุ่มประชากรในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยใช้ Independent Samples T-Test โดยก่อนการวิเคราะห์ ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแจกแจงแบบที (t-test) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์การตัดสินใจเข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีอิสระในการออกจากโครงการวิจัยทันทีที่มีความต้องการโดยไม่เสียผลประโยชน์ใดๆ และผู้วิจัยเคารพในบุคคลกลุ่มตัวอย่าง เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวม ไม่ส่งผลเสียหายต่อบุคคล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,145 คน อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 576 คน (ร้อยละ 50.31)อยู่นอกเขตเทศบาล 569 คน (ร้อยละ 49.69) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งในและนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 60.76, 65.38 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ในและนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 57.47, 53.25 ระดับการศึกษาสูงสุดในเขตเทศบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 38.54 นอกเขตเทศบาลจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.02 มีสถานภาพคู่/สมรส ทั้งในและนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 65.28, 67.14 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ทั้งในและนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 45.83, 43.06 การเจ็บป่วยพบว่ามีโรคประจำตัวทั้งในและนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 13.19, 13.01 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	รวม N=1,145		ในเขตเทศบาล (N=576)		นอกเขตเทศบาล (N=569)	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
เพศ						
ชาย	423	36.94	226	39.24	197	34.62
หญิง	722	63.06	350	60.76	372	65.38
อายุ						
20 – 40 ปี	634	55.37	331	57.47	303	53.25
41 – 60 ปี	511	44.63	245	42.53	266	46.75
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	359	31.35	137	23.78	222	39.02
มัธยมศึกษา/ปวช.	438	38.25	222	38.54	216	37.96
ปวส./อนุปริญญา	103	9.00	60	10.42	43	7.56
ปริญญาตรี/หรือสูงกว่า	232	20.26	151	26.22	81	14.24
ไม่ได้เรียน	13	1.14	6	1.04	7	1.23
สถานภาพสมรส						
โสด	325	28.38	173	30.03	152	26.71
คู่/สมรส	758	66.20	376	65.28	382	67.14
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	62	5.41	27	4.69	35	6.15
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	307	26.81	116	20.14	191	33.57
5,000 – 10,000 บาท	509	44.45	264	45.83	245	43.06
10,001 – 15,000 บาท	168	14.67	94	16.32	74	13.01
15,001 บาทขึ้นไป	161	14.06	102	17.71	59	10.37
การเจ็บป่วย						
ไม่มีโรคประจำตัว	995	86.90	500	86.81	495	86.99
มีโรคประจำตัว	150	13.10	76	13.19	74	13.01

ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.96 ± 0.17 โดยมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 44.27 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 21.01 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 18.58 กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.34 ± 0.16 โดยมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 43.94 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 22.32 และน้ำหนักเกิน ร้อยละ 20.74 (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะโภชนาการ	รวม		ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	104	9.08	63	10.94	41	7.21
ภาวะโภชนาการปกติ	505	44.11	255	44.27	250	43.94
น้ำหนักเกิน	225	19.65	107	18.58	118	20.74
อ้วนระดับ 1	248	21.66	121	21.01	127	22.32
อ้วนอันตราย	63	5.50	30	5.21	33	5.80

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการจำกัดปริมาณน้ำตาลที่รับประทานต่อวันมีระดับคะแนนพฤติกรรมระดับดี การหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลลงในอาหารก่อนรับประทาน และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เหมือนกันทั้งกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาล

พฤติกรรมการบริโภคไขมัน มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันอิ่มตัว การหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด และการหลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันสูง มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เหมือนกันทั้งกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาล

พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสลงในอาหารก่อนรับประทาน การจำกัดปริมาณเกลือที่รับประทานต่อวันมีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เหมือนกันทั้งกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาล ส่วนการหลีกเลี่ยงการใช้ผงชูรส ผงปรุงรส ในอาหาร กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตเทศบาลมีคะแนนพฤติกรรมระดับปานกลาง ส่วนนอกเขตเทศบาลมีคะแนนพฤติกรรมระดับต่ำ (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาลพบว่า พฤติกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การบริโภคไขมัน ($p=0.009$) การบริโภคโซเดียม ($p=0.005$) สำหรับการบริโภคน้ำตาลพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเขตและนอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการบริโภค	ในเขต	นอกเขต
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
การบริโภคน้ำตาล		
หลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลลงในอาหารก่อนรับประทาน	3.57±0.05	3.49±0.05
หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน	3.35±0.04	3.23±0.05
จำกัดปริมาณน้ำตาลที่รับประทานต่อวัน	3.79±0.05	3.75±0.05
การบริโภคไขมัน		
หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม	3.55±0.05	3.34±0.05
หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันไก่ น้ำมันหมู	3.86±0.05	3.61±0.06
หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด	2.66±0.04	2.68±0.04
หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันสูง เช่น หมูติดมัน หนังไก่ เครื่องในสัตว์	2.93±0.04	2.96±0.04
การบริโภคโซเดียม		
หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรส เช่น ปลา ร้า เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส ลงในอาหารก่อนรับประทาน	2.71±0.05	2.62±0.06
หลีกเลี่ยงการใช้ผงชูรส ผงปรุงรส ในอาหาร	2.41±0.05	2.23±0.05
จำกัดปริมาณเกลือที่รับประทานต่อวัน	3.33±0.05	3.14±0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภค ระหว่างกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาล

ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภค	ในเขต	นอกเขต	d.f.	95%CI	t	p
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$				
ค่าดัชนีมวลกาย	22.96±0.17	23.34±0.16	-0.38	-0.85 to 0.08	-1.61	0.107
การบริโภคน้ำตาล	3.57±0.04	3.49±0.04	0.08	-0.03 to 0.19	1.49	0.137
การบริโภคไขมัน	3.34±0.03	3.24±0.03	0.10	0.02 to 0.17	2.64	0.009*
การบริโภคโซเดียม	2.81±0.04	2.66±0.04	0.15	0.05 to 0.25	2.83	0.005*

*significant p < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยค่าดัชนีมวลกาย เป็นตัวบ่งชี้สุขภาพด้านโภชนาการและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่เกิดอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์โดยรวม ร้อยละ 90.8 เมื่อพิจารณาตามการอยู่อาศัยพบว่าในเขตเทศบาลจะสูงกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 10.94 และ 7.21 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่พบว่าภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 5.65 และนอกจากนี้ยังพบปัญหาปัญหาภาวะโภชนาการเกินและอ้วนที่ใกล้เคียงกัน

(BMI \geq 23.00 kg/m²) มีสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 46.81 และ 46.76 (Kankhwao, et al., 2019) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายจากการศึกษาครั้งนี้ภาพรวมทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.15 kg/m² โดยพบกลุ่มที่อยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.96 kg/m² และ 23.34 kg/m² เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 ครั้งล่าสุด พบว่า ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าค่าดัชนีมวลกายของประชาชนไทยในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.13 kg/m² และพิจารณาตามภูมิภาคพบว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีค่าใกล้เคียงกับการสำรวจของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.90 kg/m² (วิชัย, 2557) ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าประชาชนไทย แต่ก็ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการผลกระทบในระยะยาวในเรื่องความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs ได้ และจากการศึกษาค้นคว้าพบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างทั้งในและนอกเขตเทศบาลไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล และไขมันของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาชนิษฐา และคนอื่นๆ (2560) และนอกจากนี้ยังพบว่าทั้งสองกลุ่มอยู่ในภูมิภาคเดียวกัน การรับประทานอาหารจึงไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ภาวะโภชนาการไม่มีความแตกต่างกัน

