



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ “พฤติกรรมการใช้รถยนต์ของประชากรวัยทำงานในเขต
กรุงเทพมหานคร”

โดย

อาภาภรณ์ โพธิ์กระจำัง และคณะ

มีนาคม 2563

สัญญาเลขที่ RDG62T0148

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ “พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขต
กรุงเทพมหานคร”

คณะผู้วิจัย

อภาภรณ์ โพธิ์กระจ่าง

สมภูมิ แสงกุล

ขวัญชล หัสโยธิน

ปัทมา โกเมนทร์จรัส

ชินกฤต อุดมลาภไพศาล

สมศักดิ์ คล้ายสังข์

มีนาคม 2563

สนับสนุนโดยสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย วช.-สกสว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

บทสรุปผู้บริหาร

งานวิจัยนี้ต้องการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน และนำเสนอรูปแบบการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล เนื่องจากปัจจุบันการดำรงชีวิตในสังคมไทยมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีแต่ภาวะเร่งรีบและการแข่งขัน ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรมการบริโภคอาหารจำพวกน้ำตาล เมื่อกินเข้าไปจะแปรเปลี่ยนเป็นพลังงานที่ใช้ในร่างกาย และถ้ามากเกินไปจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในร่างกาย ดังนั้นการบริโภคน้ำตาลมากๆ ส่งผลให้น้ำหนักเกินอ้วน และทำให้เกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพตามมา (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2554) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม 25 โรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) ความเสี่ยงที่ภาครัฐต้องการเน้นคือโรคอ้วนที่มาจากการทานหวานมากเกินไปเป็นปัจจัยส่งผลอย่างหนึ่ง เพราะโรคอ้วนเป็นต้นเหตุที่แท้จริงทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเช่นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้นเพื่อให้สามารถการป้องกันตนเองจากการเป็นโรคเบาหวานและตระหนักถึงพิษภัยของโรคเบาหวาน รวมทั้งมีการจัดการตนเองในการป้องกันจากภัยเหล่านี้ได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและหาแนวทางรณรงค์ให้ประชากรไทยมีความรู้ต่อการบริโภคน้ำตาล ไม่เป็นโรค มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านโภชนาการในระดับปานกลาง โดยประชากรที่มีอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา และการตรวจร่างกายประจำปีที่แตกต่างกัน จะมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากขึ้นมีแนวโน้มของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในเรื่องบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบที่ลดลง ในขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพโสด สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และทำงานในบริษัทเอกชน รวมถึงเคยเข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในเรื่องบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบได้ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครนั้น พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการตรวจร่างกายประจำปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อค้นพบในงานวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีมาตรการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ยังมีความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในระดับน้อย จึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ให้มากขึ้น โดยเน้นข้อมูลสำคัญๆ อาทิ คนปกติไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน หรือในอาหารเครื่องดื่มบางจำพวกเช่น เครื่องดื่มขนาด 250 ซีซีนั้น ชาเขียวพร้อมดื่มมีปริมาณน้ำตาลมากกว่าน้ำตาลม เป็นต้น

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการดำรงชีวิตในสังคมไทยมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีแต่ภาวะเร่งรีบและการแข่งขัน ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิต ค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารจำพวกน้ำตาล เมื่อกินเข้าไปจะแปรเปลี่ยนเป็นพลังงานที่ใช้ในร่างกาย และถ้ามากเกินไปจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในร่างกาย ดังนั้นการบริโภคน้ำตาลมากๆ ส่งผลให้น้ำหนักเกินอ้วน และทำให้เกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพตามมา (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2554) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม 25 โรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) ความเสี่ยงที่ภาครัฐต้องการเน้นคือโรคอ้วนที่มาจากการทานหวานมากเกินไปเป็นปัจจัยส่งผลอย่างหนึ่ง

ประชากรไทยที่อยู่ในวัยทำงานซึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปีนั้น มีสัดส่วนของผู้ที่ทานอาหารรสชาติหวานมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพียงแห่งเดียวมีประชากรที่ทานอาหารรสชาติหวานในอาหารมื้อหลักถึงเกือบ 1 ล้านคน ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น อันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลที่เป็นส่วนประกอบในอาหารและเครื่องดื่มต่าง ๆ อย่างไม่เหมาะสมการแก้ไขปัญหาโดยใช้ผลงานวิจัย ดังนั้นเพื่อให้สามารถการป้องกันตนเองจากการเป็นโรคเบาหวานและตระหนักถึงพิษภัยของโรคเบาหวาน รวมทั้งมีการจัดการตนเองในการป้องกันจากภัยเหล่านี้ได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและหาแนวทางรณรงค์ให้ประชากรไทยมีความรู้ต่อการบริโภคน้ำตาล ไม่เป็นโรค มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากการวิจัยทำให้ทราบพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ทำให้สามารถกำหนดรูปแบบการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน เพื่อปรับเปลี่ยนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นและเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลที่ถูกต้อง

Abstract

Nowadays, the way of life in Thai society has changed. Only the hustle and the competition resulting in changes in dietary habits and lifestyle patterns of human values and culture of consumption of sugar foods when eaten, it will transform into energy used in the body. And if too much will be converted into body fat. Therefore, consuming a lot of water accordingly resulting in being overweight and obese and causing disease or subsequent health problems under the strategic plan for Prevention and Control of 25 non-communicable diseases at the national level for 5 years (2017-2021). The risk that the government wants to focus on is obesity that comes from eating very sweet too much is a factor

Thai people in the working age, aged 15-59 years, have the highest proportion of people who eat sweet food especially in the Bangkok area alone. There are nearly million people who eat sweet food on their main meal, causing the majority of the population to become ill and die from non-communicable diseases such as diabetes, heart disease and stroke. Disease, high blood pressure, etc. due to inappropriate behaviour of sugar consumption in various foods and beverages. Solving problems by using research results. Therefore, to be able to protect yourself from diabetes and to be aware of the dangers of diabetes including self-management to protect from these dangers for this reason. The research team is interested in studying sugar consumption behaviour of working-age population in Bangkok and looking for ways to campaign for the Thai population to have knowledge about sugar consumption without disease, have good health and good quality of life.

The behaviour and factors related to sugar consumption behaviour of working-age population in Bangkok make it possible to set up a campaign to promote sugar consumption behaviour among working-age populations. In order to change people to have a better understanding about sugar consumption for better health and to adjust the correct sugar consumption behaviour.

บทที่ 1

บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญของโครงการ

ปัจจุบันการดำรงชีวิตในสังคมไทยมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีแต่ภาวะเร่งรีบและการแข่งขัน ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรมการบริโภคอาหารจำพวกน้ำตาล เมื่อกินเข้าไปจะแปรเปลี่ยนเป็นพลังงานที่ใช้ในร่างกาย และถ้ามากเกินไปจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในร่างกาย ดังนั้นการบริโภคน้ำตาลมากๆ ส่งผลให้น้ำหนักเกินอ้วน และทำให้เกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพตามมา (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2554) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม 25 โรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) ความเสี่ยงที่ภาครัฐต้องการเน้นคือโรคอ้วนที่มาจากการทานหวานมากเกินไปเป็นปัจจัยส่งผลอย่างหนึ่ง เพราะโรคอ้วนเป็นต้นเหตุที่แท้จริงทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเช่นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ประเทศไทยได้บรรจุให้โรคเบาหวานอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทยสุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 (กรุงเทพมหานคร, 2560) ในขณะที่ยังคงการรณรงค์ลดบริโภคหวานหรือดื่มน้ำเปล่า ในช่วง 35 ปีที่ผ่านมาทั่วโลกมีผู้ป่วยเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าจาก 108 ล้านคนในปี 2553 เป็น 422 ล้านคน ในปี 2557 และกำลังเป็นปัญหาในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการตายของประชากรไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการกินอยู่ และการใช้ชีวิตของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการเก็บภาษีน้ำตาลของภาครัฐ ถือเป็นการส่งสัญญาณให้ทุกฝ่ายปรับตัว โดยประชาชนเองก็จะได้รับความรู้หรือสร้างความเข้าใจว่ารัฐบาลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพทำให้ต้องมีการเก็บภาษีน้ำตาลจนทำให้หันมาดูแลสุขภาพมากขึ้น

จากข้อมูลล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2560 พบว่า ประชากรไทยที่อยู่ในวัยทำงานซึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปีนั้น มีสัดส่วนของผู้ที่ทานอาหารรสชาติหวานมากที่สุดโดยคิดเป็นกว่าร้อยละ 65 ของประชากรทั้งหมดที่ทานอาหารรสชาติหวานในอาหารมื้อหลักที่ทานนอกจากนี้ หากพิจารณาเป็นรายภูมิภาคก็จะพบว่า ภาคกลางเป็นภูมิภาคที่มีประชากรทานอาหารรสชาติหวานมากที่สุด คิดเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรที่ทานอาหารรสชาติหวานทั้งหมดในอาหารมื้อหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพียงแห่งเดียวมีประชากรที่ทานอาหารรสชาติหวานในอาหารมื้อหลักถึงเกือบ 1 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

ดังนั้นเพื่อให้สามารถการป้องกันตนเองจากการเป็นโรคเบาหวานและตระหนักถึงพิษภัยของโรคเบาหวาน รวมทั้งมีการจัดการตนเองในการป้องกันจากภัยเหล่านี้ได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและหาแนวทางรณรงค์ให้ประชากรไทยมีความรู้ต่อการบริโภคน้ำตาล ไม่เป็นโรค มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

3. เพื่อเสนอรูปแบบการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

3. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาวะที่ดีของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งประชากรที่คณะวิจัยสนใจศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ประชากรไทยวัยทำงานทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยคณะผู้วิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น การเก็บรวบรวมข้อมูลตามพื้นที่ต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาวะที่ดีเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในเบื้องต้นต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริหารโรคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

- (1) ความหมายของพฤติกรรม
- (2) พฤติกรรมการบริโภค
- (3) การจำแนกประเภทของพฤติกรรม
- (4) องค์ประกอบของพฤติกรรม
- (5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
- (6) พฤติกรรมการบริโภคของคนไทยโดยทั่วไป
- (7) พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล
- (8) พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของเด็ก
- (9) ลักษณะของผลกระทบต่อสุขภาพ
- (10) ระดับในการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพ
- (11) ผลกระทบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล
- (12) แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ
- (13) น้ำตาล
- (14) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- (15) กรอบแนวคิดการวิจัย

ความหมายของพฤติกรรม

ไดมินักวิชาการให้ความหมายต่างๆ ไว้ดังนี้

พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการที่ได้มาหลังกำเนิด คือ บุคคลที่จะมีพฤติกรรมนั้นเพราะเคยได้ร่วมสังสรรค์กับเพื่อนอื่นมาก่อนแล้ว พฤติกรรมมนุษย์ต่างกับพฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิด สันดานอันเป็นสามัญอยู่ในชีวิตสัตว์อื่นทั่วไป (ราชบัณฑิตสถาน 2544 : 33)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคล เพื่อตอบสนองสิ่งเร้าทั้งภายในจิตใจและภายนอก เป็นการกระทำทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ทั้งที่สังเกตเห็นได้หรือไม่ได้ เช่น พฤติกรรมในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่อาจเป็นไปได้ทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ (สุจิตรา เทพไชย 2546 : 14)

Goldenson (1984 : 90, อ้างถึงใน วิริยาภรณ์ เจริญชีพ 2545 : 10) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมไว้ว่า เป็นการกระทำหรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคลและเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองสิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก รวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆ ที่เป็นไปอย่างมีจุดหมาย สังเกตเห็นได้ หรือเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆ ที่ได้ผ่านการใคร่ครวญแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของมนุษย์ที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ อาจจะเป็นความเจ็บปวด ความร้อน ความหนาว การกระตุ้นของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งการมีความคิด ความรู้สึกต่างๆ เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า ซึ่งอาจจะแสดงออกมาให้เห็นเป็นพฤติกรรมภายนอก หรือเป็นพฤติกรรมภายใน (วิมาพร มาพบสุข 2547 : 213)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 45, อ้างถึงใน พิมพ์พรณ ภูปะวะโรทัย 2537 : 35) กล่าวว่าพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน ความรู้สึก ความสนใจ เป็นต้น

จากการศึกษาความหมายของพฤติกรรมดังที่ได้กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์แต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า รวมทั้งความรู้สึกและการกระทำต่างๆ

พฤติกรรมการบริโภค

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมการบริโภค ไว้ดังนี้

วรางคณา บุตรศรี (2538) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติต่างๆ ที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลกระทำอยู่จนติดนิสัย ซึ่งได้แก่การเลือกอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารที่บริโภค และวิธีปฏิบัติในการรับประทานอาหาร

อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2519 : 6) ให้ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคว่า เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการได้รับและการใช้สินค้าและบริการทางเศรษฐกิจ รวมทั้งกระบวนการต่างๆของการตัดสินใจซึ่งเกิดก่อน และเป็นตัวกำหนดปฏิกิริยาต่างๆ เหล่านี้

ธงชัย สันติวงศ์ (2540 : 29, อ้างถึงใน พชรพร บุตตาโถม 2547 : 25) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภค เป็นการกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งเกี่ยวกับการจัดหาให้ได้มาและการใช้ซึ่งสินค้าและบริการ

พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกสรรหาอาหารมาบริโภค และการนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งรวมถึงการเลือกชนิดของอาหาร การเตรียม การปรุง การบริโภคอาหาร (สิริวัฒน์ อายุวัฒน์ อ้างถึงใน พงษ์ลดา นวชัย, 2544 : 23)

พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดหาให้ได้มาบริโภค และการจับจ่ายใช้สอยซึ่งสินค้าและบริการ รวมทั้งกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังการกระทำด้วย (ศุภร เสรีรัตน์, 2537 : 5)

จากการศึกษาความหมายของพฤติกรรมการบริโภคดังที่ได้กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การกระทำต่างๆของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการได้รับ การจัดหาให้ได้มาบริโภค ซึ่งได้แก่ การเลือกชนิดอาหาร วิธีปฏิบัติในการรับประทานอาหาร การเตรียมและการปรุงอาหาร รวมทั้งกระบวนการต่างๆที่เกิดขึ้น

การจำแนกประเภทของพฤติกรรม

ได้มีผู้จำแนกประเภทของพฤติกรรม ไว้ดังนี้

อาภา จันสกุล และ อันชน เกียรติบุตร (2534, อ้างถึงใน มัณฑนา อุเทน, 2539) ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (unlearned Behavior) คือ พฤติกรรมที่อินทรีย์ทำขึ้นเองโดยไม่ได้เรียนรู้มาก่อนเลย

2. พฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ (Learned Behavior) คือ พฤติกรรมที่อินทรีย์ทำขึ้นหลังจากที่ได้มีการเรียนรู้ หรือเลียนแบบจากบุคคลอื่นในสังคม

Coon & Mitterer, 2013: 14, จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์, 2556: 2-3 อ้างถึงใน หัสติน แก้ววิชิต, 2559 ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมภายนอก

พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำหรือปฏิกิริยาทางร่างกายที่ทั้งเจ้าตัวและบุคคลอื่นสามารถสังเกตผ่านอวัยวะรับสัมผัส/ประสาทสัมผัส (ตา หู จมูก ลิ้น หรือ ผิวหนัง) หรือใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ช่วยสังเกตซึ่งมีความหมายสอดคล้องกับคำว่า “พฤติกรรม” ของนิยาม ณ ปัจจุบัน ทั้งนี้ สามารถแบ่งพฤติกรรมภายนอกออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 พฤติกรรมภายนอกชนิดโมลาร์ (Molar Behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยใช้อวัยวะรับสัมผัส ไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น การเดิน การวิ่ง การจาม เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมภายนอกชนิดโมเลกุล (Molecular Behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้หรือวัดได้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์หรือเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ เช่น การทำงานของต่อมต่างๆ ในร่างกาย การทำงานของอวัยวะภายใน หรือการทำงานของระบบประสาท เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายใน

พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลจะโดยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม เป็นกระบวนการที่ไม่สามารถสังเกตได้และไม่สามารถใช้เครื่องมือวัดได้โดยตรง หากเจ้าของพฤติกรรมไม่บอก (บอกกล่าว เขียน หรือแสดงท่าทาง) ได้แก่ ความคิด อารมณ์ความรู้สึก ความจำ การรับรู้ ความฝัน รวมถึง การรับสัมผัสต่างๆ เช่น การได้ยิน การได้กลิ่น ความรู้สึกทางผิวหนัง เป็นต้น ทั้งนี้ พฤติกรรมภายในจำเป็นต้องอนุมานหรือคาดเดาผ่านพฤติกรรมภายนอก โดยพฤติกรรมภายในมีความหมายสอดคล้องกับคำว่า “กระบวนการทางจิต/จิตลักษณะ” ทั้งนี้ พฤติกรรมภายในสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยรู้สึกตัว (Conscious process) เป็นพฤติกรรมที่เจ้าของพฤติกรรมรู้สึกตัวว่ากำลังเกิดพฤติกรรมนั้นๆ หากไม่บอก ไม่แสดงอาการหรือท่าทางใดๆ ก็ไม่มีผู้ใดรับรู้ได้ว่าเกิดพฤติกรรมนั้นๆ ยกตัวอย่างเช่น อารมณ์ความรู้สึก ความคิด ความฝัน จินตนาการ เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว (Unconscious process) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยที่เจ้าของพฤติกรรมไม่รู้สึกตัว หากแต่มีผลต่อพฤติกรรมภายนอก เช่น แรงจูงใจ ความคาดหวัง ความวิตกกังวล เป็นต้น

จากคำจำกัดความข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์อาจจำแนกได้ คือ พฤติกรรมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด พฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ แต่มีนักวิชาการบางท่านแบ่งพฤติกรรมออกเป็น พฤติกรรมภายนอกที่ สามารถสังเกตผ่านประสาทสัมผัสได้ และ พฤติกรรมภายใน ที่เกิดขึ้นโดยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ได้

องค์ประกอบของพฤติกรรม

ครอนบาค (Cronbach, 1972 : 14 อ้างถึงใน สุวิมล ภัคดีพิบูลย์. 2535 : 12) ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของพฤติกรรมแบ่งออกได้ 7 ประการ คือ

1. ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น กิจกรรมบางอย่างก็ให้ความพอใจหรือสนองความต้องการได้ทันที แต่บางอย่างต้องใช้เวลาจนจึงบรรลุความต้องการ

2. ความพร้อม (readiness) คือระดับวุฒิภาวะ หรือ ความสามารถที่จำเป็นในการทำเพื่อสนองความต้องการ

3. สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ

4. การแปลความหมาย (Interpretation) คือ ก่อนที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งลงไป มนุษย์จะพิจารณาสถานการณ์ก่อนแล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการที่เกิดความพึงพอใจมากที่สุดที่จะตอบสนองความต้องการ

5. การตอบสนอง (Respond) เป็นการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยวิธีการที่ได้เลือกแล้วในขั้นการแปลความหมาย

6. ผลที่เกิดขึ้น หรือ ผลลัพธ์ที่ตามมา (Consequence) คือ เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ย่อมได้ผลการกระทำนั้นผลที่ได้อาจสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับความคาดหวังก็ได้

7. ปฏิกริยาต่อความผิดพลาด (Reaction to the wronging) หากไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ เขาอาจจะย้อนกลับไปแปลความหมายของสถานการณ์ และเลือกวิธีการตอบสนองใหม่ก็ได้

จากแนวคิดของครอบครัว สรุปลได้ว่า มนุษย์จะมีพฤติกรรมเป็นเช่นไรนั้น มาจากความต้องการของมนุษย์ที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของตน องค์ประกอบของพฤติกรรม ประกอบด้วย ความมุ่งหมาย ความพร้อม สถานการณ์ การแปลความหมาย การตอบสนอง ผลที่เกิดขึ้น และปฏิกริยาต่อความผิดพลาด ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์

บลูม (Benjamin S. Bloom. 1975: 65 - 197) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain)

เป็นกระบวนการด้านทางสมองเป็นความสามารถทางด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิจัยรณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ จัดจำแนกได้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก ดังนี้

1.1 ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้ ต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และ แนวคิดต่างๆ

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยตีราคาของสิ่งของต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain)

หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก เจตคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคณนั้นยากต่อการที่จะวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ ได้ดังนี้

2.1 การให้ความสนใจ (Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้านั้นและบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับ และการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย ความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้มักใช้คำว่า ค่านิยม ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบและการผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่ม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมนั้น ในการจัดกลุ่มประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และการจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor)

เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือความรู้ความคิดและพฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต้องอาศัยเวลา และเวลาการตัดสินใจหลายขั้นตอนในทางด้านอนามัยถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี แบ่งเป็น 5 ขั้นดังนี้

3.1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกแบบ หรือตัวอย่างที่สนใจ

3.2 การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือทำตามแบบที่สนใจ

3.3 การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง

3.5 การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติ โดยธรรมชาติ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

ได้มีผู้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมไว้ดังนี้

จำนง อิมสมบรุณ (2537, อ้างถึงใน สุจิตรา เทพไชย 2546 : 19) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมไว้ 3 กลุ่ม คือ

แนวคิดที่ 1 เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) รากฐานแนวคิดนี้เอื้อสมมุติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจาก

องค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ หรือ เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

แนวคิดที่ 2 เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) รากฐานแนวคิดนี้เอื้อสมมุติฐานที่ว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมนั้นๆ มาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ระบบสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบทางด้านประชากรศาสตร์ เป็นต้น

แนวคิดที่ 3 เชื่อว่าเกิดจากสหปัจจัย (Mutiple Causal Assumption) รากฐานความคิดนี้เชื่อว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

พฤติกรรมการบริโภคของคนไทยโดยทั่วไป

ปัจจุบันคนไทยยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมทั้งประเภทและปริมาณ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) การขยายตัวของเมืองจากความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ประชากรไทยได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมนานาชาติด้านอาหาร การกิน ทำให้การกินของคนไทยแตกต่างไปจากอดีต มีการบริโภคเนื้อสัตว์มากขึ้น บริโภคผักและผลไม้ลดลง บริโภค หวาน มัน เค็มมากเกินไปความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารสำเร็จรูปเร่งด่วน เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ตามวัฒนธรรมตะวันตก พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพและเป็นปัญหาสุขภาพ เกิดโรคความเจ็บป่วยต่างๆ มาจากการใช้ชีวิตประจำวันไม่ถูกต้อง ทั้งหมดทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ซึ่งมีผลสัมพันธ์ต่อโรคยอดนิยมคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็งโรคต่างๆ เหล่านี้เป็นปัญหา ยาวนานที่ทางภาครัฐต้องการเฝ้าระวัง แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุม 25 โรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) 2560) ความเสี่ยงที่ภาครัฐต้องการเน้นคือ โรคอ้วนที่มาจากการทานหวานมากเกินไปเป็นปัจจัยส่งผลอย่างหนึ่ง เพราะโรคอ้วนเป็นต้นเหตุที่แท้จริงทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเช่นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง เป็นต้น

คนไทยมีรูปแบบในการปรับชีวิตการกินและการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อุตสาหกรรมกินยุคใหม่ พยายามยั่วยวนและบั่นทอนสุขภาพประชาชนจากการมุ่งพัฒนาแต่ด้านเศรษฐกิจ งานวิจัยที่ผู้อื่นได้ทำมาแล้ว (จินทนา อึ้งชูศักดิ์ 2555; เมลดา อภัยรัตน์ 2550; ปราณ อึ้งชูศักดิ์ 2560; ปิยวรรณ 2559; กรมสุขภาพจิต 2561; กระทรวงสาธารณสุข 2561; สุวรรณ เชียงขุนทด 2556; วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; ชีรวิรวรรณไพบุลย์ 2557; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2560) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการกินอาหารใน ประชากรทั้งทั่วประเทศและบางจังหวัดทั่วภูมิภาค สามารถตีความข้อมูลทั้งหมดได้ว่าการที่คนไทยมีภาวะ เจ็บป่วยนั้นส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารว่างและอาหารที่มีไขมันสูง รับสารอาหารที่ถูกหลักตาม โภชนาการไม่ถูกต้องออกกำลังกายไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีรสหวานเป็นสาเหตุของโรคที่พบ โดยทั่วไปทั้งหมดของคนไทย ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคที่เกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจ น้ำตาลหรือของหวานแต่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินซึ่งจะเป็นบ่อให้เกิดโรคต่างๆตาม มาตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม การควบคุมการบริโภคหวานก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องเร่งรณรงค์ เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือด ยังคงจัดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญอันดับต้นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับระดับค่าความวิกฤตของสุขภาพร่างกาย (ณัฐธ ยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล 2551) สนับสนุนโดยงานวิจัยของนักวิจัยด้านการแพทย์มากมายทั้งในประเทศและ

ต่างประเทศ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การตระหนักถึงการควบคุมระดับน้ำตาลจำเป็นต้อง การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคอื่นๆด้วยการควบคุมความหวานในการบริโภค (ณัฐยานี ประเสริฐอำไพสกุล 2551; สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย 2559; Richard Moore 2001; Dennis Pollock 2556; Mark Hyman 2555, Tom Moore 2551)

พฤติกรรมบริโภคน้ำตาล

น้ำตาลจัดเป็น “พลังงานสูญเปล่า” เนื่องจากให้แต่พลังงานอย่างเดียวโดยไม่ให้สารอาหารอื่นใด โดยน้ำตาล 1 กรัมจะให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี ความเจริญทางอุตสาหกรรมและความมั่นคงของสังคมทำให้ลักษณะการกินอาหารของมนุษย์เปลี่ยนไป (จินทนา อึ้งชูศักดิ์) การรับประทานน้ำตาลในคนไทยมีลักษณะการบริโภคน้ำตาลในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช้อยู่ในรูปแบบน้ำตาลทรายเป็นส่วนมาก (จินทนา อึ้งชูศักดิ์ 2555, เมลดา อภัยรัตน์ 2550, ปรรณนา อึ้งชูศักดิ์ 2560, ปิยวรรณ 2559, กรมสุขภาพจิต 2561, กระทรวงสาธารณสุข 2561, สุวรรณ ชัยขุนทด 2556, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561, ชีรวิธ วราธรไพบูลย์ 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2560) คือน้ำตาลที่บริโภคจะอยู่ในพวกเครื่องดื่มและอาหารว่างอาหารขบเคี้ยว คนไทยบริโภคน้ำตาลเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม อาหารและขนมผลิตภัณฑ์นมปรุงแต่งรสหวานและมาจากผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) องค์การอนามัยโลกแนะนำไม่ควรบริโภคน้ำตาลจากอาหารทุกชนิดเกิน 6 ช้อนชาต่อวัน (เนชั่น บรอดแคสติ้ง คอร์ปอเรชั่น จำกัด) คนปกติมีความต้องการน้ำตาลเพียง 5 - 10 % ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ปริมาณน้ำตาลไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) จากข้อมูลการสำรวจปริมาณการบริโภคน้ำตาลภายในประเทศ พ.ศ. 2526 - 2550 ของศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล พบว่าคนไทยมีอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคน ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า จาก 12.8 กิโลกรัม/คน/ปี (10 ช้อนชา/คน/วัน) ในพ.ศ. 2530 เพิ่มขึ้นเป็น 28.5 กิโลกรัม/คน/ปี (19 ช้อนชา/คน/วัน) ในพ.ศ. 2540 เป็น 36.4 กิโลกรัม/คน/ปี (25 ช้อนชา/คน/วัน) ในพ.ศ. 2550 และมีแนวโน้มบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) โดยน้ำตาลเหล่านี้เป็นน้ำตาลส่วนเพิ่มขึ้นจากน้ำตาลที่เราได้รับจากอาหารต่างๆ ในธรรมชาติ แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมคนไทยมีแนวโน้มการบริโภคน้ำตาลเฉลี่ยต่อคนสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (จินทนา อึ้งชูศักดิ์)

กระทรวงศึกษาธิการ (2561) ให้ความรู้ว่าช่วงอายุของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเริ่มมีการบริโภคหวานเกินคือกลุ่มคนวัยทำงาน (15 – 59 ปี) เพราะกลุ่มคนวัยนี้ต้องการพลังงานมากกว่าวัยอื่นในการทำงาน โดยเติมน้ำอัดลมและเติมน้ำหวาน ร้อยละ 31 (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) จุดเริ่มต้นของการเกิดโรคเบาหวานจึงมักมาจากช่วงอายุนี้นี้ การติดน้ำตาลหรือติดหวานนั้น มาจากนิสัยการกินตั้งแต่วัยเด็ก ดังนั้นการจำกัดการบริโภคน้ำตาลต้องเริ่มตั้งแต่เด็กๆ เพราะหากเกิดความเคยชินกับรสหวานก็จะทำให้ติดรสหวานและเพิ่มปริมาณการบริโภคน้ำตาลมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะกินน้ำตาลหรือของหวานเพิ่มมากขึ้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ (กรมควบคุมโรค)

ส่วนในวัยชราที่เป็นโรคต่างๆเช่นเบาหวาน หัวใจ ความดัน และอื่นๆเพิ่มมากขึ้นในทุกวันนี้ก็เนื่องจากการพัฒนาโรคเหล่านี้ตั้งแต่วัยทำงาน ประชาชนไทยยังขาดความเข้าใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมปรับเปลี่ยนรับประทานหวาน เพราะทัศนคติของประชาชนไทยมักคิดว่าการทานน้ำตาลทรายให้โทษและหากจะลดหวานก็ต้องลดการบริโภคน้ำตาลทราย แต่งานวิจัยหลายชิ้นจากหน่วยงานภาครัฐเช่น กระทรวงสาธารณสุข

และ กรมสุขภาพจิต มาแล้ว (จินทนา อึ้งชูศักดิ์ 2555, เมลดา อภัยรัตน์ 2550, ปรรณนา อึ้งชูศักดิ์ 2560, ปิยวรรณ 2559, กรมสุขภาพจิต 2561, กระทรวงสาธารณสุข 2561, สุวรรณา เชียงขุนทด 2556, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561, อีวีวีร์วารสารไพบูลย์ 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2560) หลายท่านกล่าวว่าการปรับพฤติกรรมการกินหวานที่ผ่านมายังไม่ได้ผลและยังพบกลุ่มคนไทยที่เป็นโรคเบาหวานอีกมากในทุกวัย การลดการบริโภคน้ำตาลทรายตัวเดียวไม่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ ทักษะคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินสำคัญกว่าการจดจ่อกับการลดปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายอย่างเดียว การลดการบริโภคน้ำตาลในรูปแบบที่แฝงมากับเครื่องดื่มและอาหารขบเคี้ยวอื่นด้วยนั้นควรเป็นสิ่งที่ต้องตระหนักถึงมากกว่า นอกจากนี้ก็ควรใช้ชีวิตให้เข้ากับสังคมเมืองอย่างเหมาะสมมีแบบแผน

พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของเด็ก

รายงานข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน โดยกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กอายุ 10 ปี ร้อยละ 33 และเด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 47.1 มีพฤติกรรมการเลือกกินขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม หลังเวลา 6 โมงเย็น 1-3 วันต่อสัปดาห์ (กรมอนามัย (ก)) เช่นเดียวกับ สุธา เปิดเผยว่าผลการศึกษาโดยเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานในปี 2557 พบว่า เด็กอายุ 2-5 ปี ร้อยละ 64 บริโภคน้ำตาลมากกว่า 8 ช้อนชาต่อวัน โดยแหล่งอาหารที่เป็นที่มาสำคัญของการได้รับน้ำตาลมากเกินไปของเด็กไทย ได้แก่ น้ำอัดลม และนมเปรี้ยว (กรมอนามัย (ข)) และผลการศึกษาของ วรรณภา ก็พบว่า เด็กนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานครนิยมบริโภคเครื่องดื่มเป็นอาหารว่างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.5 โดยเครื่องดื่มที่เด็กดื่มมากที่สุด คือน้ำอัดลม (วรรณภา อิทธิโมยะ) จากการสำรวจอัตราชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในกลุ่มเด็กวันเรียน (เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 5 - 15 ปี) ระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2559 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559 เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.10 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) สถานการณ์ปัจจุบันที่ทั่วโลกกำลังเผชิญกัน คือ ปัญหาโรคอ้วน โรคเบาหวานในเด็กที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น มาจากพฤติกรรมการกินขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มรสหวาน (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) ปัญหาโรคอ้วนเป็นปรากฏการณ์โรคอ้วน สหรัฐ ยุโรปมีปัญหาโรคอ้วนในเด็ก ร้อยละ 30 สำหรับในประเทศไทยปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กมีประมาณร้อยละ 10 (ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์) เด็กอายุต่ำกว่า 2 ขวบ: ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เติมน้ำตาล, เด็กอายุ 2-8 ปี: ไม่ควรกินอาหารที่ใส่น้ำตาลมากกว่า 3 ช้อนชา, เด็กอายุ 8-18 ปี: ไม่ควรกินอาหารที่ใส่น้ำตาลมากกว่า 5-8 ช้อนชา (theAsianparent Editorial Team) ผลเสียของน้ำตาลที่มีต่อสุขภาพเห็นได้ชัดตั้งแต่วัยเด็ก ปัจจุบันค่าเฉลี่ยของอายุที่เด็กเริ่มฟันผุจะค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ ทุกวันนี้เพียง 2 ขวบกว่าๆ เด็กน้อยก็เริ่มฟันผุและฟันหลุด (หมอชาวบ้าน) จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประเทศไทยพบว่า เด็กอายุ 12 ปี เป็นโรคฟันผุถึงร้อยละ 56 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 1.7 ซี่ต่อคน (กรมอนามัย (ค)) เครื่องดื่มผสมน้ำตาลที่วางจำหน่ายในประเทศไทยพบมีปริมาณน้ำตาลสูงมากเฉลี่ย 9-19 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร ขณะที่ปริมาณที่เหมาะสมคือไม่ควรมีน้ำตาลมากกว่า 6 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เพราะจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือดหัวใจ และฟันผุ (กรมอนามัย (ง)) การติดหวาน สามารถถูกสร้างขึ้นมาตั้งแต่วัยต้นของชีวิต เด็กจึงมีแนวโน้มชอบอาหารรสหวาน พ่อแม่ และผู้ใหญ่ที่เป็นคนเลี้ยงดูเด็กจึงเป็นคนกลุ่มแรกที่สร้างภาวะติดรสหวานให้เด็ก นอกจากนี้ยังพบว่า ยิ่งเด็กอายุมากขึ้น ยิ่งกินเครื่องดื่มผสมน้ำตาลมากขึ้น นอกจากจะทำให้เด็กฟันผุแล้ว ยังทำให้เด็กติดนิสัยกินหวานอันนำไปสู่โรค ซึ่งบั่นทอนคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคต (ชนิกา ตู้จินดา)

ลักษณะของผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลกระทบต่อสุขภาพมักจำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ (วัลลภา, 2545)

ผลกระทบโดยตรง (Direct Impact)

เป็นผลกระทบทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบาย แผนงาน หรือโครงการโดยตรง โดยมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้องน้อยมาก เช่น ผลกระทบทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำเหมืองแร่ในเขตป่า หรือผลกระทบต่อสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากความวิตกกังวลในอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ผลกระทบลักษณะนี้มักง่ายต่อการวิเคราะห์เชิงปริมาณ และการติดตามเฝ้าระวัง เพราะมีตัวแปรเข้ามาเกี่ยวข้องน้อย

ผลกระทบโดยอ้อม (Indirect Impact)

เป็นผลกระทบที่ไม่ได้เกิดขึ้นกับสุขภาพโดยตรง แต่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหลายตัวร่วมกัน จนมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในที่สุด เช่น สุขภาพกายที่แย่ลง เนื่องมาจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิต ภายหลังจากทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมลงจากการดำเนินโครงการ หรือผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการประเมินผลกระทบในลักษณะนี้ค่อนข้างยากในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

ผลกระทบสะสม (Cumulative Impact)

เป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมที่สะสมจากการดำเนินนโยบาย แผนงาน และโครงการต่างๆ ในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ผลกระทบทางสุขภาพรุนแรงกว่าที่คาดการณ์ไว้ การวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพในแต่ละโครงการจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ หรือประชากรแต่ละกลุ่มเป็นอย่างดี รวมทั้งต้องคาดการณ์ไปสู่ความเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่น่าจะเกิดขึ้น แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะอยู่นอกเหนือขอบเขตของโครงการก็ตาม

ระดับในการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพ

ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ย่อมมีผลลัพธ์ของการศึกษาแตกต่างกันทั้งในแง่ของข้อมูลทางวิชาการ ข้อสรุปสำหรับเรียนรู้ทางสังคม และผลที่มีต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งระดับในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอาจแบ่งได้ 4 ระดับ ได้แก่