จากการศึกษาสถานการณ์การบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล พบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารทั้ง 3 ชนิด โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ (ไพรวลัย และคนอื่นๆ, 2559) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากสถานการณ์ทางสุขภาพของทั้งสองกลุ่มพบการเจ็บป่วยค่อนข้างต่ำ การให้ความสำคัญกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพจึงลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสถานะทางสุขภาพที่เจ็บป่วย (ธีรวิทย์, 2557) และเมื่อพิจารณาด้านการศึกษาซึ่งมีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งอาจส่งผลให้มีระดับความรู้หรือต้นทุนทางปัญญาที่เกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ที่จะทำให้เกิดการสื่อสารทางด้านพฤติกรรม และการนำความรู้มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ จึงอาจเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ระดับพฤติกรรมบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง (Sararuk, et al., 2014) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมบริโภคน้ำตาล ของกลุ่มตัวอย่างทั้งในเขตและนอกเขตพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ชัชวาลย์ และคนอื่นๆ, 2560) สำหรับพฤติกรรมบริโภคไขมัน และโซเดียม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีระดับคะแนนที่สูงกว่านอกเขตเทศบาล ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยม/ปวช. ส่วนกลุ่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร และคนอื่นๆ (2556) พบว่าการศึกษาส่งผลต่อความรู้ในด้านการบริโภคและพฤติกรรมอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณการวิจัย และขอขอบคุณอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, กรม. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ
ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- ชนิษฐา อัทนาโถ และคนอื่นๆ. (2562, มกราคม-กุมภาพันธ์). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารกับค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัย
 นวมินทราชินราชมงคล. **วารสารเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์เขตเมือง**, 63(1), 41-54.
- ชัชวาลย์ เผ่าเพ็ง และคนอื่นๆ. (2560, กรกฎาคม-กันยายน). ความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ
 ประชากรไทย: ลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมและสถานะสุขภาพส่งผลอย่างไร. **วารสารวิจัย
 ระบบสาธารณสุข**, 11(3), 316-326.
- ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์. (2557, มกราคม-มิถุนายน). พฤติกรรมการบริโภค : อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อ
 สุขภาพ. **วารสารปัญญาภิวัฒน์**, 5(2), 255-264.
- นุชธิดา สมัยสงฆ์. (2563, ตุลาคม-ธันวาคม). การจัดการด้านอาหารเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 ไม่ติดต่อเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 40(4), 122-130.
- พิพัฒน์ ลิ้มจรรย์กุล. (2546). **กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ :
 เจริญดีการพิมพ์.
- ไพรวลัย โคตรระตะ และคนอื่นๆ. (2559, มกราคม-มิถุนายน). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 10(1),
 25-31.
- โรคไม่ติดต่อ, กอง. (2563). **จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี 2559-2562**. [Online]. Available :
<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020> [2564, พฤษภาคม 5].
- วิชัย เอกพลากร. (2557). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.
 2557**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงาน. (2561). **สำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหาร
 ของประชากร พ.ศ. 2560**. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและ
 สังคม.
- สุภาพร หนูสิงห์ และคนอื่นๆ. (2556, ธันวาคม). การผลิตและการบริโภคผักพื้นบ้านของเกษตรกร จังหวัดพัทลุง.
วารสารเทคโนโลยีสุรนารี, 7(2), 1-19.
- Best J. W. (1977). **Research in education**. (3 rd ed.). New Jersey : Prentice-Hall.
- Coniglio MA. (2016, November). Food and Nutrition: Matters of Public Health. **J Food Nutr
 Popul Health**, 1(1), 1-3.
- Kamala K., et al. (2016, December). Diet and Nutrition in the Prevention of Non-Communicable
 Diseases. **Proc Indian Natn Sci Acad**, 82(5), 1477-1494.
- Kankhwao B., et al. (2019, July-December). Food Consumption and Factors related to Nutrition
 status of Adults people in a village of Kuchinarai district, Kalasin Province. **Koch Cha
 Sarn Journal of Science**, 40(2), 1-13.

Sararuk M., et al. (2014, November-December). Nutritional Knowledge, Attitude toward Food, Dietary Behavior, and Nutritional Status among Public Health Students, Ubonratchathani University. **Journal of Science and Technology Mahasarakham University**, 33(6), 676-685.

WHO expert consultation. (2004). Appropriate body mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. **Lancet**, 363(9403), 157-63.