1. ผลกระทบในระดับปัจเจกบุคคล

ผลกระทบที่มีต่อความเจ็บป่วย หรือสถานะทางสุขภาพของแต่ละบุคคล การประเมินผลกระทบในระดับนี้มักง่ายต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำให้เข้าใจถึงผลกระทบที่แตกต่างกันในสมาชิกที่แตกต่างกันของแต่ละครัวเรือน แต่การประเมินผลกระทบในระดับนี้เพียงอย่างเดียว ก็มีข้อจำกัดในการเข้าใจถึงผลกระทบทางสุขภาพในขอบเขตที่กว้างขึ้น และลึกซึ้งขึ้น เพราะขาดกรอบการมองมิติความสัมพันธ์ในระดับและโครงสร้างต่างๆ

2. ผลกระทบในระดับครอบครัว

ผลกระทบที่มีต่อความสัมพันธ์ภายในครัวเรือน ซึ่งจะทำให้ผู้ประเมินเห็นถึงขีดความสามารถในการรับมือกับปัญหาในระดับครอบครัวหรือในชุมชนใกล้เคียงกัน ผู้วิเคราะห์ก็อาจเห็นถึงปัญหาอันเนื่องมาจากความล้มเหลวในการรับมือกับปัญหาดังกล่าว จนเกิดเป็นปัญหาภายในครอบครัว หรือขยายปัญหาในระดับชุมชน การประเมินผลกระทบในระดับนี้จึงเป็นการศึกษาในระดับที่เป็นจุดเชื่อมต่อกับสถาบันทางสังคมที่ใหญ่ขึ้นกว่านั้น เช่น ชุมชนหรือองค์กรของรัฐ ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

3. ผลกระทบในระดับชุมชน

ผลกระทบที่มีต่อความสามารถในการจัดการคุ้มครองและสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน การประเมินในระดับนี้ทำให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือของชุมชนในการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของสมาชิกในชุมชนจากการดำเนินนโยบาย หรือโครงการ

4. ผลกระทบในระดับสาธารณะ

ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของสาธารณะในวงกว้าง จำกัดเฉพาะกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบโดยตรง หรือผลกระทบที่มีต่อทักษะของสาธารณะในแง่ของสำคัญของสุขภาพ เช่น การมองเห็นทางเลือกหรือโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างไปจากเดิม หรือทักษะที่มีต่อความเสี่ยง ของแต่ละกลุ่มประชากร และภาพรวมที่เปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบาย แผนงาน หรือโครงการนั้น การประเมินผลกระทบในระดับสาธารณะแม้ว่าจะยากในการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมิน แต่ก็มีความสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

การวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพในแต่ละระดับจะมีความแตกต่างกันไป และไม่สามารถให้ภาพของผลกระทบต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ได้ ดังนั้น การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพที่ดี จึงควรพิจารณาผลกระทบต่อสุขภาพในทุกระดับเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างลึกซึ้งและชัดเจน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งสำหรับการกำหนดแนวทางในการเสริมผลกระทบทางบวก และลดผลกระทบทางลบจากการดำเนินนโยบาย แผนงาน หรือโครงการในระดับต่างๆ

ผลกระทบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำตาล

สภาพปัจจุบันของสังคมไทยได้แปรเปลี่ยนไปมาก อันเป็นผลมาจากการพัฒนาประเทศอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปทั้งวัฒนธรรมการบริโภค การขยายตัวของเมือง สินค้าที่มีสัญลักษณ์ของความทันสมัย เช่น ฟาสต์ฟู้ด น้ำอัดลม ชา กาแฟ รวมทั้งของกินไม่เป็นมื้ออย่างขนมและไอศกรีม กลายเป็นสินค้าที่ผู้คนบริโภคกันเป็นปกติในวิถีชีวิตประจำวัน เป็นผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่มุ่งเน้นที่ความสะดวก รวดเร็ว ทำให้การกระจายตัวของอาหารถึงสำเร็จรูป อาหารสำเร็จรูปและอาหารพร้อมปรุงเข้ามา มีบทบาทมากขึ้น (การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการ ของประเทศไทย ครั้งที่ 5) และที่สำคัญสินค้าเหล่านั้นล้วนมีน้ำตาลเป็นส่วนผสม การบริโภคน้ำตาลที่เป็นส่วนประกอบของอาหารและเครื่องดื่มที่มากเกินไป จะก่อให้เกิดโรค โดยปริมาณน้ำตาลที่คนไทยได้รับ ส่วนใหญ่มาจากขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล โดยเฉลี่ยในแต่ละวันคนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยกว่า 3 แก้ว หรือ 519.3 มิลลิลิตร โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิงในขณะที่ปริมาณที่เหมาะสม คือ ไม่ควรมีน้ำตาลมากกว่า 6 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เพราะจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในระยะยาว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานมีอาการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น (การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการ ของประเทศไทย ครั้งที่ 5) คนไทยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญใน 5 โรค เพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง โดยช่วงปี 2544 - 2557 มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยกว่าร้อยละ 12 สาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งอาหารหวานมันเค็ม เครื่องดื่มรสหวาน การบริโภคผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และการขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเจ็บป่วย

ด้วยโรคไม่ติดต่อเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศและส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาว (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12)

ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF : International Diabetes Federation) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20 - 64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย) เบาหวานกำลังเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ร้ายแรงและมีผลกระทบด้านสังคม - เศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวงจนไม่สามารถเมินเฉยได้ โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อประชากรในทุกช่วงวัย โดยไม่คำนึงถึงภูมิประเทศ และรายได้ (สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ) ในประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุกของเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 ด้านการกระจายตัวของโรคเบาหวานพบมีความแตกต่างระหว่างเพศ โดยพบในเพศหญิง (ร้อยละ 9.8) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 7.8) (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2559) ในปัจจุบันมีผู้หญิงมากกว่า 199 ล้านคนที่เบาหวาน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 313 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 และโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 9 ของผู้หญิงทั่วโลก คิดเป็นอัตรา 2.1 ล้านคนต่อปี (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย)

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus หรือ DM หรือ Diabetes) เป็นโรคหนึ่งที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากในปัจจุบัน และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือเซลล์ในร่างกายไม่ตอบสนองอย่างเหมาะสมต่ออินซูลินที่ผลิต โดยอินซูลินทำหน้าที่ควบคุมการเปลี่ยนน้ำตาลที่ถูกดูดซึมเข้าร่างกายไปเป็นพลังงาน หากอินซูลินมีปัญหา ก็จะส่งผลให้เซลล์ไม่สามารถดึงน้ำตาลไปใช้ได้ น้ำตาลจึงตกค้างในกระแสเลือดมาก ไตจึงขับของเสียออกมาทางปัสสาวะ เป็นเหตุให้ปัสสาวะหวาน (ณัฐรุส สิบหมู่, 2552) โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องเฝ้าระวัง และนำไปสู่โรคแทรกซ้อนมากมาย ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบร่างกาย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า หลอดเลือดหัวใจและสมอง (Liu et al. 2013) จากสถิติพบว่าทั่วโลกโดยเฉลี่ยทุก 30 วินาทีจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตและทำจากโรคเบาหวานหนึ่งข้าง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และในเวลาทุก 6 วินาที จะมีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2014) ในประเทศไทยพบเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าเบาหวานชนิดอื่นและพบอัตราความชุกสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว พบว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณร้อยละ 95 - 96.3 มีอัตราความชุกของเบาหวานประมาณร้อยละ 2.5 - 7 ในประชากรไทยที่เป็นผู้ใหญ่ (จิตติ สนับสนุน, 2545)

แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ

ในการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นเนื่องจากสาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยหลายๆปัจจัย ซึ่งอาจเป็นทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล การนำข้อมูลมาวางแผนด้านสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง แนวทางการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปนิยมใช้ “PRECEDE Model หรือ PRECEDE Framework” (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) อันเป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานด้านสุขศึกษา พัฒนาขึ้นโดย Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter (1991) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย หรือสหปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจึงต้องมี

การวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดวิธีการเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป สำหรับหลักการของทฤษฎีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวได้จำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กล่าวคือ

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ รวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และปัจจัยส่วนบุคคล อาทิ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนการดำเนินงานทางด้านสุขภาพด้วย

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้รวมทั้งความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ สิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) โดยปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้อย่างยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด โดยปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น ในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอโดยไม่ควรมอง ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ สำหรับการดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์จะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม นั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม การจัดลำดับความสำคัญของปัจจัย การจัดกลุ่มปัจจัย และความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้น ก็จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

น้ำตาล

น้ำตาล (sugar) คือ สารประกอบคาร์โบไฮเดรตประเภทโมโนแซ็กคาไรด์ และไดแซ็กคาไรด์ซึ่งมีรสหวาน เป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดหนึ่งที่เป็นหน่วยย่อยที่เล็กที่สุด อีกทั้งให้แต่พลังงานแต่ไม่ให้สารอาหารอย่างอื่น น้ำตาล 1 กรัมจะให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี โดยทั่วไปจะได้มาจากอ้อย มะพร้าว ตาล โดยหลักๆ สามารถแบ่งตามลักษณะทางเคมีได้เป็น 3 ชนิด ใหญ่ๆ ได้แก่

1. น้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว หรือ โมโนแซ็กคาไรด์ (monosaccharide) สามารถละลายน้ำที่กระเพาะลำไส้ได้ และร่างกายสามารถดูดซึมและย่อยไปใช้ได้ทันที โดยที่ร่างกายไม่จำเป็นต้องนำน้ำตาลชนิดนี้ไปผ่านกระบวนการย่อย เมื่อร่างกายได้รับจะรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า มีเรี่ยวแรง

- น้ำตาลกลูโคส (glucose)

มีหน่วยเล็กที่สุด ร่างกายดูดซึมไปใช้ประโยชน์ได้เร็ว เป็นแหล่งพลังงานสำคัญให้กับอวัยวะต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย น้ำตาลชนิดนี้เหมาะกับผู้ที่ต้องการพลังงาน และอ่อนเพลีย ซึ่งสามารถพบกลูโคสได้ใน

ส่วนต่างๆของพืช เช่น ข้าว แป้ง น้ำตาล น้ำผึ้ง ผัก และผลไม้ แต่หากร่างกายได้รับกลูโคสมากเกินไปจะทำให้เกิดไขมันไปสะสมอยู่ตามอวัยวะต่างๆ ได้ รวมทั้งมีความหวานที่ต่ำกว่าน้ำตาลทรายธรรมดาประมาณร้อยละ 40

- น้ำตาลฟรักโทส (fructose)

น้ำตาลชนิดนี้สามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการร่วมกับอินซูลิน ทำให้ถูกเผาผลาญออกได้ง่าย มักพบเจอในผลไม้ทั่วไปที่มีรสหวาน เช่น กัลยัม แดงโม เบอร์รี่ และสามารถพบได้จากน้ำเชื่อม หรือน้ำหวานต่างๆ แต่จะพบในน้ำผึ้งมากที่สุด ข้อเสียของน้ำตาลชนิดนี้ คือ จะเกิดการกระตุ้นความอยากอาหาร และทำร่างกายอึดได้ยาก จุดเด่นของฟรักโทส คือ มีความหวานมากกว่าน้ำตาลทรายถึง 1.4 เท่า

- น้ำตาลกาแล็กโทส (galactose)

น้ำตาลชนิดนี้สามารถแปรเปลี่ยนเป็นน้ำตาลโมเลกุลคู่ได้ เป็นหนึ่งในน้ำตาลที่เกิดจากกระบวนการย่อยในน้ำนม ประโยชน์ของน้ำตาลชนิดนี้ คือ ช่วยในกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อให้กับเด็กอ่อน และสร้างผลิตภัณฑ์นมต่างๆ ได้หลายชนิด

2. น้ำตาลโมเลกุลคู่ หรือ ไดแซ็กคาไรด์ (disaccharide) เป็นการรวมตัวกันระหว่างน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว 2 โมเลกุล มีคุณสมบัติให้ความหวาน และต้องผ่านการย่อยที่กระเพาะและลำไส้ก่อน ร่างกายจึงจะดูดซึมไปใช้งานได้ เป็นน้ำตาลที่เกิดจากกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ประกอบไปด้วยเช่น

- น้ำตาลซูโครส (sucrose)

น้ำตาลชนิดนี้เกิดจากการนำตาลกลูโคส รวมกับน้ำตาลฟรุคโตส ซึ่งคือ น้ำตาลทราย หรือน้ำตาลอ้อยที่ใช้ประกอบอาหาร สามารถพบน้ำตาลซูโครสได้จากอ้อย หัวบีต และผลไม้ทั่วไปที่มีรสหวาน

- น้ำตาลแล็กโทส (lactose)

สามารถพบเจอน้ำตาลชนิดนี้ในน้ำนมสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมเป็นส่วนใหญ่ ร่างกายย่อยและดูดซึมได้โดยเอนไซม์แลคเตส แต่หากใครแพ้น้ำตาลชนิดนี้อาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ได้

- น้ำตาลมอลโทส (maltose)

สามารถพบน้ำตาลชนิดนี้ได้จากการย่อยเอนไซม์ในข้าวมอลต์ ข้าวบาเลย์ เมล็ดข้าวที่กำลังงอก หรือจากการย่อยแป้ง

3. น้ำตาลโมเลกุลใหญ่ หรือ โพลีแซ็กคาไรด์ (polysaccharides) น้ำตาลชนิดนี้เกิดจากน้ำตาลชั้นเดียวหลายๆ โมเลกุลรวมกัน ร่างกายจะย่อยค่อนข้างยากและช้า เนื่องจากเป็นน้ำตาลที่มีโมเลกุลซับซ้อน เช่น แป้ง ไกลโคเจน เซลลูโลส เดกซ์ทริน

นอกจากนี้น้ำตาลยังแบ่งตามความบริสุทธิ์ทางการผลิตเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1. น้ำตาลทรายดิบ (Raw sugar) คือน้ำตาลที่ได้จากกระบวนการผลิตขั้นต้นมีความบริสุทธิ์ต่ำ มีสิ่งสกปรกเจือปนอยู่ ไม่สามารถนำไปบริโภคได้ทันที ลักษณะเป็นสีน้ำตาลเข้ม น้ำตาลชนิดนี้ต้องนำไปผ่านกระบวนการทำให้บริสุทธิ์ก่อน นิยมใช้ส่งออกขายในต่างประเทศ หรือเก็บไว้ในการผลิตน้ำตาลทรายขาว

2. น้ำตาลทรายดิบคุณภาพสูง (High polarization sugar) คือน้ำตาลที่ผ่านกระบวนการทำให้บริสุทธิ์ในระดับหนึ่ง สามารถทานได้ มีสีเหลืองแกมน้ำตาล ราคาถูกกว่าน้ำตาลทรายขาว แต่ไม่ค่อยได้รับความนิยม

3. น้ำตาลทรายขาว (White sugar) คือน้ำตาลที่ผ่านกระบวนการทำให้บริสุทธิ์ เพราะเอาสิ่งเจือปนออกแล้ว มีความบริสุทธิ์สูง น้ำตาลชนิดนี้โดยทั่วไปใช้ในการบริโภค

4. น้ำตาลทรายขาวบริสุทธิ์ (Refined sugar) คือน้ำตาลที่ผ่านกระบวนการจนมีความบริสุทธิ์สูงที่สุด นิยมใช้ในอุตสาหกรรมที่ต้องการใช้น้ำตาลที่มีความบริสุทธิ์มาก เม็ดสีขาวใสสะอาด มีสิ่งเจือปนอื่นๆ ติดอยู่เป็นส่วนน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธนิษฐ์ ขจิตวรพันธ์ (2559) ทำการศึกษาเรื่องกลยุทธ์และปัจจัยทางการตลาดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลออร์แกนิก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลออร์แกนิกของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลออร์แกนิกของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณใช้การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ด้วยตัวแปรทวินาม ซึ่งประกอบด้วย t-test, f-test, LSD, Correlation ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 25-33 ปี สถานภาพโสด การศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนหรือลูกจ้าง รายได้ระหว่าง 15,000-25,000 บาท 2. ลักษณะประชากรศาสตร์ให้ระดับความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลออร์แกนิกที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกลยุทธ์ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลออร์แกนิกโดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

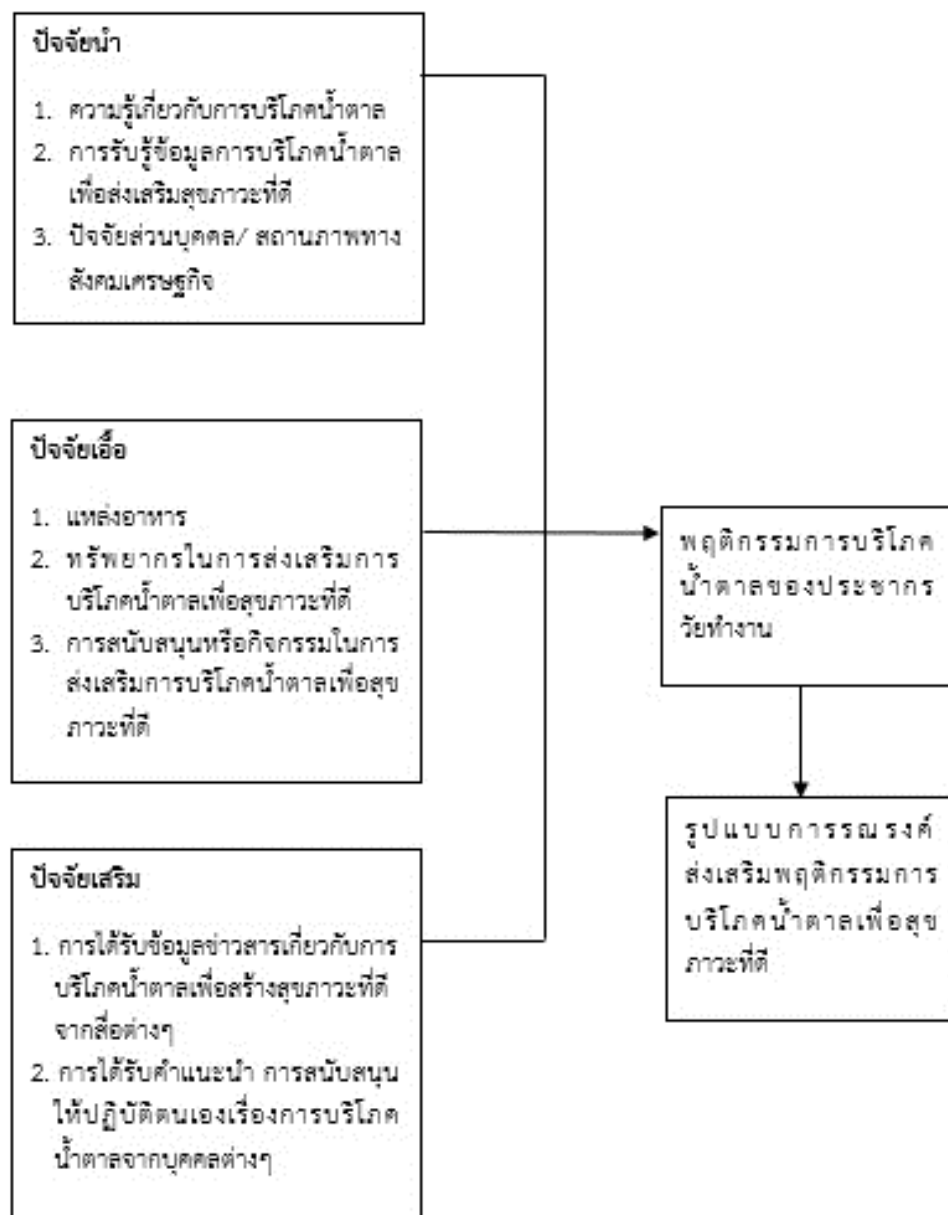
นภสร ไชยชนะ (2556) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำอัดลมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า นักศึกษาที่บริโภคน้ำอัดลมเป็นประจำเลือกบริโภคประเภทน้ำสีขนาด 500 ซีซี (ร้อยละ 71.0) (แฟนต้า มิรินต้า สไปรท์ เซเว่น-อัพ) มากกว่าประเภทน้ำดำ (เป๊ปซี่ โค้ก บิ๊กโคล่า) เลือกบริโภคช่วงออกกำลังกาย/ทำงานหนัก (ร้อยละ 75.0) ชื่อน้ำอัดลมจากห้างสรรพสินค้า (ร้อยละ 65.0) นักศึกษาที่บริโภคน้ำอัดลมเป็นบางครั้ง เลือกบริโภคประเภทน้ำดำขนาด 250 ซีซี (ร้อยละ 33.0) ช่วงระหว่างพักการเรียน/ว่างเรียน (ร้อยละ 33.5) นิยมชื่อน้ำอัดลมจากร้านมินิมาร์ท (ร้อยละ 38.8) นักศึกษาที่บริโภคน้ำอัดลมนานๆ ครั้ง เลือกบริโภคประเภทน้ำดำขนาด 250 ซีซี (ร้อยละ 12.7) ช่วงระหว่างพักการเรียน/ว่างเรียน (ร้อยละ 16.3) นิยมชื่อน้ำอัดลมจากซุ้มน้ำ (ร้อยละ 22.0) ส่วนประสมการตลาดมีความสำคัญต่อการตัดสินใจบริโภคในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ด้านส่งเสริมการตลาด ด้านราคา ด้านผลิตภัณฑ์ และด้านสถานที่จัดจำหน่าย เพศ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำอัดลม อายุ ไม่มี ความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำอัดลม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนประสมการตลาดด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำอัดลม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เยาว์ภา ภีระ (2552) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคขนมนอกเวลาเรียนของเด็กประถมศึกษาที่โรงเรียนดำเนินนโยบายปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ อำเภอลอง จังหวัดแพร่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมนอกเวลาเรียนของนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียนที่ดำเนินนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ใช้การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่กินขนมประเภทแป้ง ร้อยละ 77.0 และมันฝรั่งทอด ร้อยละ 73.0 และมีทัศนคติต่อนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมนอกเวลาเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ

ส่วนสูง และจำนวนเงินที่ได้ในวันหยุด และเหตุที่เด็กนักเรียนเลือกซื้อขนมเพราะรสชาติอร่อย ($p\text{-value}=0.05$) นอกจากนี้พบว่า ความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมนอกเวลาเรียนของเด็ก ประถมศึกษาที่โรงเรียนดำเนินนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครครั้งนี้ ผู้วิจัยอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณที่เน้นการสำรวจ (Survey Research) ด้วยแบบสอบถาม และใช้ค่าสถิติช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรวัยทำงานทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชากรวัยทำงาน ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3,655,854 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง)

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการหาขนาดและวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. คำนวณหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัย โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ของ Taro Yamane (Yamane, 2010) ดังนี้

สูตร	$n =$	$\frac{N}{1 + Ne^2}$
	N	= ขนาดของประชากร
	n	= ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	e	= ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง 0.05
เมื่อ	N	= 3,655,854
	e	= 0.05
แทนค่าสูตร	n	= $\frac{3,655,854}{1 + 3,655,854 (0.05)^2}$
	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	= 400 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จากขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ข้างต้น ผู้วิจัยอาศัยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two-stage sampling) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนแรก: เลือกตัวอย่างพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ พื้นที่เขตพญาไท และเขตดุสิต มาเป็นตัวอย่างในการศึกษา เนื่องจากมีประชากรวัยทำงานที่หลากหลายกระจุกตัวอยู่หนาแน่น และเป็นพื้นที่ที่มีการจ้างงานมากอันดับต้นๆในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเหมาะที่จะเป็นพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา ภายใต้กรอบระยะเวลาดำเนินโครงการที่กำหนด

ขั้นตอนที่สอง: เลือกตัวอย่างประชากรวัยทำงาน ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี แบบสุ่มกระจายอย่างง่าย (Simple random sampling) จนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นต่างๆจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ระบุไว้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งรายละเอียดของเครื่องมือและขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือมี ดังนี้

3.2.1 แบบสอบถาม (questionnaire) ผู้วิจัยปรับปรุงข้อความคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยลักษณะเนื้อหาของคำถามและเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล จำแนกออกเป็น 5 ส่วน กล่าวคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา น้ำหนักและส่วนสูง (เพื่อนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย) การตรวจร่างกายประจำปี และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ตอน กล่าวคือ

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี เป็นข้อความถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 12 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

- ตอบถูก ได้ 1 คะแนน
- ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การแปลผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าพิสัยของคะแนนความรู้ ซึ่งมีระดับ คะแนน ดังนี้

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - 1/2$ S.D.

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1/2$ S.D.

ระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + 1/2$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี ลักษณะของข้อความถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ มี 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจำนวน 10 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 10 – 50 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	5	1
เห็นด้วย ให้คะแนน	4	2
ไม่แน่ใจ ให้คะแนน	3	3
ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	1	5

การแปลผล แบ่งระดับการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าพิสัยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ ของการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - 1/2$ S.D.

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1/2$ S.D.

ระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + 1/2$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 1 การมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชน
ที่อาศัย

ตอนที่ 2 การสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

ทั้ง 2 ตอนเป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	ให้คะแนน	5
มาก	ให้คะแนน	4
ปานกลาง	ให้คะแนน	3
น้อย	ให้คะแนน	2
ไม่มีเลย	ให้คะแนน	1

การแปลผล แบ่งระดับปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าพิสัยของคะแนนปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - 1/2$ S.D.

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1/2$ S.D.

ระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + 1/2$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดี
จากสื่อ

ตอนที่ 2 การได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาล
จากบุคคล

ทั้ง 2 ตอนเป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับประจำ	ให้คะแนน 5
ได้รับบ่อยมาก	ให้คะแนน 4
ได้รับปานกลาง	ให้คะแนน 3
ได้รับนานๆครั้ง	ให้คะแนน 2
ไม่ได้รับเลย	ให้คะแนน 1

การแปลผลแบ่งระดับปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าพิสัยของคะแนนปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - 1/2$ S.D. ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1/2$ S.D. ระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + 1/2$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มี 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ มีคะแนน ระหว่าง 20 – 100 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้คะแนน	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้คะแนน	4	2
ปฏิบัติปานกลาง ให้คะแนน	3	3
ปฏิบัตินานๆครั้ง ให้คะแนน	2	4
ไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน	1	5

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าพิสัยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - 1/2$ S.D. ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1/2$ S.D. ระดับดี คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + 1/2$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

3.3 วิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร การสร้างเครื่องมือมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 กำหนดขอบเขตในการออกแบบเครื่องมือวิจัย

3.3.2 ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือวิจัย

3.3.3 สร้างแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบแสดงความเห็น

3.3.4 แบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตรวจแก้สำนวน ภาษาความครอบคลุมของเนื้อหาและความเที่ยงตรง จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพัตรา กาญจนโกนาศ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธนิต พุกธรา

3.3.5 นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องที่พบก่อนที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยละเอียด พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบและเก็บแบบสอบถามคืน

3.4.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถาม เมื่อพบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะมีการสอบถามเพิ่มเติม

3.5 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดย อาศัยค่าสถิติต่างๆด้วยวิธีการวิเคราะห์ อันประกอบด้วย

3.5.1 การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Method) เป็นการนำเอาข้อมูลจากการสำรวจที่ได้รับข้างต้น มาทำการจัดระเบียบและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยอาศัยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ตารางแจกแจงความถี่ (ค่าร้อยละ) ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยนำในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

3.5.2 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Method) อาศัยการวิเคราะห์เชิงถดถอยด้วยเทคนิควิธีกำลังสองน้อยที่สุด (ordinary least square: OLS) และค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

3.5.3 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ใช้สำหรับการนำข้อมูลผลการศึกษาที่ได้รับจากวิธีการวิเคราะห์ในข้อ 3.5.1 และ 3.5.2 มาสังเคราะห์และสรุปข้อค้นพบที่จะนำเสนอถึงรูปแบบการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

โดยผลการวิเคราะห์ต่างๆข้างต้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตาราง แผนภาพ ประกอบความเรียงต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในบทนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการสำรวจเชิงปริมาณ โดยนำมาเรียบเรียงและนำเสนอเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละส่วนโดยลำดับ กล่าวคือ

คณะผู้วิจัยได้จำแนกการรายงานผลข้อมูลออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 แสดงถึงผลการวิเคราะห์ในเรื่องของพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร อันประกอบด้วย 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ 2) ปัจจัยนำในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี 3) ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การมีทรัพยากรและการสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชนที่อาศัย 4) ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีจากสื่อต่างๆ รวมถึงการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ และ 5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการ (แหล่งอาหาร) และด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ส่วนที่ 2 แสดงถึงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร และส่วนที่ 3 นำเสนอรูปแบบการณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

4.1 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญด้วยแบบสอบถามกับประชากรวัยทำงานทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน อันได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำมาเสนอในรูปของการแจกแจงความถี่ อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลกับประชากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรวม 400 คน เกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม 10 ด้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย (คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย) การตรวจร่างกายประจำปี และการมีโรคประจำตัว ปรากฏผลการศึกษาดังตารางที่ 4.1 ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ

ประชากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครที่ตกเป็นตัวอย่างในครั้งนี้ มีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือ ร้อยละ 57.5 และร้อยละ 42.5 ตามลำดับ

อายุ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42 เป็นผู้มีอายุระหว่าง 40-49 ปี รองมาได้แก่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 33.3 ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-29 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 17.7 และส่วนที่เหลือร้อยละ 7 เป็นผู้มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ตามลำดับ

สถานภาพสมรส

กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.5) มีสถานภาพโสด รองมาคือ ผู้ที่สมรสทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียน มีสัดส่วนร้อยละ 38 ในขณะที่ผู้ที่เป็นม่าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่มีสัดส่วนร้อยละ 9.5

การนับถือศาสนา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.2 นับถือศาสนาพุทธ รองมาได้แก่ ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ และอิสลาม มีสัดส่วนร้อยละ 4.5 และร้อยละ 1 ตามลำดับ

อาชีพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพทำงานในบริษัทเอกชนหรือโรงงาน ที่สำคัญรองมาได้แก่ ค้าขายหรือประกอบอาชีพส่วนตัว มีสัดส่วนร้อยละ 24 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16 และเป็นข้าราชการหรือทำงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 12 ตามลำดับ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,000-20,000 บาท รองมาได้แก่ ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท มีสัดส่วนร้อยละ 21 และผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 20,001-30,000 บาท มีสัดส่วนร้อยละ 18.3 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 7.2 เท่านั้น ที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้

การศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 42.8 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี รองมาได้แก่ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีสัดส่วนร้อยละ 18.3 และระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 13 ตามลำดับ

ค่าดัชนีมวลกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับที่เหมาะสม ($18.5 - 24.9$ ก.ก./ m^2) รองมาคือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ ($25.0 - 29.9$ ก.ก./ m^2) ร้อยละ 21.3 และต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 ก.ก./ m^2) ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้เป็นโรคอ้วนหรือมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 ก.ก./ m^2 นั้น มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น ที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้

การตรวจร่างกายประจำปี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.8 เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปีเป็นบางครั้ง ในขณะที่ผู้ที่เข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปีและไม่เคยตรวจเลยนั้น มีสัดส่วนร้อยละ 17.5 และร้อยละ 10.7 ตามลำดับ

การมีโรคประจำตัว

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.5) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีโรคประจำตัว ในขณะที่อีกร้อยละ 6.5 มีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภูมิแพ้ รวมถึงโรคหอบหืด ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การกระจายร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ

(n = 400)

ลักษณะ		ร้อยละ
เพศ		
	ชาย	42.5
	หญิง	57.5
	รวม	100.0
อายุ		
	15-29 ปี	17.7
	30-39 ปี	33.3
	40-49 ปี	42.0
	50-59 ปี	7.0
	รวม	100.0
สถานภาพสมรส		
	โสด	52.5
	สมรส (จดทะเบียน/ไม่จดทะเบียน)	38.0
	ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9.5
	รวม	100.0
การนับถือศาสนา		
	พุทธ	94.2
	อิสลาม	1.0
	คริสต์	4.5
	อื่นๆ (ไม่ได้นับถือศาสนา)	0.3
	รวม	100.0
อาชีพ		
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	9.0
	เกษตรกร	0.8
	รับจ้างทั่วไป	16.0
	ทำงานบริษัทเอกชน/โรงงาน	33.0
	ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	24.0
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12.0
	อื่นๆ (พนักงานราชการ/ก่อสร้าง)	5.2
	รวม	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n = 400)

ลักษณะ	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
ต่ำกว่า 10,000 บาท	21.0
10,000-20,000 บาท	53.5
20,001-30,000 บาท	18.3
มากกว่า 30,000 บาท	7.2
รวม	100.0
การศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	18.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	18.3
อนุปริญญา/ปวส.	13.0
ปริญญาตรี	42.8
ปริญญาโท/สูงกว่า	7.2
รวม	100.0
ค่าดัชนีมวลกาย	
ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 ก.ก./ม ²)	13.8
เหมาะสม (18.5 – 24.9 ก.ก./ม ²)	62.3
มากกว่าเกณฑ์ (25.0 – 29.9 ก.ก./ม ²)	21.3
เป็นโรคอ้วน (สูงกว่า 30 ก.ก./ม ²)	2.8
รวม	100.0
การตรวจร่างกายประจำปี	
ตรวจเป็นประจำทุกปี	17.5
ตรวจเป็นบางครั้ง	71.8
ไม่เคยตรวจเลย.	10.7
รวม	100.0
การมีโรคประจำตัว	
ไม่มี	93.5
มี	6.5
รวม	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n = 25)

ลักษณะ	ร้อยละ
ประเภทของโรคประจำตัว	
โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE)	4.0
โรคภูมิแพ้	16.0
โรคเบาหวาน	28.0
โรคไมเกรน	4.0
โรคหอบหืด	12.0
ไขมันในเส้นเลือด	4.0
โรคความดันโลหิตสูง	16.0
เส้นเลือดในสมองตีบ	4.0
โรคกระเพาะอาหาร	4.0
เป็นมากกว่า 1 โรค อาทิ	8.0
เบาหวาน-ความดัน	
รวม	100.0

4.1.2 ปัจจัยนำในการดูแลสุขภาพ

ในการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นเนื่องจากสาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยหลายๆปัจจัย ซึ่งอาจเป็นทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล การนำข้อมูลมาวางแผนด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง แนวทางการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปที่นิยมนำมาใช้คือ “PRECEDE Model หรือ PRECEDE Framework” (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors) โดยจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาร่วมปัจจัยนำ มีปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ และการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ซึ่งปรากฏผลการวิเคราะห์ในแต่ละส่วน ดังต่อไปนี้

1) ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยมีพิสัยของคะแนนระหว่าง 0 – 12 คะแนน ซึ่งเมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีค่าพิสัยของคะแนนจริง เท่ากับ 3 – 12 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.88 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.678 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ได้ ดังนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 3.00 – 7.04	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 7.05 – 8.70	คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 8.71 – 12.00	คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพะที่ดีในภาพรวมและเป็นรายข้อ ปรากฏดังตารางที่ 4.2 และ 4.3 ตามลำดับ กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพะที่ดีในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 36 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 การกระจายร้อยละของภาพรวมระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพะที่ดี (n = 400)

ระดับความรู้	ร้อยละ
ระดับน้อย	40.0
ระดับปานกลาง	24.0
ระดับมาก	36.0

เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพะที่ดีจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งสามารถตอบคำถามที่กำหนดไว้ได้ ยกเว้นคำถามข้อ 3) โดยทั่วไปคนปกติไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 8 ช้อนชาต่อวัน และข้อ 12) ในเครื่องดื่มขนาด 250 ซีซี โค้กมีปริมาณน้ำตาลมากกว่า ชาเขียวพร้อมดื่ม ซึ่งมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกเพียงร้อยละ 31.2 และร้อยละ 41.8 ตามลำดับเท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 4.3 ทั้งนี้ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ คำถามข้อ 1) การบริโภคผัก ผลไม้ที่มีสีสั่นแตกต่างกัน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองอุดตัน ข้อ 9) การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเองและสามารถติดตามปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคน้ำตาลได้ และข้อ 8) ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยมีสัดส่วนผู้ตอบถูกเท่ากับร้อยละ 95.5 ร้อยละ 82 และร้อยละ 81 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 การกระจายร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพะที่ดี จำแนกรายข้อ (n = 400)

ลำดับ	ข้อคำถามความรู้ (คำตอบ)	ร้อยละ	
		ตอบถูก	ตอบผิด
1	การบริโภคผัก ผลไม้ที่มีสีสั่นแตกต่างกัน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองอุดตัน (ใช่)	95.5	4.5
2	เพื่อส่งเสริมสุขภาพะที่ดี ขนมใส่กะทิเป็นอาหารที่บริโภคได้เป็นประจำทุกวัน (ไม่ใช่)	66.3	33.7
3	โดยทั่วไปคนปกติไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 8 ช้อนชาต่อวัน (ไม่ใช่: 6 ช้อนชา)	31.2	68.8

4	การบริโภคน้ำตาลทรายแดงหรือน้ำตาลทรายสีขาวให้วิตามินและเกลือแร่มากกว่าน้ำตาลทรายขาว (ใช่)	61.5	38.5
5	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจได้ (ใช่)	71.8	28.2
6	คนที่นิยมกินน้ำตาล และของหวานอย่างสม่ำเสมอและกินเป็นจำนวนมาก เป็นคนหนึ่งที่เข้าข่ายมีภาวะไขมันในเลือด (ไตรกลีเซอไรด์) สูง (ใช่)	65.8	34.2
7	โดยทั่วไปคนวัยทำงานร่างกายต้องการน้ำตาลทรายน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีกิจกรรมในแต่ละวันมาก (ใช่)	62.0	38.0
8	ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง (ใช่)	81.0	19.0
9	การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเองและสามารถติดตามปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคน้ำตาลได้ (ใช่)	82.0	18.0
10	การดื่มเบียร์/สุราเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอ้วนหรือมีน้ำหนักตัวมากขึ้น (ใช่)	79.0	21.0
11	คนที่เป็นโรคเบาหวานควรรับประทานข้าวสอยมากกว่าข้าวกล้อง (ไม่ใช่)	50.5	49.5
12	ในเครื่องดื่มขนาด 250 ซีซี โค้กมีปริมาณน้ำตาลมากกว่าชาเขียวพร้อมดื่ม (ไม่ใช่)	41.8	58.2

2) ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

ในส่วนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ โดยมีพิสัยของคะแนนระหว่าง 10 – 50 คะแนน ซึ่งเมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีค่าพิสัยของคะแนนจริง เท่ากับ 28 – 50 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.53 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.035 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ได้ ดังนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 28.00 – 36.51	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 36.52 – 40.53	คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 40.54 – 50.00	คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในภาพรวม และเป็นรายข้อ ปรากฏดังตารางที่ 4.4 และ 4.5 ตามลำดับ กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ มีการรับรู้ในระดับมาก ร้อยละ 30.5 และมีการรับรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 29.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 การกระจายร้อยละของภาพรวมระดับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี

(n = 400)

ระดับการรับรู้	ร้อยละ
ระดับน้อย	29.3
ระดับปานกลาง	40.2
ระดับมาก	30.5

เมื่อพิจารณาการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า คำตอบของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับ “เห็นด้วย” หรือเห็นตรงกับข้อคำถามที่กำหนด ยกเว้นข้อคำถามที่ 10) ผู้หญิงมีปริมาณน้ำตาลที่ควรบริโภคในแต่ละวันน้อยกว่าผู้ชาย ซึ่งความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับ “ไม่แน่ใจ” ดังปรากฏข้อมูลผลการศึกษาในตารางที่ 4.5 ทั้งนี้เมื่อทำการเรียงลำดับความคิดเห็นของข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือตรงกับข้อคำถามที่กำหนดจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ คำถามข้อ 1) การลดน้ำตาลในการปรุงอาหารลงมาครึ่งหนึ่ง เติมน้ำตาลในเครื่องดื่มให้น้อยลง หันมาดื่มน้ำผลไม้สดแทนน้ำอัดลม และใช้ความหวานจากธรรมชาติแทนในการปรุงอาหาร ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ข้อ 8) การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และช่วยให้ทราบถึงปริมาณบริโภคน้ำตาลที่เหมาะสมได้ และข้อ 9) องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเพื่อสุขภาพฟันที่ดีและภาวะด้านโภชนาการที่สมดุล โดยจำกัดปริมาณน้ำตาลไม่ควรเกิน 12 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งมีสัดส่วนของผู้ตอบเท่ากับร้อยละ 55.5 ร้อยละ 50.2 และร้อยละ 48.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 การกระจายร้อยละของระดับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี จำแนกรายข้อ

(n = 400)

ลำดับ	ข้อคำถามการรับรู้ข้อมูล	ร้อยละ				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	การลดน้ำตาลในการปรุงอาหารลงมาครึ่งหนึ่ง เติมน้ำตาลในเครื่องดื่มให้น้อยลง หันมาดื่มน้ำผลไม้สดแทนน้ำอัดลม และใช้ความหวานจากธรรมชาติแทนในการปรุงอาหาร ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น	36.3	55.5	7.2	1.0	-
2	ควรรับประทานผักผลไม้สดมากๆ เพราะอาหารพวกนี้ให้วิตามิน เกลือแร่ และกากจำนวนมาก แถมยังได้รสหวานจากน้ำตาลฟรักโทส กลูโคสอีกด้วย	34.5	43.5	21.0	1.0	-

3	พฤติกรรมการทำงานของคนวัยทำงานปัจจุบัน มีส่วนกระตุ้นให้มีการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป เช่น การใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ทำให้ต้องมีเครื่องดื่มบริโภคไปพร้อมๆกัน	18.5	43.2	32.0	5.8	0.5
4	การออกกำลังกายทำให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันโรคจากการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป	23.4	42.8	30.0	3.8	-
5	มาตรการเชิงนโยบายด้านอาหารเพื่อควบคุมป้องกันโรคอ้วนทำได้โดยการควบคุมการจำหน่ายอาหารที่ให้พลังงานสูง การแสดงข้อมูลบนฉลากควบคุมโฆษณา และการใช้มาตรการด้านราคาเพื่อเพิ่มราคาอาหารทำลายสุขภาพ และลดราคาอาหารเพื่อสุขภาพ	20.2	45.8	31.0	3.0	-
6	ความเครียดส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต และเสี่ยง ทำให้เกิดโรคอ้วนได้	28.2	45.5	23.8	2.5	-
7	การลดเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงทำให้น้ำหนักลดลงได้มากกว่าอาหารธรรมดา	17.0	43.5	32.5	6.8	0.2
8	การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และช่วยให้ทราบถึงปริมาณบริโภคน้ำตาล ที่เหมาะสมได้	20.0	50.2	27.3	2.5	-
9	องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเพื่อสุขภาพฟันที่ดีและภาวะด้านโภชนาการที่สมดุล โดยจำกัดปริมาณน้ำตาลไม่ควรเกิน12 ช้อนชาต่อวัน	19.3	48.7	26.7	4.8	0.5
10	ผู้หญิงมีปริมาณน้ำตาลที่ควรบริโภคในแต่ละวันน้อยกว่าผู้ชาย	7.0	32.2	48.0	12.3	0.5

4.1.3 ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้ รวมทั้งความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ โดยปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆเป็นไปได้ง่ายขึ้น

ในการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อนี้ จึงมีปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การมีทรัพยากร และการสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย ซึ่งปรากฏผลการวิเคราะห์ในแต่ละส่วน ดังต่อไปนี้

1) การมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

สำหรับการมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีพิสัยของคะแนนระหว่าง 4 – 20 คะแนน แต่ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่า มีค่าพิสัยของคะแนน เท่ากับ 7 – 20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.95 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.621 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนในส่วนนี้ได้ดังต่อไปนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 7.00 – 13.63 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 13.64 – 16.25 คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 16.26 – 20.00 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับการมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัยในภาพรวมและเป็นรายข้อ ปรากฏดังตารางที่ 4.6 และ 4.7 ตามลำดับ กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.3) มีปัจจัยเอื้อด้านการมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัยในระดับปานกลาง รองลงมาคือการมีทรัพยากรในการส่งเสริม ฯ ในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.7 และในระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 การกระจายร้อยละของภาพรวมระดับการมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

(n = 400)

ระดับการมีทรัพยากรในการส่งเสริม	ร้อยละ
ระดับน้อย	28.7
ระดับปานกลาง	45.3
ระดับมาก	26.0

เมื่อพิจารณารายละเอียดของผลการศึกษาระดับปัจจัยเอื้อด้านการมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชนที่อาศัย อันประกอบด้วย 1) ตลาดหรือร้านจำหน่ายอาหารหลากหลายและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ 2) แหล่งให้บริการเครื่องดื่มที่สะอาด ไม่กระตุ้นให้มีการบริโภคน้ำตาลทรายในปริมาณมากเกินไป 3) สถานที่ออกกำลังกาย และ 4) สวนหย่อม หรือมุมพักผ่อนหย่อนใจ พบว่า ในชุมชนที่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทรัพยากรดังกล่าวอยู่ในระดับ “มาก” หรือเพียงพอต่อการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดี ยกเว้นสวนหย่อมหรือมุมพักผ่อนหย่อนใจ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าอยู่ในระดับ “ปานกลาง” ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การกระจายร้อยละของระดับปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 400)

ลำดับ	ข้อความถาม	ร้อยละ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
การมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อ สุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย						
1	ตลาดหรือร้านจำหน่ายอาหารที่หลากหลายและมี ประโยชน์ต่อสุขภาพ	24.5	53.5	17.0	4.5	0.5
2	แหล่งให้บริการเครื่องดื่มที่สะอาด ไม่กระตุ้นให้มีการ บริโภคน้ำตาลทรายในปริมาณมากเกินไป	22.7	41.0	30.7	4.8	0.8
3	สถานที่ออกกำลังกาย	18.8	38.0	37.0	6.0	0.2
4	สวนหย่อม หรือมุมพักผ่อนหย่อนใจ	15.0	34.5	35.5	14.2	0.8
การมีกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อ สุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย						
1	โครงการหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้าน การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการ บริโภคน้ำตาลมากเกินไป เช่น โรคอ้วน	23.8	52.5	19.5	3.5	0.7
2	โครงการหรือกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลาย ความเครียด	24.5	44.3	25.0	5.5	0.7
3	นโยบาย/โครงการ / กิจกรรม หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและ ของมีนเมา	27.4	34.7	30.3	6.3	1.3

2) การมีกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชนที่อาศัย

สำหรับการสนับสนุนหรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชนที่อาศัย มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ มีพิสัยของคะแนนระหว่าง 3 – 15 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.62 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.293 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนในส่วนนี้ได้ ดังต่อไปนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 3.00 – 10.47 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 10.48 – 12.75 คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 12.76 – 15.00 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนหรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชนที่อาศัยในภาพรวมและเป็นรายข้อ ปรากฏดังตารางที่ 4.8 และ 4.7 ดังกล่าวมาแล้ว กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37) มีปัจจัยเอื้อต่อการมีกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชนที่อาศัยในระดับมาก รองลงมาคือ การมีกิจกรรมในการส่งเสริม ฯ ในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.5 และในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 การกระจายร้อยละของภาพรวมระดับการมีกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชนที่อาศัย

(n = 400)	
ระดับการมีกิจกรรมในการส่งเสริม	ร้อยละ
ระดับน้อย	29.5
ระดับปานกลาง	33.5
ระดับมาก	37.0

เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมที่มีการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชนที่อาศัย อันประกอบด้วย 1) โครงการหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป เช่น โรคอ้วน 2) โครงการหรือกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลายความเครียด และ 3) นโยบาย โครงการ หรือกิจกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา พบว่า ในชุมชนที่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับ “มาก” หรือเพียงพอต่อการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดี ดังแสดงในตารางที่ 4.7

4.1.4 ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด โดยปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง โดยอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้

ในส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมครั้งนี้ มีปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ รวมถึงการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ ซึ่งปรากฏผลการวิเคราะห์ในแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

1) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีพิสัยของคะแนนระหว่าง 5 – 25 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.20 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.408 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนในส่วนนี้ได้ดังต่อไปนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 5.00 – 11.49 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 11.50 – 16.89 คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 16.90 – 25.00 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ ในภาพรวมและเป็นรายข้อ ปรากฏดังตารางที่ 4.9 และ 4.10 ตามลำดับ กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.2) ได้รับปัจจัยเสริมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ ในระดับมาก รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ฯ จากสื่อต่างๆ ในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.5 และในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 การกระจายร้อยละของภาพรวมระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ

(n = 400)

ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร	ร้อยละ
ระดับน้อย	36.5
ระดับปานกลาง	20.3
ระดับมาก	43.2

เมื่อพิจารณาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีของกลุ่มตัวอย่างในสื่อแต่ละประเภท ก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยรับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวผ่านทางวิทยุกระจายเสียงเลย เช่นเดียวกับสื่อสิ่งพิมพ์ อันได้แก่ หนังสือพิมพ์ และแผ่นพับ โปสเตอร์ หรือป้ายประกาศ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับในระดับน้อย มีเพียงสื่อประเภทโทรทัศน์และอินเทอร์เน็ตเท่านั้น ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีในระดับมากและมากที่สุด ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การกระจายร้อยละของระดับปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 400)

ลำดับ	ข้อความถาม	ร้อยละ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาล เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ						
1	วิทยุกระจายเสียง	3.3	12.0	31.3	20.8	32.6
2	โทรทัศน์	14.2	34.5	12.8	22.3	16.2
3	หนังสือพิมพ์	10.0	22.5	19.5	27.5	20.5
4	แผ่นพับ โปสเตอร์ ป้ายประกาศ	5.3	18.5	27.5	33.5	15.2
5	อินเทอร์เน็ต	27.8	26.3	13.7	23.7	8.5
การได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเอง เรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ						
1	บุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง	14.8	58.8	21.3	3.8	1.3
2	เพื่อนร่วมงาน	8.5	30.0	38.5	19.8	3.2
3	เพื่อนบ้าน	4.0	22.8	33.8	28.4	11.0
4	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	9.0	22.7	29.7	35.8	2.8

2) การได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ

สำหรับการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีพิสัยของคะแนนระหว่าง 4 – 20 คะแนน แต่ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่า มีค่าพิสัยของคะแนน เท่ากับ 5 – 20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.81 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.734 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนในส่วนนี้ได้ดังต่อไปนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 5.00 – 11.44 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 11.45 – 14.16 คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 14.17 – 20.00 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับการการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆในภาพรวมและเป็นรายข้อ ปรากฏดังตารางที่ 4.11 และ 4.10 ดังที่กล่าวมาแล้ว กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 35 รองลงมาได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆในระดับปานกลาง และระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 34 และร้อยละ 31 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 การกระจายร้อยละของภาพรวมระดับการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ

(n = 400)

ระดับการได้รับคำแนะนำ	ร้อยละ
ระดับน้อย	35.0
ระดับปานกลาง	34.0
ระดับมาก	31.0

เมื่อพิจารณารายละเอียดของการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลกลุ่มต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้องในระดับมาก รองมาได้แก่ เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้านในระดับปานกลาง แต่ได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพียงในระดับน้อยเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่สำรวจพบในครั้งนี้มีอาการพบบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพียงบางครั้งที่การตรวจสุขภาพประจำปี และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จึงทำให้ได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลในระดับน้อย นั่นเอง

4.1.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลที่ก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำตาลโดยตรง แต่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการ (แหล่งอาหารที่มีน้ำตาลแฝงอยู่) และด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ดังนั้น ในการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ครั้งนี้ จึงเป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้านดังกล่าว ซึ่งปรากฏผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมและแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม มีข้อคำถามรวมทุกด้านทั้งหมด 20 ข้อ มีพิสัยของคะแนนระหว่าง 20 – 100 คะแนน แต่ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่า มีค่าพิสัยของคะแนน เท่ากับ 46 – 87 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.74 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.671 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนได้ ดังนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 46.00 – 60.40	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 60.41 – 67.06	คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 67.07 – 87.00	คะแนน

สำหรับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ปรากฏดังแสดงในตารางที่ 4.12 กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมเพียงในระดับปานกลางเท่านั้น โดยคิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.2 รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 33.5 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับมาก ซึ่งมีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 4.12 การกระจายร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม

(n = 400)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ร้อยละ
ระดับน้อย	33.5
ระดับปานกลาง	44.2
ระดับมาก	22.3

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ มีพิสัยของคะแนนระหว่าง 4 – 20 คะแนน แต่ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่า มีค่าพิสัยของคะแนน เท่ากับ 7 – 20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.85 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.457 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนในส่วนนี้ได้ ดังต่อไปนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 7.00 – 14.62	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 14.63 – 17.06	คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 17.07 – 20.00	คะแนน

สำหรับผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ปรากฏดังแสดงในตารางที่ 4.13 กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.5 รองลงมา มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในระดับมากและระดับน้อย โดยมีสัดส่วนเกือบเท่าๆ กันคือร้อยละ 27 และ 26.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 การกระจายร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง

(n = 400)

ระดับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ร้อยละ
ระดับน้อย	26.5
ระดับปานกลาง	46.5
ระดับมาก	27.0

3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ

การรับประทานน้ำตาลในคนไทยมีลักษณะการบริโภคน้ำตาลในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช้อยู่ในรูปแบบน้ำตาลทรายเป็นส่วนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพวกเครื่องดื่ม อาหารว่าง ผลไม้และขนมต่างๆ เช่นนี้ การลดการบริโภคน้ำตาลในรูปแบบที่แฝงมากับเครื่องดื่มและอาหารอื่นๆ ดังกล่าวนั้น จึงควรเป็นสิ่งที่ต้องตระหนักถึงมากกว่าการให้ความสำคัญไปที่การมุ่งลดปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายเพียงอย่างเดียว

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการในครั้งนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ มีพิสัยของคะแนนระหว่าง 11 – 55 คะแนน แต่ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่า มีค่าพิสัยของคะแนน เท่ากับ 23 – 50 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.05 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.529 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนในส่วนนี้ได้ ดังต่อไปนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 23.00 – 30.78	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 30.79 – 35.30	คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 35.31 – 50.00	คะแนน

สำหรับผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ปรากฏดังแสดงในตารางที่ 4.14 กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 44.2 รองลงมา มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการในระดับน้อยและระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 30 และร้อยละ 25.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.14 การกระจายร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการ

(n = 400)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ	ร้อยละ
ระดับน้อย	30.0
ระดับปานกลาง	44.2
ระดับมาก	25.8

4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

การที่คนไทยมีภาวะเจ็บป่วยนั้น ส่วนใหญ่นอกจากเกิดจากการขาดการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การรับประทานที่ไม่ถูกต้องหลักโภชนาการแล้ว ยังเกิดจากการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอด้วย

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่สำรวจในครั้งนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ มีพิสัยของคะแนนระหว่าง 5 – 25 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.84 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.651 คะแนน ดังนั้น จึงสามารถกำหนดเกณฑ์แปลผลค่าระดับคะแนนในส่วนนี้ได้ดังต่อไปนี้

ระดับน้อย	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 5.00 – 13.01	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 13.02 – 16.65	คะแนน
ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 16.66 – 25.00	คะแนน

สำหรับผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในภาพรวม ปรากฏดังตารางที่ 4.15 กล่าวคือ

จากตารางที่ 4.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในระดับน้อยเท่านั้น โดยคิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.7 รองลงมา มีการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 33.3 และในระดับปานกลาง ในสัดส่วนร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตามลำดับ

ตารางที่ 4.15 การกระจายร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (n = 400)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้าน การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	ร้อยละ
ระดับน้อย	41.7
ระดับปานกลาง	25.0
ระดับมาก	33.3

สำหรับผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นรายชื่อนั้น ปรากฏดังแสดงในตารางที่ 4.16 กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในระดับมากหรือมีการปฏิบัติบ่อยครั้งในทุกๆข้อ ได้แก่ 1) การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง เช่น เบื่ออาหาร อ้วนขึ้น ผอมลง เป็นต้น 2) การศึกษาความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพก่อนนำไปปฏิบัติ 3) การตรวจดูส่วนฉลากแสดงส่วนประกอบ วันผลิต วันหมดอายุ ของเครื่องอุปโภคบริโภคก่อนใช้ และ 4) การจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านโภชนาการก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบประเภทต่างๆในระดับมากในเรื่องการรับประทานอาหารประเภทที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมเค้ก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างก็มีการบริโภคผักหลากหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ฟัก มะเขือเทศ มะระ แครอท กะหล่ำปลี ถั่ว และอื่น ๆ รวมถึงเมื่อรับประทานอาหารที่ต้องใส่เครื่องปรุงรสเพิ่ม เช่น กว๊ายเตี๋ย ก็ไม่เติมน้ำตาลทราย ซึ่งมีการปฏิบัติในระดับมากหรือบ่อยครั้งเช่นกัน ส่วนพฤติกรรมด้านโภชนาการที่มีการปฏิบัติปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ 1) การรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น มะละกอ ฝรั่ง ชมพู เป็นต้น 2) การรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน เงาะ เป็นต้น 3) การรับประทานขนมหวานใส่น้ำเชื่อม เช่น เฉากว๊าย เป็นต้น 4) การรับประทานประเภทเชื่อม เช่น ลูกตาล เผือก มัน เป็นต้น 5) การรับประทานขนมหวานใส่กะทิ เช่น บัวลอย กล้วยบัวชี เป็นต้น 6) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟเย็น ชานมไข่มุก เป็นต้น 7) การรับประทานผลไม้กวน เช่น มะม่วงกวน ทูเรียนกวน สับปะรดกวน เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการปฏิบัติในเรื่องการเลือกใช้วิธีการปรุงหรือประกอบอาหารด้วยวิธีการ นึ่ง อบ ปิ้ง ตุ่น ที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นเดียวกัน

ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติบ่อยครั้งคือ การลุก เดิน ยืน บริหารกล้ามเนื้อร่างกายเมื่อรู้สึกเมื่อยล้าจากการทำงาน ส่วนการออกกำลังกายนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายนานติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที หรือการทำกิจกรรมในลักษณะเป็นการออกกำลังกายโดยทำต่อเนื่องกันอย่างน้อย 20 นาที เช่น ทำงาน บ้าน จัดสวน เป็นต้น และรวมถึงการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งมีการพูดคุยปรึกษากับเพื่อนบ้านหรือผู้รู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเพียงนานๆครั้งเท่านั้น

ตารางที่ 4.16 การกระจายร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ

(n = 400)

ลำดับ	ข้อคำถาม	ร้อยละ				
		ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง						
1	การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตนเอง เช่น เบื่ออาหาร อ้วนขึ้น ผอมลง	33.3	44.2	19.5	2.8	0.3
2	ศึกษาความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพก่อน นำไปปฏิบัติ	20.8	48.5	26.0	4.2	0.5
3	การตรวจดูส่วนฉลากแสดงส่วนประกอบ วันผลิต	34.8	44.0	18.0	3.2	-
4	การจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวให้ปลอดภัยจาก การเกิดอุบัติเหตุ	19.5	50.0	25.0	5.0	0.5
ด้านโภชนาการ						
5	รับประทานผักหลากหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ฟัก มะเขือเทศ มะระ แครอท กะหล่ำปลี ถั่ว และอื่น ๆ	24.3	41.0	29.3	5.2	0.2
6	รับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น มะละกอ ฝรั่ง ชมพู	13.3	38.5	43.5	4.0	0.7
7	รับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน	7.2	37.0	37.8	15.0	3.0
8	รับประทานขนมหวานใส่น้ำเชื่อม เช่น เฉาก๊วย	9.5	33.5	38.5	17.0	1.5
9	รับประทานประเภทเชื่อม เช่น ลูกตาล เผือก	3.7	26.5	46.3	19.5	4.0
10	รับประทานขนมหวานใส่กะทิ เช่น บัวลอย กล้วยบัวชี	5.5	29.8	42.0	19.5	3.2
11	ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟเย็น ชานมไข่มุก	21.5	31.3	32.5	13.0	1.7
12	รับประทานผลไม้กวน เช่น มะม่วงกวน ทูเรียน กวน สับปะรดกวน	2.8	28.2	41.8	18.8	8.4
13	รับประทานอาหารประเภทที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมเค้ก	18.0	42.5	29.0	9.0	1.5

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

(n = 400)

ลำดับ	ข้อความถาม	ร้อยละ				
		ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
14	เมื่อรับประทานอาหารที่ต้องใส่เครื่องปรุงรส เพิ่ม เช่น ก๋วยเตี๋ยว ก็ไม่เติมน้ำตาลทราย	13.0	38.3	32.5	11.0	5.2
15	เลือกใช้วิธีการปรุงหรือประกอบอาหารด้วย วิธีการ นึ่ง อบ ปิ้ง ตุ่น	5.5	30.0	50.7	12.5	1.3
ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย						
16	ออกกำลังกายนานติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที	6.7	14.8	38.3	38.5	1.7
17	การทำกิจกรรมในลักษณะเป็นการออกกำลังกาย โดยทำต่อเนื่องกันอย่างน้อย 20 นาที เช่น ทำงานบ้าน จัดสวน เดินไปทำงาน เป็นต้น	5.2	29.5	34.3	30.3	0.7
18	การลุก เดิน ยืน บริหารกล้ามเนื้อร่างกาย เมื่อรู้สึก เมื่อยล้าจากการทำงาน	10.0	38.0	26.5	25.0	0.5
19	การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	6.8	23.0	35.0	34.5	0.7
20	การพูดคุยปรึกษากับเพื่อนบ้านหรือผู้รู้เกี่ยวกับ การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	5.0	11.0	26.8	50.5	6.7

4.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 2 รวมถึงนำไปสู่การกำหนดแนวทางนำเสนอรูปแบบการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามวัตถุประสงค์ข้อ 3 ของโครงการวิจัยนี้ต่อไป โดยผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ

ส่วนแรก: เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ โดยมีตัวแปรตามคือ “*คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านโภชนาการ*” ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ในเชิงเศรษฐศาสตร์

ส่วนที่สอง: เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีตัวแปรตามคือ “*ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม*” ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในแง่คุณภาพชีวิตของประชากรโดยรวม

4.2.1 การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรตามคือ “*ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านโภชนาการ*” อันเป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบประเภทต่างๆ (ระดับมาก/ปานกลาง/น้อย) ดังที่มีการศึกษาในหัวข้อก่อนหน้านี้กับปัจจัยทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นถึงความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริโภคน้ำตาลระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ โดยผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา และการตรวจร่างกายประจำปีที่แตกต่างกัน จะมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ปัจจัยต่างๆด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร นั้นเอง ดังปรากฏผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 4.17

เมื่อพิจารณารายละเอียดของคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการในระดับมากหรืออีกนัยหนึ่งคือผู้ที่มีการควบคุมตนเองด้านโภชนาการที่ดีในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจในแต่ละปัจจัยข้างต้นแล้ว พบว่า ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในระดับมากสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ และสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการในระดับมากจะลดลงเมื่อมีอายุ

มากขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยทำงานที่มีสถานภาพโสดก็จะมีสัดส่วนของที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในระดับมากสูงกว่าสถานภาพอื่นๆ และเมื่อพิจารณาตามสถานภาพทางเศรษฐกิจพบว่า ประชากรวัยทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,000-20,000 บาท มีสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในระดับมากสูงกว่ารายได้ช่วงอื่นๆ โดยสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการในระดับมากจะลดลงเมื่อรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพิ่มมากขึ้น สำหรับอาชีพที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในระดับมากสูงกว่าอาชีพอื่นๆ คือ ผู้ที่ทำงานในบริษัทเอกชน โดยมีสัดส่วนมากกว่าอาชีพอื่นๆ ค่อนข้างมาก นอกจากนั้นแล้ว ประเด็นด้านการตรวจร่างกายประจำปีก็เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการของประชากรวัยแรงงานในเขตกรุงเทพมหานครด้วย กล่าวคือ ผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจร่างกายประจำปีไม่ว่าเป็นประจำทุกปีหรือเป็นบางครั้ง มีสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในระดับมากสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจร่างกายประจำปีเลย ประเด็นสุดท้ายเมื่อพิจารณาปัจจัยสถานภาพด้านสังคมในเรื่องระดับการศึกษา พบว่า ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในระดับมากสูงกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าหรือสูงกว่าอย่างชัดเจน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากขึ้นมีแนวโน้มของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในเรื่องบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบที่ลดลง นอกจากนี้ ผู้ที่มีสถานภาพโสด สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และทำงานในบริษัทเอกชน รวมถึงเคยเข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในเรื่องบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบได้ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว

ตารางที่ 4.17 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ

ปัจจัย		คะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการ			รวม	ค่าสถิติ ไคสแควร์
		ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก		
อายุ	15-29 ปี	จำนวน	18	22	31	71
		ร้อยละ (%)	4.5%	5.5%	7.8%	17.8%
	30-39 ปี	จำนวน	37	64	32	133
		ร้อยละ (%)	9.2%	16.0%	8.0%	33.2%
	40-49 ปี	จำนวน	62	75	31	168
		ร้อยละ (%)	15.5%	18.8%	7.8%	42.0%
	50-59 ปี	จำนวน	3	16	9	28
		ร้อยละ (%)	0.8%	4.0%	2.2%	7.0%
	รวม	จำนวน	120	177	103	400
		ร้อยละ (%)	30.0%	44.2%	25.8%	100.0%
สถานภาพ	โสด	จำนวน	56	86	68	210
		ร้อยละ (%)	14.0%	21.5%	17.0%	52.5%
	สมรส (จดทะเบียน/ ไม่จดทะเบียน)	จำนวน	49	72	31	152
		ร้อยละ (%)	12.2%	18.0%	7.8%	38.0%
	หม้าย / หย่า / แยก	จำนวน	15	19	4	38
		ร้อยละ (%)	3.8%	4.8%	1.0%	9.5%
	รวม	จำนวน	120	177	103	400
		ร้อยละ (%)	30.0%	44.2%	25.8%	100.0%
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ต่ำกว่า 10,000 บาท	จำนวน	23	51	10	84
		ร้อยละ (%)	5.8%	12.8%	2.5%	21.0%
	10,000 – 20,000 บาท	จำนวน	78	94	42	214
		ร้อยละ (%)	19.5%	23.5%	10.5%	53.5%
	20,001 – 30,000 บาท	จำนวน	14	26	33	73
		ร้อยละ (%)	3.5%	6.5%	8.2%	18.2%
	มากกว่า 30,000 บาท	จำนวน	5	6	18	29
		ร้อยละ (%)	1.2%	1.5%	4.5%	7.2%
	รวม	จำนวน	120	177	103	400
		ร้อยละ (%)	30.0%	44.2%	25.8%	100.0%

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ปัจจัย			คะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการ			รวม	ค่าสถิติ ไคสแควร์
			ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก		
การประกอบอาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	จำนวน	11	18	7	36	21.310*
		ร้อยละ (%)	2.8%	4.5%	1.8%	9.0%	
	เกษตรกร	จำนวน	2	1	0	3	
		ร้อยละ (%)	0.5%	0.2%	0.0%	0.8%	
	รับจ้างทั่วไป	จำนวน	25	31	8	64	
		ร้อยละ (%)	6.2%	7.8%	2.0%	16.0%	
	ทำงานบริษัทเอกชน/โรงงาน	จำนวน	35	51	46	132	
		ร้อยละ (%)	8.8%	12.8%	11.5%	33.0%	
	ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	จำนวน	29	49	18	96	
		ร้อยละ (%)	7.2%	12.2%	4.5%	24.0%	
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	จำนวน	12	20	16	48	
		ร้อยละ (%)	3.0%	5.0%	4.0%	12.0%	
	อื่นๆ	จำนวน	6	7	8	21	
		ร้อยละ (%)	1.5%	1.8%	2.0%	5.2%	
	รวม	จำนวน	120	177	103	400	
		ร้อยละ (%)	30.0%	44.2%	25.8%	100.0%	
การตรวจร่างกายประจำปี	ตรวจประจำปี	จำนวน	13	22	35	70	27.425**
		ร้อยละ (%)	3.2%	5.5%	8.8%	17.5%	
	ตรวจเป็นบางครั้ง	จำนวน	90	137	60	287	
		ร้อยละ (%)	22.5%	34.2%	15.0%	71.8%	
	ไม่เคยตรวจเลย	จำนวน	17	18	8	43	
		ร้อยละ (%)	4.2%	4.5%	2.0%	10.8%	
	รวม	จำนวน	120	177	103	400	
		ร้อยละ (%)	30.0%	44.2%	25.8%	100.0%	

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ปัจจัย		คะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการ			รวม	ค่าสถิติ ไคสแควร์
		ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก		
การศึกษา สูงสุด	ประถมศึกษา/ ต่ำกว่า	จำนวน	33	35	7	75
		ร้อยละ (%)	8.2%	8.8%	1.7%	18.7%
	มัธยมศึกษา/ ปวช.	จำนวน	25	34	14	73
		ร้อยละ (%)	6.2%	8.5%	3.5%	18.2%
	อนุปริญญา/ ปวส.	จำนวน	16	31	5	52
		ร้อยละ (%)	4.0%	7.8%	1.2%	13.0%
	ปริญญาตรี	จำนวน	41	67	63	171
		ร้อยละ (%)	10.2%	16.8%	15.8%	42.8%
	ปริญญาโท/ สูงกว่า	จำนวน	5	10	14	29
		ร้อยละ (%)	1.2%	2.5%	3.5%	7.2%
	รวม	จำนวน	120	177	103	400
		ร้อยละ (%)	30.0%	44.2%	25.8%	100.0%

หมายเหตุ ตัวแปรตามคือ ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย

4.2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในประเด็นนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรตามคือ “ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม” เพราะนอกจากพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครที่อยู่ในข้อมูลส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการดังที่แสดงมาในหัวข้อก่อนหน้าแล้ว พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานด้วย ไม่ใช่เพียงแค่พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลในระดับที่เหมาะสมเพียงอย่างเดียวที่ส่งผลทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีหรือคุณภาพชีวิตของประชากรดีขึ้นเท่านั้น

ในส่วนของตัวแปรอิสระ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมดในการวิเคราะห์ 4 ปัจจัยหลัก 16 ตัวแปรประกอบด้วย

1) ปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย การตรวจร่างกายประจำปี และการมีโรคประจำตัว

2) ปัจจัยนำในการดูแลสุขภาพ จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้และการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

3) ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ การมีทรัพยากร และการสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

4) ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ รวมถึงการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ

อนึ่ง ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระดังกล่าว ผู้วิจัยอาศัยการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ต่างๆด้วยเทคนิควิธีกำลังสองน้อยที่สุด (ordinary least square: OLS) จึงต้องมีการจัดกลุ่มตัวแปรอิสระเสียใหม่ให้มีความเหมาะสมตามเทคนิควิธี กล่าวคือ ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิเคราะห์และการทดสอบค่าจะต้องเป็นตัวแปรระดับช่วงขึ้นไป (interval/ratio) ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มตัวแปรที่เป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่มและจัดอันดับให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ที่มีค่าเป็น 0 และ 1 รวมถึงกำหนดกลุ่มอ้างอิงเสียก่อน ซึ่งในการวิเคราะห์ครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่แปลงเป็นตัวแปรหุ่นรวมทั้งสิ้น 9 ตัวแปร อันประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา การตรวจร่างกายประจำปี และการมีโรคประจำตัว ดังต่อไปนี้

- เพศ โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ

เพศหญิง = 1

เพศชาย = 0 (กลุ่มอ้างอิง)

- อายุ โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ

อายุ 40-59 ปี = 1

อายุ 15-39 ปี = 0 (กลุ่มอ้างอิง)

- สถานภาพสมรส โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ

- สมรสจดทะเบียน/ไม่จดทะเบียน = 1
- สถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ = 0 (กลุ่มอ้างอิง)
- การนับถือศาสนา โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ
 - ศาสนาพุทธ = 1
 - ศาสนาอื่นๆ = 0 (กลุ่มอ้างอิง)
 - อาชีพ โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ
 - ทำงานบริษัทเอกชน/โรงงาน/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ = 1
 - ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน/เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย/อาชีพอิสระ = 0 (กลุ่มอ้างอิง)
 - รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ
 - มากกว่า 20,000 บาท = 1
 - ไม่เกิน 20,000 บาท = 0 (กลุ่มอ้างอิง)
 - การศึกษาสูงสุด โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ
 - ปริญญาตรีขึ้นไป = 1
 - ต่ำกว่าปริญญาตรี = 0 (กลุ่มอ้างอิง)
 - การตรวจร่างกายประจำปี โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ
 - เป็นประจำ/เป็นบางครั้ง = 1
 - ไม่เคยตรวจเลย = 0 (กลุ่มอ้างอิง)
 - การมีโรคประจำตัว โดยกำหนดกลุ่มย่อยและกลุ่มอ้างอิงคือ
 - มี = 1
 - ไม่มี = 0 (กลุ่มอ้างอิง)

ในการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคัดเลือกเอาตัวแปรอิสระที่เหมาะสมที่สุดที่จะนำมาอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตามจากการพิจารณาค่าสถิติที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนดของวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติที่ใช้ในครั้งนี้ รวมถึงได้มีการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วม (interaction) ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆในการทดสอบกับตัวแปรตาม อาทิ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างรายได้และอาชีพ ซึ่งผลการวิเคราะห์ทางสถิติเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ปรากฏอยู่ในตารางที่ 4.18 โดยมีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.18 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน	ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน	ค่าสถิติที
- ค่าคงที่	39.387	3.272		12.036**
- การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี	.255	.061	.206	4.181**
- การศึกษาสูงสุด	1.975	.674	.148	2.931**
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1.894	.751	.124	2.522*
- การตรวจร่างกายประจำปี	2.049	.974	.095	2.105*
R ²	.254			
Adjusted R ²	.243			
F-statistic	22.314**			
Standard Error of the Estimate	5.80510			

หมายเหตุ ตัวแปรตามคือ ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด (OLS) พบว่า ตัวแปรอิสระซึ่งมีค่าทางสถิติเหมาะสมที่สุดที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมีจำนวนทั้งสิ้น 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการตรวจร่างกายประจำปี โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรนี้ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมอธิบายการผันแปรของระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมได้ร้อยละ 24.3 (พิจารณาจากค่า Adjusted R²)

เมื่อพิจารณาค่าสถิติของตัวแปรอิสระแต่ละตัว พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 โดยตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ

การตรวจร่างกายประจำปี ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระทั้งหมดมีทิศทางของความสัมพันธ์กับตัวแปรตามในทางบวก โดยรายละเอียดผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระแต่ละตัว ปรากฏดังต่อไปนี้

การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครกับการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี พบว่า หากประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครมีการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีมากขึ้น ก็จะมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นนี้ จึงแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างการรับรู้ให้กับประชาชนวัยทำงานถึงข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานให้ดีขึ้นได้

การศึกษาสูงสุด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครกับระดับการศึกษา โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไปกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี พบว่า ประชากรวัยทำงานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าประชากรวัยทำงานที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น จึงเป็นการตอกย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาต่อประชากรวัยทำงาน ซึ่งไม่เพียงแต่จะใช้สำหรับการประกอบอาชีพเท่านั้น หากินเท่านั้น แต่ยังมีผลช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานไปใน ทิศทางที่ดีขึ้นด้วย

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครกับระดับรายได้ โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไปและผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 20,000 บาท พบว่า ประชากรวัยทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าประชากรวัยทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นนี้ จึงชี้ให้เห็นว่า การที่ประชากรวัยทำงานมีระดับรายได้มากขึ้นก็จะทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นตามไปด้วย

การตรวจร่างกายประจำปี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครกับการตรวจร่างกายประจำปี พบว่า ประชากรวัยทำงานที่เข้ารับการตรวจร่างกายหรือสุขภาพประจำปีไม่ว่าเป็นประจำหรือเป็นบางครั้งนั้น มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าประชากรวัยทำงานที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเลย โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปีนั้น ส่วนมากเป็นผู้ที่ตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น

4.3 รูปแบบการณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

คณะผู้วิจัยจัดทำคลิปวิดีโอส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ซึ่งคณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคลิปวิดีโอนี้จะทำให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีมากขึ้น

พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน

ภาพที่ 4.1 พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน

มาตรการเชิงนโยบายด้านอาหารเพื่อควบคุมป้องกันโรคอ้วน

ภาพที่ 4.2 มาตรการเชิงนโยบายด้านอาหารเพื่อควบคุมป้องกันโรคอ้วนทำได้โดยการควบคุมการจำหน่ายอาหารที่ให้พลังงานสูง, การแสดงข้อมูลบนฉลาก, การควบคุมการโฆษณา



การขึ้นราคาอาหารทำลายสุขภาพ

ภาพที่ 4.3 ใช้มาตรการด้านราคา ขึ้นราคาอาหารทำลายสุขภาพ



การลดราคาอาหารเพื่อสุขภาพ

ภาพที่ 4.4 การลดราคาอาหารเพื่อสุขภาพ

ลดการบริโภคอาหารและน้ำที่มีปริมาณน้ำตาลสูง

ภาพที่ 4.5 ลดการบริโภคอาหารและน้ำที่มีปริมาณน้ำตาลสูง เพื่อสุขภาพฟันที่ดี และภาวะโภชนาการที่สมบูรณ์

ปริมาณน้ำตาลไม่ควรเกิน 6 ช้อนชา/วัน



ภาพที่ 4.6 จำกัดปริมาณการบริโภคน้ำตาลไม่ควรเกิน 6 ช้อนชา/วัน



น้ำตาลทรายแดง



น้ำตาลทรายขาว

มีวิตามินและเกลือแร่มากกว่า

ภาพที่ 4.7 น้ำตาลทรายแดงมีวิตามินและเกลือแร่มากกว่าน้ำตาลทรายขาว

**ความเครียดเป็นหนึ่งในสาเหตุ
ที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง**

ภาพที่ 4.8 ความเครียดเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง



ภาพที่ 4.9 การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจได้



ภาพที่ 4.10 คนที่เป็นโรคเบาหวานควรรับประทานข้าวกล้องมากกว่าข้าวสวย



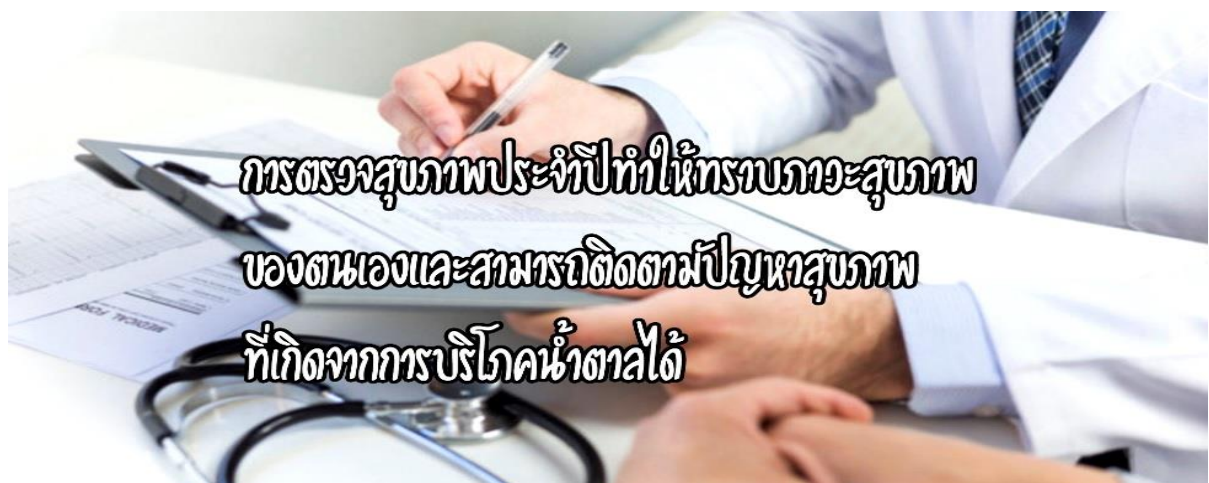
ภาพที่ 4.11 การออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างสม่ำเสมอและมากพอจะทำให้ร่างกายแข็งแรง



ภาพที่ 4.12 คนที่รับประทานน้ำตาลและของหวานสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนมาก เป็นคนที่เข้าข่ายมีภาวะไขมันในเลือดสูง



ภาพที่ 4.13 ในเครื่องดื่มที่มีปริมาณเท่ากัน ขนาด 250 ซีซี ชาเขียวพร้อมดื่มมีปริมาณน้ำตาลมากกว่าน้ำอัดลม



ภาพที่ 4.14 การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเอง และสามารถติดตามปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคน้ำตาล

**ตั้งเริ่มน้ำตาลไม่ใช่ผู้รู้อย่างที่หลายคน เข้าใจ แต่ควรที่จะบริโภคน้ำตาลอย่างเหมาะสม
อ่านฉลากสินค้าอาหารให้ชัดเจนก่อนบริโภค ว่าสินค้าไหนมีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบมาก
หรือน้อยกว่ากัน ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี ห่างไกลโรค**

ภาพที่ 4.15 ควรบริโภคน้ำตาลอย่างเหมาะสม

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เรื่องพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำตาล นำเสนอรูปแบบการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงข้อมูลต่างๆอันจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขและประชากรวัยทำงานเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

5.1 สรุปผลการศึกษา

ผลสรุปจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 400 คน สามารถสรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

5.1.1 สรุปผลจากการศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ

สรุปผลการศึกษาข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้มีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือ ร้อยละ 57.5 และร้อยละ 42.5 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 42 รองมาได้แก่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 33.3 ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-29 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 17.7 และส่วนที่เหลือร้อยละ 7 เป็นผู้มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.5) มีสถานภาพโสด รองมาคือ ผู้ที่สมรสทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียน มีสัดส่วนร้อยละ 38 ในขณะที่ผู้ที่เป็นม่าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่มีสัดส่วนร้อยละ 9.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.2 นับถือศาสนาพุทธ รองมาได้แก่ ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ และอิสลาม มีสัดส่วนร้อยละ 4.5 และร้อยละ 1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพทำงานในบริษัทเอกชนหรือโรงงาน ที่สำคัญรองมาได้แก่ ค้าขายหรือประกอบอาชีพส่วนตัว มีสัดส่วนร้อยละ 24 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16 และเป็นข้าราชการหรือทำงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 12 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,000-20,000 บาท รองมาได้แก่ ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท มีสัดส่วนร้อยละ 21 และผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 20,001-30,000 บาท มีสัดส่วนร้อยละ 18.3 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 7.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 42.8 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี รองมาได้แก่ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีสัดส่วนร้อยละ 18.3 และระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 13 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับที่เหมาะสม (18.5 – 24.9 ก.ก./ม²) รองมาคือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ (25.0 – 29.9 ก.ก./ม²) ร้อยละ 21.3 และต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 ก.ก./ม²) ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้เป็นโรคอ้วนหรือมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 ก.ก./ม² นั้น มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 2.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.8 เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปีเป็นบางครั้ง ในขณะที่ผู้ที่เข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปีและไม่เคยตรวจเลยนั้น มีสัดส่วนร้อยละ 17.5 และร้อยละ 10.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.5) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีโรคประจำตัว ในขณะที่อีกร้อยละ 6.5 มีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภูมิแพ้ รวมถึงโรคหอบหืด

5.1.2 สรุปผลจากการศึกษาส่วนปัจจัยนำเข้าซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ ความรู้ และการรับรู้ ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

จากการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 36 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ มีการรับรู้ในระดับมาก ร้อยละ 30.5 และมีการรับรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 29.3 ตามลำดับ

5.1.3 สรุปผลจากการศึกษาส่วนปัจจัยเอื้อซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ การมีทรัพยากร และการสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

จากการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัยในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.3 รองลงมาคือ การมีทรัพยากรในการส่งเสริม ฯ ในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.7 และในระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26 ส่วนปัจจัยเอื้อด้านการมีกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัยในระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.0 รองลงมาคือ การมีกิจกรรมในการส่งเสริม ฯ ในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.5 และในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.5

5.1.4 สรุปผลจากการศึกษาส่วนปัจจัยเสริมซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ การได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ รวมถึงการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ

จากการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆในระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.2 รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ฯ จากสื่อต่างๆในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.5 และในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.3 ส่วนปัจจัยเสริมการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 35 รองลงมาได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 34 และระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 31

5.1.5 สรุปผลจากการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

5.1.5.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม ในระดับปานกลาง โดยคิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.2 รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 33.5 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับมาก ซึ่งมีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.3

5.1.5.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.5 รองลงมา มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27 และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.5

5.1.5.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการในระดับปานกลาง คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 44.2 รองลงมา มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการในระดับน้อย คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 และมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการในระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 25.8

5.1.5.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในระดับน้อย โดยคิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.7 รองลงมา มีการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในระดับมาก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 33.3 และในระดับปานกลาง ในสัดส่วนร้อยละ 25

5.16 สรุปผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรตามคือ “ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านโภชนาการ” อันเป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบประเภทต่างๆ (ระดับมาก/ปานกลาง/น้อย) กับปัจจัยทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นถึงความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริโภคน้ำตาลระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ โดยผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา และการตรวจร่างกายประจำปีที่แตกต่างกัน จะมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 โดยผลการศึกษาสรุปได้ว่า ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากขึ้นมีแนวโน้มของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในเรื่องบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบที่ลดลง ในขณะที่ ผู้ที่มีสถานภาพโสด สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และทำงานในบริษัทเอกชน รวมถึงเคยเข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในเรื่องบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบได้ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

5.1.7 สรุปผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้กำหนด ตัวแปรตามคือ “ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม” สำหรับตัวแปรอิสระ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมดในการวิเคราะห์ 4 ปัจจัยหลัก 16 ตัวแปรประกอบด้วย

1) ปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย การตรวจร่างกายประจำปี และการมีโรคประจำตัว

2) ปัจจัยนำในการดูแลสุขภาพ จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้และการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาล เพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

3) ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ การมีทรัพยากร และการสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

4) ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ รวมถึงการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเอง เรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ

ซึ่งในการวิเคราะห์ครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่แปลงเป็น ตัวแปรหุ่นรวมทั้งสิ้น 9 ตัวแปร อันประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา การตรวจร่างกายประจำปี และการมีโรคประจำตัว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม โดยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด (OLS) พบว่า ตัวแปรอิสระซึ่งมีค่าทางสถิติเหมาะสมที่สุด ที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมีจำนวนทั้งสิ้น 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการตรวจร่างกายประจำปี โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรนี้ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมอธิบายการผันแปรของระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมได้ ร้อยละ 24.3 โดยรายละเอียดผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระแต่ละตัว แสดงดังต่อไปนี้

5.1.7.1 การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครกับการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี พบว่า หากประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครมีการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีมากขึ้น ก็จะมีระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างการรับรู้ให้กับประชาชนวัยทำงานถึงข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานให้ดีขึ้นได้

5.1.7.2 การศึกษาสูงสุด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครกับระดับการศึกษา โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไปกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี พบว่า ประชากรวัยทำงานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมสูง

กว่าประชากรวัยทำงานที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงเป็นการตอกย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาต่อประชากรวัยทำงาน ซึ่งไม่เพียงแต่จะใช้สำหรับการประกอบอาชีพทำมาหากินเท่านั้น แต่ยังมีผลช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานไปในทิศทางที่ดีขึ้นด้วย

5.1.7.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครกับระดับรายได้ โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไปและผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 20,000 บาท พบว่า ประชากรวัยทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มีระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าประชากรวัยทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงชี้ให้เห็นว่า การที่ประชากรวัยทำงานมีระดับรายได้มากขึ้นก็จะทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นตามไปด้วย

5.1.7.4 การตรวจร่างกายประจำปี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครกับการตรวจร่างกายประจำปี พบว่า ประชากรวัยทำงานที่เข้ารับการตรวจร่างกายหรือสุขภาพประจำปีไม่ว่าเป็นประจำหรือเป็นบางครั้งนั้น มีระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าประชากรวัยทำงานที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเลย โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการรวบรวมแบบสอบถามจากประชากรวัยทำงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลกับการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี พบว่า

ประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครมีการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีมากขึ้น ก็จะมีระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ (สุธีรา, 2550) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวานในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ของโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมที่พบว่า พยาบาลอนามัยชุมชนควรร่วมมือกับโรงเรียนและครอบครัวในการให้ความรู้ความเข้าใจและส่งเสริมทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวานแก่เด็กนักเรียนเพื่อพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมและภาวะโภชนาการที่ดี เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ (กนกพร, 2551) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเมอแอสที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ระบุว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเมอแอสที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลกับการศึกษาสูงสุด พบว่า

ประชากรวัยทำงานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าประชากรวัยทำงานที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ (อมรรัตน์, 2553) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ (สุนิสา, 2555) ที่ศึกษาเรื่อง ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อขนมไทยของผู้บริโภคในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมไทยของผู้บริโภค

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า

ประชากรวัยทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าประชากรวัยทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (นภสร, 2556) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำอัดลมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำอัดลม เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ (เดชา, 2551) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคขนมไทยพื้นเมืองของประชาชนในจังหวัดพังงา พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมไทยพื้นเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลกับการตรวจร่างกายประจำปี พบว่า

ประชากรวัยทำงานที่เข้ารับการตรวจร่างกายหรือสุขภาพประจำปีไม่ว่าเป็นประจำหรือเป็นบางครั้งนั้น มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าประชากรวัยทำงานที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเลย โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปีนั้น ส่วนมากเป็นผู้ที่ตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดี ดังนี้

(1) ควรมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ยังมีความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในระดับน้อย จึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ให้มากขึ้น โดยเน้นข้อมูลสำคัญๆ อาทิ คนปกติไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน หรือในอาหารเครื่องดื่มบางจำพวกเช่น เครื่องดื่มขนาด 250 ซีซีนั้น ชาวเขียวพร้อมดื่มมีปริมาณน้ำตาลมากกว่าน้ำตาล เป็นต้น

(2) ควรมีมาตรการส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลให้มากขึ้น อาทิ ผู้หญิงมีปริมาณน้ำตาลที่ควรบริโภคในแต่ละวันน้อยกว่าผู้ชาย เป็นต้น ตลอดจนการส่งเสริมในด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การจัดให้มีสวนหย่อมหรือมุมพักผ่อนหย่อนใจ การมีโครงการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

กายเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป และปัจจัยเสริม ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดีผ่านสื่อสำคัญๆ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์และโทรทัศน์ เพื่อบรรณงค์ให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาพที่ดี และเห็นความสำคัญของการบริโภคน้ำตาลในปริมาณที่เพียงพอและเหมาะสม

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

(1) ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้มีข้อมูลที่หลากหลาย เป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

(2) การศึกษารั้้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยระยะเวลาดำเนินงานที่จำกัดในการศึกษารั้้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อให้ได้รายละเอียดเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆมากขึ้น เป็นประโยชน์มากขึ้นต่อการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีในอนาคต

(3) ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลกับกลุ่มตัวอย่างนักเรียน นักศึกษาเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายป้องกัน (protective policy) เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้มีความสำคัญต่อการเข้าสู่วัยแรงงานในอนาคต

บรรณานุกรม

- กนกพร ประกอบกิจ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การพัฒนาชุดข้อมูลความรู้พื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นสำหรับประชาชนไทย โดยใช้แนวคิดระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไทย แบบบูรณาการ 3 มิติ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 41(2). 22-32.
- กรมควบคุมโรค. คนแต่ละวัยกินน้ำตาลได้แค่ไหน. จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/48031-.html>
- ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์. กินอย่างไรไม่ให้เป็นโรคเบาหวาน. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือหลักเกณฑ์การให้เครื่องหมายรับรอง. “อาหารลดน้ำหนัก ไขมัน โซเดียม”. สิงหาคม 2552
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร สำหรับวัยทำงาน. 2558.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือหนังสือระบบการเฝ้าระวังของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย (ก). แนะนำแม่คุมเข้มเด็กไทย ลดกินหวาน ควบคุมน้ำตาล ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 14 พ.ย. 2561. จาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=13100&filename=2016
- กรมอนามัย (ข). “กรมอนามัยเตือน คือน้ำอัดลม-น้ำหวาน เสี่ยงโรคอ้วน เบาหวาน ความดัน หัวใจ”. 26 พฤษภาคม 2559. จาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=9465&filename=index
- กรมอนามัย (ค). “สธ. ลดพฤติกรรมเด็กติดหวาน-ฟันผุ แนะนำเลี่ยงขนมหวาน น้ำอัดลม”. 11 มกราคม 2556. จาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=4835&filename=2016
- กรมอนามัย (ง). สธ ดันนโยบาย “หวานน้อย สั่งได้” เพิ่มทางเลือกช่วยคนไทยไม่ติดหวาน. 4 มีนาคม 2563 จาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=16522
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์. น้ำตาล สุขภาพ และการจัดการด้านการบริโภคที่เหมาะสม. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. กันยายน 2555
- _____. (2555). น้ำตาล สุขภาพ และการจัดการด้านการบริโภคที่เหมาะสม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- ชนิกา ตู้จินดา. โภชนาการในเด็กไทย ปัญหาวิกฤติ: เด็กไทยติดหวาน. 2546

ณัฐยานันต์ ประเสริฐอำไพสกุล, เกสร ลำภาทอง และชดช้อย วัฒนนะ. (2551). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *รามาศิขิตสาร*. 14(3). 298-301.

ณัฐรุส สิบหมู่. (2553). เกสัชวิทยา เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด, โฮลิสติก บลิซซิ่ง จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 2
เดชา เอกอุดมพงศ์. (2551). พฤติกรรมการบริโภคขนมไทยพื้นเมืองของประชาชนใน จังหวัดพังงา. *บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการตลาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต*.

ธิตี สนับบุญ. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน. ใน *วิทยา ศรีมาตา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

ธนิษฐ์ ขจิตวรพันธ์. (2559). กลยุทธ์และปัจจัยทางการตลาดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลออร์แกนิก. *บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์*.

ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์. (2557). พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 5(2), 255-264.

เนชั่น บรอดแคสติ้ง คอร์ปอเรชั่น จำกัด. คนไทยบริโภคน้ำตาลเกินเท่าตัว. 10 พฤศจิกายน 2559. จาก <https://www.nationtv.tv/main/content/378523106/>

นภสร ไชยชนะ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำอัดลมของ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน) มหาวิทยาลัยรามคำแหง*.

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา

พงษ์ลดา นวชัย. ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ*. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.

พชรพร บุตดาโถม. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มของนักศึกษาหญิงในสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตพระนครใต้. *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 2547.

พิมพ์พรณ ภูปะวะโรทัย. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.

มันทนา อุเทน. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหาบเร่แผงลอยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. *ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2539.

เมตตา อภัยรัตน์. (2550). *แบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มของวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร

เยาว์ภา กิระ. (2552). พฤติกรรมการบริโภคขนมนอกเวลาเรียนของเด็กประถมศึกษาที่โรงเรียนดำเนินนโยบาย
ปลอดน้ำตาล ลูกลูก ขนมนกรอบ อำเภอลอง จังหวัดแพร่. ปรินญาสาธาณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ราชบัณฑิตยสถาน. (2524), พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร : รุ่งศิลป์การพิมพ์.

รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กองโภชนาการ กรม
อนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2549.

วิมาพร มาพบสุข. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2547.

วิริยาภรณ์ เจริญชีพ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการ
ประถมศึกษากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี,
2545.

วรางคณา บุตรศรี. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ใน
โรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

วรรณภา อิทธิมัยยะ. ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการบริโภคอาหารว่างของเด็กนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2536.

วรวิฑูรี แสงทอง และจิราวรรณ แท่นวัฒนกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ปริมาณพลังงานที่
ได้รับจากอาหารขยะและ ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัด
สุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1), 15-21.

วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์, สุรางค์ เชษฐพจน์, สุพรรณิ สุคันธรานิล และสุภาวดี พรหมมา. (2552). การ
ประเมินผลกระทบต่อการบริโภคน้ำตาลของเด็ก 0-3 ปี ภายหลังการแก้ไขประกาศ กระทรวง
สาธารณสุข ฉบับที่ 156 เป็น 256, วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 14(1). 88-95.

วัลลภา เย็นระยับ. 2545. แนวคิด : การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,
นนทบุรี.

ศุภร เสรีรัตน์. (2537). พฤติกรรมผู้บริโภค. เอกสารประกอบการสอน ภาควิชาการตลาด คณะบริหารธุรกิจ.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุจิตรา เทพไชย. พฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการของนักศึกษาสถาบันราชภัฏสงขลา. กองทุน
สนับสนุนการวิจัย สถาบันราชภัฏสงขลา, 2546.

สุนิสา ส่งศิริพันธ์. (2555). ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อขนมไทยของผู้บริโภค ใน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). สถานการณ์การบริโภคผัก และผลไม้ในประเทศไทย.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/51296-ติดหวาน%20น้ำตาลสูง%20เสี่ยงโรค.html>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2547). *คู่มือครอบครัวอ่อนหวาน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2557). *สถานการณ์การผลิตและบริโภคน้ำตาลในกลุ่มประเทศอาเซียน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2560. *การสำรวจอนามัย สวัสดิการและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยและ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2559). รูปแบบการใช้สื่อรณรงค์ลดการบริโภคน้ำตาลในเครื่องดื่มในร้านกาแฟแบล็ก แคนยอน. 27 กุมภาพันธ์ 2562.

http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2177

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ระบบสถิติทางการทะเบียน. จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ชุดความรู้การบริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน. หวานเกิน 2554.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *หวานเกิน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริษัท อีโมชัน อาร์ต จำกัด.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). ประเด็นสารณรงค์เบาหวานโลก ปี 2559. จาก http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลก_ปี_2559.pdf

สุธีรา บัวทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ของโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. วันเบาหวานโลกปี 2560. จาก <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/for-normal-person/health-information-and-articles/health-information-and-articles-old-2/489-2018-02-05-09-40-76>

- สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ. ข่าวประชาสัมพันธ์ฟิอาร์นิวส์ไวร์ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 9 ในวันเบาหวานโลกวันที่ 14 พ.ย. 2019. จาก <http://www.ryt9.com/s/anpi/3067154>.
- สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางหลวงเหนือ ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. 27 กุมภาพันธ์ 2562.
http://jes.rtu.ac.th/rtunc2016/pdf/Oral%20Presentation/Oral%20กลุ่ม%201%20วิทยาศาสตร์สุขภาพ/HS_15.pdf
- สุวิมล ภักดีพิบูลย์. (2535). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของแม่บ้านในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอิทธิพลต่อการกำจัดขยะมูลฝอย. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ. (2557). ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนภาษี เจริญ. 2 มีนาคม 2562. http://rcfcd.com/wp-content/uploads/2014/03/9_ สุวรรณา_รวมเล่ม.pdf
- หมอชาวบ้าน. รสหวาน ความอร่อยที่พึงประเมิน. 2546 จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/2613>
- หัสติน แก้ววิชิต. เอกสารประกอบการสอน รายวิชาพฤติกรรมมนุษย์เพื่อการพัฒนาตน. สำนักวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2559.
- อดุลย์ จาตุรงค์กุล. การตลาด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2519.
- อมรรัตน์ ปุຍงาม. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน) มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรรถภูมิ อองกุลนะ. (2559). บอกเล่าพฤติกรรม 'กินหวาน'. 2 มีนาคม 2562. <https://www.thaihealth.or.th/Content/31622->
- Boom, S, Benjamin. 1975. Taxonomy of Education Objective. Hand Book 1. New York: Cognitive Domain: David Me Kay.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2014). Health care spending in the United States increased substantially, Retrieved March 2, 2014, from <http://www.healthdata.org/>
- Yu Liu., et al. (2013, January). "Factors related to quality of life for patients with type 2 diabetes with or without depressive symptoms-results from a community-based study in China". Journal of Clinical Nursing.
- Taro Yamane. การกำหนดกลุ่มจำนวนประชากรสำหรับการวิจัย. จาก <https://greedisgoods.com/taro-yamane/>
- theAsianparent Editorial Team. น้ำตาล ภัยร้ายใกล้ตัวลูก. จาก <https://th.theasianparent.com>

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม



โครงการวิจัยพฤติกรรมกรรมการบริหารนํ้าตาลของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพฤติกรรมกรรมการบริหารนํ้าตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยคืออาจารย์ประจำคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

คณะผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ผลการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อเกิดประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น คำตอบของท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และจะไม่มีการใช้ข้อมูลใด ๆ เกี่ยวกับชื่อหรือสถานภาพของท่านในการรายงานผลการวิจัย หรือข้อมูลที่ใช้ดังกล่าวร่วมกับบุคคลภายนอกอื่นใดทั้งสิ้น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการบริหารนํ้าตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลการบริโภคนํ้าตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 1 การมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคนํ้าตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

ตอนที่ 2 การสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคนํ้าตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคนํ้าตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อ

ตอนที่ 2 การได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคนํ้าตาลจากบุคคล

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

คณะผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ ☐ 1. 15 - 29 ปี ☐ 2. 30 - 39 ปี ☐ 3. 40 - 49 ปี ☐ 4. 50 - 59 ปี
3. สถานภาพ ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส (จดทะเบียน/ไม่จดทะเบียน) ☐ 3. หม้าย / หย่า / แยก
4. การนับถือศาสนา ☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม ☐ 3. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ)
5. อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน ☐ 2. เกษตรกร
☐ 3. รับจ้างทั่วไป ☐ 4. ทำงานบริษัทเอกชน/โรงงาน
☐ 5. ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว ☐ 6. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ☐ 1. ต่ำกว่า 10,000 บาท ☐ 2. 10,000 – 20,000 บาท
☐ 3. 20,001 – 30,000 บาท ☐ 4. มากกว่า 30,000 บาท
7. การศึกษาสูงสุด ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา/ปวช.
☐ 4. อนุปริญญา/ปวส. ☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6. ปริญญาโท/สูงกว่า
8. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนักตัว.....กิโลกรัม และมีส่วนสูง.....เซ็นติเมตร
9. การตรวจร่างกายประจำปี ☐ 1. ตรวจประจำปี ☐ 2. ตรวจเป็นบางครั้ง ☐ 3. ไม่เคยตรวจเลย
10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ และการรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้ ความเข้าใจของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	การบริโภคผัก ผลไม้ที่มีสีแตกต่างกัน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองอุดตัน		
2	เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี ขนมใส่กะทิ เป็นอาหารที่บริโภคได้เป็นประจำทุกวัน		
3	โดยทั่วไปคนปกติไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 8 ช้อนชาต่อวัน		
4	การบริโภคน้ำตาลทรายแดงหรือน้ำตาลทรายสีร่ำให้วิตามินและเกลือแร่มากกว่าน้ำตาลทรายขาว		
5	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจได้		
6	คนที่นิยมกินน้ำตาล และของหวานอย่างสม่ำเสมอและกินเป็นจำนวนมาก เป็นคนหนึ่งที่เข้าข่ายมีภาวะไขมันในเลือด (ไตรกลีเซอไรด์) สูง		
7	โดยทั่วไปคนวัยทำงานร่างกายต้องการน้ำตาลทรายน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีกิจกรรมในแต่ละวันมาก		
8	ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง		
9	การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเองและสามารถติดตามปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคน้ำตาลได้		
10	การดื่มเบียร์และสุรา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอ้วนหรือมีน้ำหนักตัวมากขึ้น		
11	คนที่ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานข้าวสวยมากกว่าข้าวกล้อง		
12	ในเครื่องดื่มขนาด 250 ซีซี โค้กมีปริมาณน้ำตาลมากกว่าชาเขียวพร้อมดื่ม		

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลการบริโภคน้ำตาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับความคิดเห็นกับข้อความนั้น ไม่เห็น
ด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง
1	การลดน้ำตาลในการปรุงอาหารลงมาครึ่งหนึ่ง เติมน้ำตาลในเครื่องดื่มให้น้อยลง หันมาดื่มน้ำผลไม้สดแทนน้ำอัดลม และใช้ความหวานจากธรรมชาติแทนในการปรุงอาหาร ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น					
2	ควรรับประทานผักผลไม้สดมากๆ เพราะอาหารพวกนี้ให้วิตามินเกลือแร่ และกากจำนวนมาก แถมยังได้รสหวานจากน้ำตาลฟรักโทส กลูโคสอีกด้วย					
3	พฤติกรรมการทำงานของคนวัยทำงานปัจจุบัน มีส่วนกระตุ้นให้มีการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป เช่น การใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ทำให้ต้องมีเครื่องดื่มมาบริโภคไปพร้อมๆ กัน					
4	การออกกำลังกายทำให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันโรคจากการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป					
5	มาตรการเชิงนโยบายด้านอาหารเพื่อควบคุมป้องกันโรคอ้วนทำได้โดยการควบคุมการจำหน่ายอาหารที่ให้พลังงานสูง การแสดงข้อมูลบนฉลาก ควบคุมโฆษณา และการใช้มาตรการด้านราคา เพื่อเพิ่มราคาอาหารทำลายสุขภาพ และลดราคาอาหารเพื่อสุขภาพ					
6	ความเครียดส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตและเสี่ยงทำให้เกิดโรคอ้วนได้					
7	การลดเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงทำให้น้ำหนักลดลงได้มากกว่าอาหารธรรมดา					
8	การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และช่วยให้ทราบถึงปริมาณบริโภคน้ำตาลที่เหมาะสมได้					
9	องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเพื่อสุขภาพฟันที่ดีและภาวะด้านโภชนาการที่สมดุล โดยจำกัดปริมาณน้ำตาลไม่ควรเกิน 12 ช้อนชาต่อวัน					
10	ผู้หญิงมีปริมาณน้ำตาลที่ควรบริโภคในแต่ละวันน้อยกว่าผู้ชาย					

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 1 การมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อโดยในแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ชุมชนที่อาศัยมีปัจจัยเอื้อเพียงพอมากที่สุด
 มาก หมายถึง ชุมชนที่อาศัยมีปัจจัยเอื้อมากเพียงพอ
 ปานกลาง หมายถึง ชุมชนที่อาศัยมีปัจจัยเอื้อปานกลาง
 น้อย หมายถึง ชุมชนที่อาศัยมีปัจจัยเอื้อน้อย
 ไม่มีเลย หมายถึง ชุมชนที่อาศัยไม่มีปัจจัยเอื้อเลย

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1	การมีทรัพยากรในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย ตลาดหรือร้านจำหน่ายอาหารที่หลากหลายและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ					
2	แหล่งให้บริการเครื่องดื่มที่สะอาด ไม่กระตุ้นให้มีการบริโภคน้ำตาลทรายในปริมาณมากเกินไป					
3	สถานที่ออกกำลังกาย					
4	สวนหย่อม หรือมุมพักผ่อนหย่อนใจ					

ตอนที่ 2 การสนับสนุนหรือกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1	การมีกิจกรรมในการส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลเพื่อสุขภาวะที่ดีในชุมชนที่อาศัย โครงการหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน					
2	โครงการหรือกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลายความเครียด					
3	นโยบาย/โครงการ / กิจกรรม หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีเมา					

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่างๆ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับท่านเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อ โดยแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ได้รับประจำ	หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำ ตั้งแต่ 8 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์
ได้รับบ่อยๆ	หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำ ประมาณ 5 - 7 ครั้ง/สัปดาห์
ได้รับปานกลาง	หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำ ประมาณ 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์
ได้รับนานๆครั้ง	หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำ ประมาณ 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์
ไม่ได้รับเลย	หมายถึง ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำเลยในหนึ่งสัปดาห์

ข้อ	ข้อความถาม	ได้รับ ประจำ	ได้รับ บ่อยๆ	ได้รับ ปานกลาง	ได้รับ นานๆครั้ง	ไม่ได้รับ เลย
1	ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาลเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีจากสื่อต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด วิทยุกระจายเสียง					
2	โทรทัศน์					
3	หนังสือพิมพ์					
4	แผ่นพับ โปสเตอร์ ป้ายประกาศ					
5	อินเทอร์เน็ต					

ตอนที่ 2 การได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่างๆ

ข้อ	ข้อความถาม	ได้รับ ประจำ	ได้รับ บ่อยๆ	ได้รับ ปานกลาง	ได้รับ นานๆครั้ง	ไม่ได้รับ เลย
1	ท่านได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเองเรื่องการบริโภคน้ำตาลจากบุคคลต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด บุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง					
2	เพื่อนร่วมงาน					
3	เพื่อนบ้าน					
4	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข					

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำตั้งแต่ 8 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำประมาณ 5 - 7 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติบ่อยครั้งประมาณ 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง ท่านได้ปฏิบัตินานๆครั้ง ประมาณ 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
1	ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง เช่น เบื่ออาหาร อ้วนขึ้น ผอมลง					
2	ศึกษาความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพก่อนนำไปปฏิบัติ					
3	การตรวจดูส่วนฉลากแสดงส่วนประกอบ วันผลิต วันหมดอายุ ของเครื่องอุปโภคบริโภคก่อนใช้					
4	การจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ					
5	ด้านโภชนาการ (แหล่งอาหาร) รับประทานผักหลากหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง					
6	รับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น มะละกอ ฝรั่ง ชมพู					
7	รับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน เงาะ					
8	รับประทานขนมหวานใส่น้ำเชื่อม เช่น เฉาก้วย					
9	รับประทานประเภทเชื่อม เช่น ลูกตาล เผือก มัน					
10	รับประทานขนมหวานใส่น้ำกะทิ เช่น บัวลอย กะลวยบัวชี่					
11	ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟเย็น ชาสมุนไพร					

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
12	รับประทานผลไม้กวน เช่น มะม่วงกวน ทุเรียนกวน					
13	รับประทานอาหารประเภทที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมเค้ก					
14	เมื่อรับประทานอาหารที่ต้องใส่เครื่องปรุงรสเพิ่ม เช่น ก๋วยเตี๋ยว ท่านไม่เติมน้ำตาลทราย					
15	เลือกใช้วิธีการปรุงหรือประกอบอาหาร ด้วยวิธีการ นึ่ง อบ ปิ้ง ตุ่น					
16	ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ออกกำลังกายนานติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที					
17	การทำกิจกรรมในลักษณะเป็นการออกกำลังกาย โดยทำต่อเนื่องกันอย่างน้อย 20 นาที เช่น ทำงาน บ้าน จัดสวน					
18	การลุก เดิน ยืน บริหารกล้ามเนื้อร่างกายเมื่อรู้สึก เมื่อยล้าจากการทำงาน					
19	การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือจากสื่อต่างๆเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย					
20	การพูดคุยปรึกษากับเพื่อนบ้านหรือผู้รู้ เกี่ยวกับการ ออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ					

ข้อเสนอแนะ (เพิ่มเติม)

.....

.....

.....

****ขอขอบคุณท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม****