



Research Article

Consumption of “Yum” (Thai Spicy Salad) and its Association with Energy Intake, Sodium Intake, and Weight Status among Gender-Diverse Male Population in Bangkok, Thailand

Thanit Vinitchagoon^{1*}, Waris Wongpipit², Phenphop Phansuea¹

¹ Food and Nutrition Academic and Research Cluster, Institute of Nutrition, Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand

² Division of Health and Physical Education, Department of Curriculum and Instruction, Faculty of Education, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

ABSTRACT

The consumption of Thai spicy salads, particularly "yum," is popular in Thailand and often associated with gender-diverse populations. However, the nutritional implications of this diet trend have not been studied. This study aims to compare the daily energy intake, nutrient intake, and body weight between yum consumers and non-consumers among gender-diverse population assigned male at birth in Bangkok, Thailand. A cross-sectional study was conducted among 196 gender-diverse individuals assigned male at birth residing in Bangkok. Participants reported their height, weight, and dietary intake using a semi-quantitative food frequency questionnaire. Fifty-nine percent of the sample reported consuming yum at least once in the past week, with an average intake of 0.3 servings per day, providing 57 kcal and 482 mg of sodium. Yum consumers, compared to non-consumers, have higher energy (2,444 vs. 1,891 kcal/day respectively, $p<0.001$) and sodium intake (2,504 vs. 2,121 mg/1000 kcal/day respectively, $p=0.04$). However, there was no significant difference in body mass index (BMI) between the two groups (23.3 vs. 23.4 kg/m², $p=0.86$). Yum is likely a popular food choice among gender-diverse individuals in Bangkok. While the energy contribution from yum consumption is relatively low, the sodium content is substantial (24% of the recommended daily intake of 2,000 mg/day). Additionally, meals containing yum may be accompanied by other foods and beverages, leading to increased overall energy and sodium intake.

Keywords: Thai Spicy Salad; Eating behavior; Sodium; Weight Status; LGBTQ+

Received: 1 September 2024

Accepted: 17 October 2024

Available online: 18 October 2024

* Correspondence: thanit.vin@mahidol.edu

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคยากับการได้รับโซเดียมและน้ำหนักร่างกายในประชากร เพศกำเริดชายที่มีความหลากหลายทางเพศในกรุงเทพมหานคร

ฐนิต วินิจจะกุล¹, วริศ วงศ์พิพิธ², เพ็ญภพ พันธุ์เสือ¹

¹ กลุ่มวิชาการและวิจัยด้านอาหารและโภชนาการ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สาขาวิชาสุขภาพและการพัฒนา ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

กระแสการบริโภคอาหารประเภทยาเป็นที่ยอมรับในประเทศไทย และมักถูกเชื่อมโยงกับกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer; LGBTQ+) แต่การศึกษาผลต่อภาวะโภชนาการยังมีจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปริมาณพลังงาน สารอาหารที่ได้รับต่อวัน และน้ำหนักตัวระหว่างผู้บริโภคน้ำหนักและไม่บริโภคน้ำหนัก โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการสำรวจภาคตัดขวางในกลุ่มประชากร LGBTQ+ เพศกำเริดชายในกรุงเทพมหานคร (n=196) เก็บข้อมูลด้วยการรายงานน้ำหนักและส่วนสูง และตอบแบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหารทั้งปริมาณ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59 เป็นผู้บริโภคน้ำหนัก (บริโภคน้ำหนักอย่างน้อย 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ผ่านมา) จำนวนหน่วยบริโภคเฉลี่ยอยู่ที่ 0.3 จานต่อวัน (ได้รับพลังงาน 57 กิโลแคลอรี โซเดียม 482 มก.) ผู้บริโภคน้ำหนักมีแนวโน้มที่จะได้รับพลังงานมากกว่าผู้ไม่บริโภคน้ำหนัก (2,444 และ 1,891 กิโลแคลอรี/วัน ตามลำดับ, $p<0.001$) รวมถึงโซเดียม (2,504 และ 2,121 มก./1000 กิโลแคลอรี/วัน ตามลำดับ, $p=0.04$) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันของดัชนีมวลกาย (23.3 และ 23.4 กก./ม.2, $p=0.86$) สรุปการศึกษาได้ว่าอาหารประเภทยามีแนวโน้มที่จะเป็นที่ยอมรับในกลุ่มประชากร LGBTQ+ เพศกำเริดชาย ปริมาณการบริโภคยาในประชากรกลุ่มนี้ แม้ว่าจะได้รับพลังงานน้อย จึงอาจไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัว แต่จะได้รับโซเดียมในปริมาณมาก (24% ของคำแนะนำการบริโภคโซเดียมที่ 2,000 มก./วัน) นอกจากนี้ มีอาหารที่มีการบริโภคน้ำหนัก อาจมีการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มอื่น ๆ ร่วมด้วย จึงทำให้ได้รับพลังงานและโซเดียมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: อาหารประเภทยา พฤติกรรมการบริโภค โซเดียม น้ำหนักตัว ความหลากหลายทางเพศ

* Correspondence: thanit.vin@mahidol.edu

บทนำ

ในปัจจุบัน สื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้บริโภคในสังคม ทั้งเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่¹⁻³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคอาหารตามกระแสที่ถูกเผยแพร่ได้อย่างรวดเร็วผ่านแพลตฟอร์มสื่อต่างๆ ทำให้ผู้บริโภคได้รับอิทธิพลในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารตามความเห็นในสื่อ ซึ่งอาจส่งผลทั้งด้านบวกและลบ คือเกิดการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ^{4,5} แต่ความรวดเร็วของการเปลี่ยนแปลงของกระแสการบริโภคอาหาร ทำให้งานวิจัยทางโภชนาการจำนวนมากอาจไม่สามารถตอบโจทย์กระแสการบริโภคอาหารได้อย่างทันทั่วทั้งที่เนื่องจากกระบวนการวิจัยทางโภชนาการที่มักมีความซับซ้อน จำเป็นต้องใช้เวลาและทรัพยากรเพื่อให้ได้ผลลัพธ์งานวิจัย⁶ จึงทำให้ข้อมูลจำนวนมากเกี่ยวกับกระแสการบริโภคอาหารบนสื่อสังคมออนไลน์ เป็นข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนจำกัด⁷⁻⁹

หนึ่งในกระแสการบริโภคอาหารในสื่อสังคมออนไลน์ปัจจุบัน คือการบริโภคอาหารประเภทยา ที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศไทย และมักถูกเชื่อมโยงกับกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer; LGBTQ+) ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มขึ้นของจำนวนร้านอาหารที่เน้นขายยาในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะร้านอาหารที่เน้นขายยาที่โดดเด่นในสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเจ้าของที่เป็น LGBTQ+ ซึ่งนอกจากจะเป็นการสร้างเอกลักษณ์และกระแสดึงดูดลูกค้า ก็ยังอาจเป็นการสร้างภาพจำระหว่างการบริโภคน้ำยากับ LGBTQ+ ด้วย¹⁰⁻¹² ซึ่งถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีงานทางวิชาการเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคน้ำยากับกลุ่มประชากร LGBTQ+ ในประเทศไทย แต่รูปแบบการเชื่อมโยงอาหารกับเพศ โดยเฉพาะอย่างกับกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศ ก็สามารถพบได้ในต่างประเทศ

เช่นเดียวกัน โดยชนิดของอาหารมักจะแตกต่างกันไปตามบริบทแวดล้อมของประเทศนั้น ๆ¹³⁻¹⁵

ในบริบทของกลุ่ม LGBTQ+ การบริโภคน้ำยาไม่เพียงแต่เป็นการเลือกอาหาร แต่ยังสะท้อนถึงอัตลักษณ์ และความแตกต่างทางเพศเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรที่มีเพศภาวะตรงกับเพศกำเนิด และมีรสนิยมทางเพศแบบรักต่างเพศ (Cisgender heterosexual)¹⁶⁻¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบความแตกต่างของลักษณะการแสดงออกของบุคคล (Personality trait) ระหว่างเพศกับการบริโภคอาหารรสจัด²⁰ เมื่อพิจารณาร่วมกับวิธีการปรุง รวมถึงประเภทวัตถุดิบที่ใช้ในการปรุงอาหารชนิดยาที่สามารถหาได้ง่ายในประเทศไทย ทำให้การบริโภคน้ำยาที่มีแนวโน้มที่จะกลายเป็นกระแสนิยมที่ยั่งยืน มากกว่ากระแสการบริโภคอาหารอื่น ๆ ที่มักเกิดขึ้นและหายไปอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศไทยที่พบว่าธุรกิจร้านอาหารประเภทยา มีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง²¹

ในทางโภชนาการ ยาเป็นอาหารไทยที่มีรสจัด โดยส่วนประกอบของเครื่องปรุงหลักประกอบด้วย น้ำปลา น้ำปลาร้า ผงชูรส และเครื่องปรุงรสอื่น ๆ ซึ่งมักมีปริมาณโซเดียมสูง²² การบริโภคน้ำยาเป็นประจำอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำต่อวัน ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง²³ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด²⁴ และโรคไต²⁵ นอกจากนี้ ในบริบทของการบริโภคน้ำยา อาจมีความหลากหลายทั้งในแง่ของวัตถุดิบที่ใส่ และอาหารชนิดอื่น ๆ ที่มีกับบริโภคร่วมกับน้ำยาด้วย (เช่น หมูยอ คอหมูย่าง ไก่ทอด ฯลฯ)²¹ ซึ่งหากเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง อาจส่งผลให้ได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย ในระยะยาวอาจส่งผลทำให้ระดับน้ำหนักตัวและความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นเพิ่มสูงขึ้นได้เช่นเดียวกัน²⁶ นอกจากนี้งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการในกลุ่มประชากร LGBTQ+ ก็ยังมีจำกัดมาก สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ในประเทศไทยยังไม่พบการสำรวจแบบแผนและพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน LGBTQ+ อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเบื้องต้นจากการสำรวจระดับชาติในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 แสดงให้เห็นว่าคนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ยประมาณวันละ 3,600 มิลลิกรัม (ซึ่งมากกว่าคำแนะนำการบริโภคโซเดียมที่ไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม)²⁷ ซึ่งแม้ว่าจะไม่ได้จำเพาะกับกลุ่มประชากร LGBTQ+ แต่อาจสามารถอนุมานได้ว่าประชากรกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มที่จะบริโภคโซเดียมเกินความต้องการต่อวันเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับโภชนาการและสุขภาพในกลุ่มประชากร LGBTQ+ ในต่างประเทศ พบว่างานวิจัยจำนวนมากให้ความสำคัญกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาน้ำหนักตัวที่สัมพันธ์กับโรคการกินผิดปกติ สุขภาพจิต และการมองภาพลักษณ์ต่อตนเอง มากกว่าการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง²⁸ อย่างไรก็ตาม ลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัว อาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมวัฒนธรรม²⁹ จึงทำให้ข้อมูลการศึกษาจากต่างประเทศอาจมีข้อจำกัดในการนำมาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทย จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่างานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษากระแสการบริโภคอาหารในสื่อสังคมออนไลน์มีจำกัด และจำนวนงานที่มีในปัจจุบันอาจไม่ตอบโจทย์ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคม ซึ่งกระแสการบริโภคยาที่สัมพันธ์กับกลุ่มประชากร LGBTQ+ ก็เป็นกระแสการบริโภคอาหารรูปแบบหนึ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพได้ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารประเภทยากับการได้รับโซเดียมและน้ำหนักตัวในกลุ่มประชากร LGBTQ+ เพศกำเนิดชายในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคำแนะนำทางโภชนาการที่สอดคล้องกับบริบทแวดล้อมและทันกับกระแสการบริโภคอาหารบนสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการวางแผน

นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการในกลุ่มประชากรเฉพาะผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในบริบทของประเทศไทยต่อไปได้ในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional) ในกลุ่มประชากร LGBTQ+ เพศกำเนิดชายในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม จนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านแพลตฟอร์ม REDCap® ซึ่งเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้รับการยอมรับในการบริหารจัดการแบบสอบถามงานวิจัย³⁰ งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลขโครงการ: MU-CIRB 2022/196.2107)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ คือกลุ่มประชากร LGBTQ+ เพศกำเนิดชาย เกณฑ์การคัดเข้าร่วมงานวิจัยคือ เป็นเพศกำเนิดชาย สัญชาติไทย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และตอบแบบคัดกรองโดยระบุว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (โดยมีนิยามคือ ผู้ที่มีรสนิยมทางเพศ (หมายถึงอารมณ์ ความรู้สึกเชิงโรแมนติก และความดึงดูดทางเพศ) กับเพศที่ไม่ใช่เพศตรงข้ามเพียงอย่างเดียว หรือมีอัตลักษณ์ทางเพศที่ไม่ตรงกับเพศกำเนิด³¹) และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ปริมณฑล แต่ทำงานในกรุงเทพมหานคร มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน (ณ เวลาที่ให้ข้อมูล) ส่วนเกณฑ์คัดออกจากงานวิจัยคือ ไม่แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ไม่ต้องการตอบแบบสอบถาม มีโรคทางกายภาพที่ส่งผลทำให้ไม่สามารถบริโภคอาหารทางปากได้ตามปกติ หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือเซาว์ปัญญารุนแรงจนทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระด้วยตนเอง โดยจุดประสงค์ของการคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิต

หรือเซาร์ปัญญาอย่างรุนแรง มิได้มีจุดมุ่งหมายในการกีดกันหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตแต่อย่างใด แต่เป็นการป้องกันกรณีผู้เข้าร่วมงานวิจัยอาจเกิดความรู้สึกเครียดกังวล จนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน ดังนั้นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช แต่ไม่ได้มีปัญหาเฉียบพลันและรุนแรง สามารถเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้

สำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณที่ระดับความแม่นยำที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5 ($d=0.05$) และความเชื่อมั่นในการคำนวณขนาดตัวอย่างร้อยละ 95 ($\alpha=0.05$) โดยอ้างอิงความชุกของประชากร LGBTQ+ ในประเทศไทยจากการสำรวจโดยหน่วยงานเอกชนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 9 ของประชากร³² เนื่องจากในปัจจุบัน ยังไม่มีการสำรวจความชุกของประชากร LGBTQ+ ในประเทศไทยอย่างเป็นทางการด้วยวิธีมาตรฐานโดยหน่วยงานภาครัฐ (เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ซึ่งใกล้เคียงกับตัวเลขความชุกจากการสำรวจในกลุ่มประชากรนักศึกษาในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่รวมประเทศไทยด้วย³³ คำนวณขนาดตัวอย่าง³⁴ ด้วยสูตร $n=[Z^2(p)(1-p)]/d^2$ จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 126 คน เพื่อป้องกันกรณีได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน เก็บข้อมูลเพิ่มจากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ร้อยละ 20 ทำให้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้เท่ากับ 151 คน ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากร LGBTQ+

กระบวนการวิจัย

ผู้ที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยได้ตอบแบบคัดกรองเข้าร่วมงานวิจัย และหากผ่านเกณฑ์เข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยได้ติดต่อกลับผ่านทางอีเมลหรือช่องทางสื่อสังคมออนไลน์อื่น ๆ เพื่อส่งเอกสารชี้แจงข้อมูลงานวิจัยแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยทำเครื่องหมายแสดงเจตนาเข้าร่วมงาน

วิจัยและลงนามด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์ จากนั้นจึงดำเนินการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจนครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย

1) แบบสอบถามคุณลักษณะพื้นฐาน ใช้สำหรับเก็บข้อมูลลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลอายุ (ปี) น้ำหนักตัวปัจจุบัน (กิโลกรัม) ส่วนสูงปัจจุบัน (เซนติเมตร) ภูมิลำเนา (จังหวัด) รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน) บริบทการอยู่อาศัย (อาศัยอยู่คนเดียว อาศัยอยู่กับเพื่อน อาศัยอยู่กับครอบครัว หรืออาศัยอยู่กับคนรัก/คู่ชีวิต/คู่สมรส) ศาสนาที่นับถือ (พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ หรือไม่นับถือศาสนา) ระดับการศึกษาสูงสุด (มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนปลาย ประกาศนียบัตรวิชาชีพ อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท หรือปริญญาเอก) สถานภาพในปัจจุบัน (โสด มีคู่รัก แต่งงาน) การมีกิจกรรมทางกาย (นาทีต่อสัปดาห์) การสูบบุหรี่ (สูบ หรือไม่สูบ) การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (ดื่ม หรือไม่ดื่ม) และประวัติการได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (มี ไม่มี หรือไม่ทราบ) จากนั้นข้อมูลภูมิลำเนาจะถูกจัดกลุ่มเพื่อนำเสนอตามภาค (กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ ภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคใต้) ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจะถูกจัดกลุ่มตามควอร์ไทล์โดยจะนำเสนอตามค่าต่ำสุดและสูงสุดของแต่ละควอร์ไทล์ และข้อมูลน้ำหนักตัวและส่วนสูงจะถูกนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) จากนั้นค่าดัชนีมวลกายจะถูกใช้ในการจำแนกระดับน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกสำหรับประชากรในทวีปเอเชีย (แบ่งออกเป็น น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักตัวปกติ น้ำหนักเกิน อ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2)³⁵

2) แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหารกึ่งปริมาณ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลอาหารบริโภค โดยแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเพื่อประเมินการได้รับโซเดียมจากอาหารบริโภค มีการตรวจสอบความเที่ยงตรง (ความ

เที่ยงตรง = 0.71) ในประชากรนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล³⁶ โดยมีการแก้ไขรายการอาหารบางส่วนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมปัจจุบัน จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงรายการอาหารแล้ว ไปประเมินคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (นักกำหนดอาหารวิชาชีพ) จำนวน 5 ท่าน โดยประเมินดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence; IOC) ระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรายการอาหารที่ถูกเพิ่มเติมขึ้นมา จะถูกนำออกจากแบบสอบถาม หากผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกัน ($IOC \geq 0.6$) ว่าไม่เหมาะสม ได้จำนวนหมวดอาหารในแบบสอบถามทั้งหมด 10 หมวด (ผลิตภัณฑ์จากแป้งและถั่ว นมและผลิตภัณฑ์จากนม ผักและผลไม้ เครื่องปรุงรสที่เติมขณะรับประทานอาหาร เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ อาหารจานเดียว อาหารนานาชาติ ขนมและอาหารว่าง เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร) มีจำนวนรายการอาหารทั้งหมด 93 รายการ

ข้อมูลอาหารบริโภคถูกใช้เพื่อจำแนกกลุ่มของผู้เข้าร่วมงานวิจัยตามการบริโภคยา โดยในหัวข้อ “ยาประเภทต่าง ๆ” หากผู้เข้าร่วมงานวิจัยตอบว่า “ไม่ได้บริโภคเลยในช่วง 7 วันที่ผ่านมา จะถือว่าอยู่ในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้บริโภคยา และหากผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีการบริโภคยาอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 7 วันที่ผ่านมา จะถือว่าอยู่ในกลุ่มผู้ที่บริโภคยา นอกจากนี้ ข้อมูลอาหารบริโภคนั้นยังถูกใช้เพื่อคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวัน โดยในแต่ละรายการอาหาร ผู้วิจัยคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อหน่วยมาตรฐานโดยใช้โปรแกรมฐานข้อมูลโภชนาการ INMUCAL-Nutrients version 4.0³⁷ เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิง จากนั้น สำหรับข้อมูลของผู้เข้าร่วมงานวิจัยแต่ละบุคคล ผู้วิจัยได้คำนวณปริมาณหน่วยมาตรฐานของอาหารบริโภคทั้ง 93 รายการ จากนั้นคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจากอาหารแต่ละรายการ แล้วจึงรวมเป็นปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวันสำหรับแต่ละบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในรูปแบบของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวัน) และนำเสนอในรูปแบบของจำนวนนับและร้อยละ สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรจัดกลุ่ม (ภูมิสำเนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บริบทการอยู่อาศัย ศาสนาที่นับถือ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพในปัจจุบัน การมีกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ประวัติการได้รับการวินิจฉัยโรคทางสุขภาพจิต และระดับน้ำหนักตัว) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวัน และค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มผู้บริโภคยา และผู้ไม่ได้บริโภคยา ใช้สถิติ Independent t-test ส่วนการเปรียบเทียบสัดส่วนของการจำแนกระดับน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มผู้บริโภคยา และผู้ไม่ได้บริโภคยา ใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

จำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัยนี้ทั้งหมด 196 คน คิดเป็นร้อยละ 130 ของขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (151 คน) สำหรับคุณลักษณะพื้นฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59 ($n=116$) เป็นผู้บริโภคน้อย (คือบริโภคอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 7 วันที่ผ่านมา) เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้บริโภคน้อย พบว่าจำนวนหน่วยบริโภคเฉลี่ยอยู่ที่ 0.3 หน่วยบริโภค (จาน) ต่อวัน ซึ่งเมื่อคำนวณปริมาณพลังงานและสารอาหารต่อวัน จะให้พลังงาน 56.9 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 3.9 กรัม น้ำตาล 1.4 กรัม โปรตีน 4.5 กรัม ไขมันทั้งหมด 2.6 กรัม (ไขมันอิ่มตัว 0.9 กรัม) โซเดียม 482 มิลลิกรัม และใยอาหาร 0.6 กรัม



พลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวัน

สำหรับปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวัน (ตารางที่ 2) พบว่าผู้บริโภคน้ำได้รับพลังงาน (2,444 และ 1,891 กิโลแคลอรี/วัน, $p < 0.0001$) และโซเดียม (2,504 และ 2,121 มก./1000 กิโลแคลอรี/วัน, $p = 0.04$) มากกว่าผู้ไม่บริโภคน้ำอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่สัดส่วนของพลังงานมีแนวโน้มจะมาจากโปรตีนมากกว่าผู้ที่ไม่บริโภคน้ำ (ที่สัดส่วนพลังงานมีแนวโน้มที่จะมาจากคาร์โบไฮเดรตมากกว่า) สำหรับปริมาณน้ำตาล ไขมันทั้งหมด ไขมันอิ่มตัว และ

ใยอาหาร ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มผู้บริโภคน้ำและไม่บริโภคน้ำ

องค์ประกอบของร่างกาย

สำหรับตัวชี้วัดองค์ประกอบของร่างกาย (ตารางที่ 3) ไม่พบความแตกต่างกันของทั้งน้ำหนักตัว (70.7 และ 70.1 กก., $p = 0.81$) ดัชนีมวลกาย (23.3 และ 23.4 กก./ม.², $p = 0.86$) และสัดส่วนของการจำแนกระดับน้ำหนักตัว ($p = 0.83$) ระหว่างกลุ่มผู้บริโภคน้ำและไม่บริโภคน้ำ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการบริโภคน้ำ (n=196)

คุณลักษณะของประชากร	ไม่บริโภคน้ำ (n=80)	บริโภคน้ำ (n=116)	รวม (n=196)	p-value
อายุ, ปี, Mean (SD)	29.5 (6.3)	30.3 (6.2)	29.9 (6.2)	0.39 ¹
ภูมิสำเนา, n (%)				0.61 ²
กรุงเทพมหานคร	54 (67.5%)	68 (58.6%)	122 (62.2%)	
ภาคเหนือ	5 (6.3%)	6 (5.2%)	11 (5.6%)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5 (6.3%)	7 (6.0%)	12 (6.1%)	
ภาคตะวันตก	3 (3.8%)	2 (1.7%)	5 (2.6%)	
ภาคกลาง	7 (8.8%)	17 (14.7%)	24 (12.2%)	
ภาคตะวันออก	2 (2.5%)	5 (4.3%)	7 (3.6%)	
ภาคใต้	4 (5.0%)	11 (9.5%)	15 (7.7%)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, n (%)				0.06 ²
น้อยกว่า 22,000 บาท	24 (30.0%)	24 (20.7%)	48 (24.5%)	
23,000 – 35,000 บาท	18 (22.5%)	35 (30.2%)	53 (27.0%)	
36,000 – 60,000 บาท	24 (30.0%)	23 (19.8%)	47 (24.0%)	
มากกว่า 60,000 บาท	14 (17.5%)	34 (29.3%)	48 (24.5%)	
บริบทการอยู่อาศัย, n (%)				0.50 ²
อาศัยอยู่คนเดียว	40 (50.0%)	47 (40.5%)	87 (44.4%)	
อาศัยอยู่กับเพื่อน	2 (2.5%)	4 (3.4%)	6 (3.1%)	
อาศัยอยู่กับครอบครัว	28 (35.0%)	43 (37.1%)	71 (36.2%)	
อาศัยอยู่กับคนรัก/คู่ชีวิต/คู่สมรส	10 (12.5%)	22 (19.0%)	32 (16.3%)	
ศาสนาที่นับถือ, n (%)				0.03 ²
พุทธ	41 (51.3%)	82 (70.7%)	123 (62.8%)	
คริสต์	2 (2.5%)	0 (0.0%)	2 (1.0%)	
อิสลาม	1 (1.3%)	1 (0.9%)	2 (1.0%)	
ไม่นับถือศาสนา	35 (43.8%)	33 (28.4%)	68 (34.7%)	
อื่น ๆ	1 (1.3%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	

คุณลักษณะของประชากร	ไม่ได้บริโภคยา (n=80)	บริโภคยา (n=116)	รวม (n=196)	p-value
ระดับการศึกษาสูงสุด, n (%)				0.73 ²
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (3.8%)	2 (1.7%)	5 (2.6%)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	0 (0.0%)	1 (0.9%)	1 (0.5%)	
อนุปริญญา	0 (0.0%)	1 (0.9%)	1 (0.5%)	
ปริญญาตรี	50 (62.5%)	79 (68.1%)	129 (65.8%)	
ปริญญาโท	21 (26.3%)	25 (21.6%)	46 (23.5%)	
ปริญญาเอก	6 (7.5%)	8 (6.9%)	14 (7.1%)	
สถานภาพในปัจจุบัน, n (%)				0.03 ²
โสด	56 (70.0%)	60 (51.7%)	116 (59.2%)	
มีคู่รัก	24 (30.0%)	55 (47.4%)	79 (40.3%)	
แต่งงาน	0 (0.0%)	1 (0.9%)	1 (0.5%)	
การมีกิจกรรมทางกายตามคำแนะนำที่ความหนัก				0.64 ²
ระดับปานกลาง, n (%)				
น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์	47 (58.8%)	72 (62.1%)	119 (60.7%)	
150 นาทีต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	33 (41.3%)	44 (37.9%)	77 (39.3%)	
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน, n (%)				0.76 ²
สูบ	4 (5.0%)	7 (6.0%)	11 (5.6%)	
ไม่สูบ	76 (95.0%)	109 (94.0%)	185 (94.4%)	
การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน, n (%)				0.55 ²
ดื่ม	27 (33.8%)	44 (37.9%)	71 (36.2%)	
ไม่ดื่ม	53 (66.3%)	72 (62.1%)	125 (63.8%)	
ประวัติการได้รับการวินิจฉัยโรคทางสุขภาพจิต, n (%)				0.72 ²
มี	9 (11.3%)	15 (12.9%)	24 (12.2%)	
ไม่มี/ไม่ทราบ	71 (88.8%)	101 (87.1%)	172 (87.8%)	

¹Independent t-test p-value; ²Chi-square p-value.

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวัน จำแนกตามการบริโภคยา (n=196)

พลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวัน	ไม่ได้บริโภคยา (n=80)	บริโภคยา (n=116)	รวม (n=196)	p-value
พลังงานที่ได้รับ, กิโลแคลอรีต่อวัน, Mean (SD)	1891 (868)	2444 (990)	2219 (979)	<.0001 ¹
คาร์โบไฮเดรต, กรัม/1000 กิโลแคลอรี/วัน, Mean (SD)	130.0 (26.2)	122.1 (20.2)	125.4 (23.1)	0.02 ¹
น้ำตาล, กรัม/1000 กิโลแคลอรี/วัน, Mean (SD)	32.2 (15.8)	31.5 (12.2)	31.8 (13.7)	0.75 ¹
โปรตีน, กรัม/1000 กิโลแคลอรี/วัน, Mean (SD)	42.6 (11.0)	45.9 (7.6)	44.5 (9.2)	0.02 ¹
ไขมันทั้งหมด, กรัม/1000 กิโลแคลอรี/วัน, Mean (SD)	34.4 (8.6)	36.4 (6.6)	35.6 (7.5)	0.06 ¹
ไขมันอิ่มตัว, กรัม/1000 กิโลแคลอรี/วัน, Mean (SD)	10.7 (3.3)	11.6 (3.3)	11.2 (3.3)	0.05 ¹
โซเดียม, มิลลิกรัม/1000 กิโลแคลอรี/วัน, Mean (SD)	2121 (1384)	2504 (1237)	2348 (1309)	0.04 ¹
ใยอาหาร, กรัม/1000 กิโลแคลอรี/วัน, Mean (SD)	5.4 (2.3)	5.9 (2.0)	5.7 (2.2)	0.08 ¹
สัดส่วนพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต, %, Mean (SD)	52.0 (10.5)	48.9 (8.1)	50.1 (9.2)	0.02 ¹
สัดส่วนพลังงานจากโปรตีน, %, Mean (SD)	17.0 (4.4)	18.3 (3.0)	17.8 (3.7)	0.02 ¹
สัดส่วนพลังงานจากไขมัน, %, Mean (SD)	30.9 (7.7)	32.8 (6.0)	32.0 (6.8)	0.06 ¹

¹Independent t-test p-value.



ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดองค์ประกอบของร่างกาย จำแนกตามการบริโภคยา (n=196)

ตัวชี้วัดองค์ประกอบของร่างกาย	ไม่ได้บริโภคยา (n=80)	บริโภคยา (n=116)	รวม (n=196)	p-value
น้ำหนักตัวปัจจุบัน, กก., Mean (SD)	70.7 (13.9)	70.1 (15.2)	70.4 (14.6)	0.81 ¹
ส่วนสูงปัจจุบัน, ซม., Mean (SD)	173.4 (6.8)	173.2 (5.8)	173.3 (6.2)	0.90 ¹
ดัชนีมวลกาย, กก./ม. ² , Mean (SD)	23.4 (4.2)	23.3 (4.5)	23.3 (4.4)	0.86 ¹
เกณฑ์จำแนกระดับน้ำหนักตัว, n (%)				0.83 ²
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	5 (6.3%)	4 (3.4%)	9 (4.6%)	
น้ำหนักตัวปกติ	38 (47.5%)	62 (53.4%)	100 (51.0%)	
น้ำหนักตัวเกิน	17 (21.3%)	24 (20.7%)	41 (20.9%)	
อ้วนระดับ 1	15 (18.8%)	18 (15.5%)	33 (16.8%)	
อ้วนระดับ 2	5 (6.3%)	8 (6.9%)	13 (6.6%)	

¹Independent t-test p-value; ²Chi-square p-value.

อภิปรายผลการวิจัย

จากข้อมูลในงานวิจัยนี้ พบว่ายาเป็นอาหารที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากร LGBTQ+ เพศกำเนิดชายในกรุงเทพมหานคร โดยพบว่าความนิยมนี้ไม่จำกัดอยู่ที่กลุ่มรายได้ ระดับการศึกษา หรือภูมิลำเนาใดๆ สอดคล้องกับข้อมูลบนสื่อสังคมออนไลน์ในประเทศไทยในปัจจุบันเกี่ยวกับการบริโภคยาในกลุ่มประชากร LGBTQ+ ที่กลายเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงอัตลักษณ์ทางเพศและมีการสื่อสารอย่างแพร่หลาย¹⁶⁻¹⁹ โดยในแง่ของโภชนาการ ปริมาณการบริโภคยาที่พบในกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าอ้างอิงสารอาหารต่อวันสำหรับคนไทย (Thai Reference Daily Intakes; Thai RDIs) โดยอ้างอิงความต้องการพลังงานที่ควรได้รับต่อวันที่ 2,000 กิโลแคลอรี³⁸ พบว่ายาให้พลังงานและสารอาหารหลักในปริมาณที่ไม่มาก (รวมถึงปริมาณน้ำตาลและไขมันที่ได้รับ) แต่ให้ปริมาณโซเดียมสูงถึงร้อยละ 24 ของความต้องการต่อวัน (2,000 มิลลิกรัม) หรือร้อยละ 80 ของคำแนะนำเฉลี่ยที่ 600 มิลลิกรัมต่อมื้ออาหาร ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้บริโภคยาอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลนี้สอดคล้องกับลักษณะของยาที่มีการปรุงรสด้วยเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูง²² ซึ่งเมื่อรวมกับโซเดียมที่ได้รับจากอาหารอื่น ๆ ก็อาจทำให้ได้รับโซเดียมมากเกินไปจนความต้องการ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคความดันโลหิตสูง²³ โรคหัวใจและหลอดเลือด²⁴ และโรคไต²⁵ เป็นต้น

แม้ว่าผลการศึกษานี้จะพบว่ากลุ่มที่บริโภคยาได้รับพลังงานต่อวันมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้บริโภคยาอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างปริมาณพลังงานที่ได้รับกับระดับน้ำหนักตัว ข้อมูลนี้อาจบ่งชี้ว่าการบริโภคยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำหนักตัวในระยะสั้น หรืออาจมีอาหารชนิดอื่นที่มีผลกระทบต่อระดับน้ำหนักตัวมากกว่า โดยเมื่อเทียบปริมาณน้ำตาลและไขมันทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน ระหว่างผู้ที่บริโภคและไม่บริโภคยา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณน้ำตาลและไขมันที่ได้จากการบริโภคยาที่มีปริมาณที่น้อย (น้ำตาล 1.4 กรัมต่อวัน คิดเป็น 6% ของปริมาณน้ำตาลที่แนะนำให้บริโภคต่อวันไม่เกิน 24 กรัม และไขมันทั้งหมด 2.9 กรัมต่อวัน คิดเป็น 12% ของปริมาณไขมันที่แนะนำให้บริโภคต่อวันไม่เกิน 24 กรัม)³⁹ การศึกษาในอนาคตควรเน้นการวิเคราะห์แบบแผนอาหาร (Dietary pattern analysis)⁴⁰ เพื่อทำความเข้าใจลักษณะการบริโภคอาหารที่มียาเป็นส่วนประกอบในบริบทที่กว้างขึ้น เช่น วิเคราะห์ว่ามีอาหารประเภทใดบ้าง และในปริมาณเท่าใด ที่มักมีการบริโภคร่วมกับอาหารประเภทยา (เช่น หมูยอ คอหมูย่าง อาหารทอดกรอบ ฯลฯ)²¹ ที่อาจเป็นแหล่งของพลังงานและสารอาหาร (โดยเฉพาะไขมัน) ที่อาจส่งผลต่อปริมาณน้ำหนักตัวได้ เป็นต้น

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มประชากร LGBTQ+ มักมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างจากกลุ่มประชากร Cisgender heterosexual ซึ่งอาจส่งผลต่ออัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการได้รับสารอาหารที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มประชากรนี้ยังไม่ชัดเจน⁴¹ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคได้โดยตรง (เช่น การได้รับโซเดียมจากอาหารในปริมาณมาก) กับงานวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม คำแนะนำทางโภชนาการเบื้องต้นเพื่อช่วยลดปริมาณโซเดียมในกลุ่มประชากร LGBTQ+ เพศกำเนิดชายในกรุงเทพมหานครสามารถประยุกต์ใช้คำแนะนำทางโภชนาการโดยทั่วไปเพื่อลดปริมาณโซเดียมที่ได้รับจากอาหารได้⁴² โดยอาจให้ความสำคัญเพิ่มเติมในส่วนของการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทยา เช่น การเลือกชนิดหรือเมนูยาที่ประกอบด้วยวัตถุดิบที่มีโซเดียมน้อยลง (เช่น เปลี่ยนจากไข่เค็มเป็นไข่ต้ม หรือจากหมูยอเป็นหมูสับ เป็นต้น) ซึ่งนอกจากจะช่วยลดปริมาณโซเดียมลงได้แล้ว หากเลือกวัตถุดิบที่ไม่ผ่านการทอด ก็ยังอาจช่วยลดปริมาณไขมันอิ่มตัวลงได้อีกด้วย นอกจากนี้ การลดการใช้เครื่องปรุงหลายชนิดในยาหนึ่งจาน (เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า ผงชูรส ฯลฯ) รวมถึงการลดการบริโภคน้ำยาลง ก็อาจเป็นคำแนะนำที่ช่วยลดการได้รับโซเดียมต่อวันในกลุ่มประชากร LGBTQ+ ได้

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรกคือ ข้อมูลทางวิชาการที่สามารถนำมาใช้อ้างอิงในงานวิจัยนี้มีจำกัดมาก งานวิจัยนี้จึงจำเป็นต้องอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงบนสื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก ซึ่งถึงแม้จะเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือต่ำ แต่ก็สามารถถือเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่อาจนำไปสู่ข้อสันนิษฐานเบื้องต้นที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว จึงทำให้ข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ถือเป็นสมมติฐานเบื้องต้นที่จะนำไปสู่งานวิจัยอื่น ๆ ต่อไปเช่นเดียวกัน ประการที่สองคือ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ดังนั้นจึงไม่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causation) ของปัจจัยที่พบได้อย่างชัดเจน ประการที่สามคือ ข้อจำกัดในการขยายผลการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จำกัดอยู่เฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมถึงวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้ไม่สามารถใช้ผลลัพธ์นี้เป็นตัวแทนของประชากร LGBTQ+ ในบริบทอื่น ๆ ได้

นอกจากนี้ ข้อจำกัดหลักที่สำคัญอีกประการคือ ข้อมูลพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวันในงานวิจัยนี้ มาจากการคำนวณโดยใช้แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหารทั้งปริมาณในการเก็บข้อมูลอาหารบริโภค ดังนั้นจึงอาจไม่ได้สะท้อนถึงปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจริงทั้งหมดต่อวัน เนื่องจากรายการอาหารในแบบสอบถามอาจไม่ได้ครอบคลุมถึงอาหารทุกอย่างที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยบริโภค ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับต่อวันจึงสามารถใช้เพื่อการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการประเมินอาหารบริโภคด้วยวิธีเดียวกันในการศึกษานี้เท่านั้น รวมถึงงานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยละเอียด จึงทำให้ปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวันอาจมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากไม่ได้รวมปริมาณพลังงานจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ด้วย

อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหารทั้งปริมาณ โดยสอบถามความถี่การบริโภคอาหารย้อนหลังหนึ่งสัปดาห์ ทำให้สามารถเก็บข้อมูลแบบแผนการบริโภคอาหารในระยะยาวได้ดีกว่าการใช้วิธีประเมินอื่น ๆ เช่น การสอบถามการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24-Hour dietary recall) ที่จำเป็นต้องทำซ้ำหลายวัน จึงจะทำให้ได้ข้อมูลการบริโภคอาหารในระยะยาวมากขึ้น นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าการใช้แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหารทั้งปริมาณในการประเมินการบริโภคอาหาร อาจมีโอกาทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา แต่ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นในสัดส่วนที่เท่ากันทั้งสองกลุ่ม (Non-differential

misclassification) เนื่องจากอาจมีทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยที่บริโภคยาเป็นประจำ แต่ไม่ได้บริโภคยาในสัปดาห์ที่มีการเก็บข้อมูล และผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่ได้บริโภคยาเป็นประจำ แต่ได้บริโภคยาในสัปดาห์ที่มีการเก็บข้อมูล ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีแนวโน้มที่คลาดเคลื่อนไปในทางที่ทำให้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Bias towards the null hypothesis) คือผลลัพธ์ที่ได้มีแนวโน้มที่จะมีความแตกต่างน้อยกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวมักไม่ส่งผลต่อการแปลผลของความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁴³

สรุปผลการวิจัย

อาหารประเภทยามีแนวโน้มที่จะเป็นที่นิยมในกลุ่มประชากร LGBTQ+ เพศกำเนิดชายในกรุงเทพมหานคร แม้ว่าการบริโภคยาจะให้พลังงานต่ำ แต่พบว่ามีโอกาสได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูง คำแนะนำทางโภชนาการในการปรับพฤติกรรมการบริโภคยาจึงอาจมีบทบาทสำคัญในการลดปริมาณโซเดียมที่ได้รับต่อวันในกลุ่มประชากรนี้ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและแม่นยำมากขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต โดยการใช้การสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในวงกว้างมากขึ้นและเก็บข้อมูลการบริโภคอาหารด้วยวิธีอื่น ๆ ที่หลากหลาย เช่น การสอบถามการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ร่วมกับการใช้แบบสอบถามความถี่การบริโภคอาหารกึ่งปริมาณ เพื่อช่วยเพิ่มความแม่นยำของข้อมูลพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจริงต่อวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาคำแนะนำทางโภชนาการที่ตอบโจทย์กระแสการบริโภคอาหาร และสอดคล้องกับบริบทเฉพาะกลุ่ม LGBTQ+ ในประเทศไทย เพื่อการวางแผนนโยบายส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มประชากรนี้อย่างเหมาะสมในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่สละเวลาส่วนตัวในการเข้าร่วมงานวิจัยและตอบแบบสอบถามทั้งหมด แม้ว่าการวิจัยนี้จะได้มี

คำตอบแทนใด ๆ นอกจากนี้ ขอขอบคุณคุณธีรวิตรสินธุรส สำหรับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมในการระบุและจำแนกเพศในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Packer J, Russell SJ, Siovolgyi G, et al. The Impact on Dietary Outcomes of Celebrities and Influencers in Marketing Unhealthy Foods to Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2022;14(3). doi:10.3390/nu14030434
2. Rounsefell K, Gibson S, McLean S, et al. Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutr Diet J Dietit Assoc Aust*. 2020;77(1):19-40. doi:10.1111/1747-0080.12581
3. Cheikh Ismail L, Osaili TM, Naja F, et al. The association of social media with dietary behaviors among adults in the United Arab Emirates. *Heliyon*. 2024;10(15):e35574. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e35574
4. Hawkins LK, Farrow C, Thomas JM. Do perceived norms of social media users' eating habits and preferences predict our own food consumption and BMI? *Appetite*. 2020;149:104611. doi:10.1016/j.appet.2020.104611
5. Sina E, Boakye D, Christianson L, Ahrens W, Hebestreit A. Social Media and Children's and Adolescents' Diets: A Systematic Review of the Underlying Social and Physiological Mechanisms. *Adv Nutr Bethesda Md*. 2022;13(3):913-937. doi:10.1093/advances/nmac018
6. Vitolins MZ, Case TL. What Makes Nutrition Research So Difficult to Conduct and Interpret? *Diabetes Spectr Publ Am Diabetes*

- Assoc. 2020;33(2):113-117.
doi:10.2337/ds19-0077
7. Denniss E, Lindberg R, Marchese LE, McNaughton SA. #Fail: the quality and accuracy of nutrition-related information by influential Australian Instagram accounts. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2024;21(1):16.
doi:10.1186/s12966-024-01565-y
8. Denniss E, Lindberg R, McNaughton SA. Nutrition-Related Information on Instagram: A Content Analysis of Posts by Popular Australian Accounts. *Nutrients.* 2023;15(10).
doi:10.3390/nu15102332
9. Tricas-Vidal HJ, Vidal-Peracho MC, Lucha-López MO, et al. Nutrition-Related Content on Instagram in the United States of America: Analytical Cross-Sectional Study. *Foods Basel Switz.* 2022;11(2).
doi:10.3390/foods11020239
10. Tonhom. 20 ร้านยำกรุงเทพ อัปเดตความเผ็ด แซ่บซัดหยุดไม่ได้ อัปเดตใหม่ล่าสุด! wongnai. March 14, 2023. [cited 2024 Aug 31]. Available from:
<https://www.wongnai.com/listings/spicy-salted-egg-restaurant>
11. ปวรพล รุ่งรจนา. BUSINESS & NETWORK | “กะเทยทำยำ” การยำครั้งใหญ่ของธุรกิจ ปากท้อง กะเทย และภาพจำเอาฮา. apcom.org. 2024. [cited 2024 Aug 31]. Available from:
<https://www.apcom.org/business-network-yummy-spicy/>
12. Mirror Thailand. “เป็นกะเทยก็ต้องกินยำ?”คุยกับ ธิป ธานีป เกตุชาติ เจ้าของร้านยำอียิปต์ | Working with PRIDE. Mirror Thailand. [cited 2024 Aug 31]. Available from:
<https://www.facebook.com/watch/?v=218803961038480>
13. Cleves RH. Real Men Don’t Eat Quiche: Queer Food and Gendered Nationalism in the Late Twentieth-Century USA. *Gend Hist.* 2022;34(3):614-631. doi:10.1111/1468-0424.12645
14. Allison P Frazier. Drag Cuisines: The Queer Ontology of Veganism. Published online April 4, 2023. doi:10.25394/PGS.22312288.v1
15. Lawrence J. Queer Tastes: An Exploration of Food and Sexuality in Southern Lesbian Literature. 2014. [cited 2024 Aug 31]. Available from:
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:54952121>
16. Y World. เคยสงสัยไหม ทำไมเป็น ‘กะเทย’ ต้องกินยำ | Y WORLD Gang EP.103. Y World. [cited 2024 Aug 31]. Available from:
<https://www.youtube.com/watch?v=7O50HMhP2dU>
17. Generation. ประวัติศาสตร์ยำ สู่วัฒนธรรม “กินยำ” ของเหล่าเทย. Generation. September 2, 2023. <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=233972172969366>
18. Paibulsiri P. 5 สเตปโดย LGBTQ+ และเป็น ‘พื้นที่ปลอดภัย’ ให้ LGBTQ+ ทุกคนที่ไปเยือน. Mirror. [cited 2024 Aug 31] Available from:
<https://mirrorthailand.com/style/lifestyle/101036>
19. “เป็นกะเทยก็ต้องกินยำ?” คุยกับ ธิป ธานีป เกตุชาติ เจ้าของร้านยำอียิปต์ | Working with PRIDE.; 2023. [cited 2024 Aug 31]. Available from:
<https://www.facebook.com/watch/?v=218803961038480>
20. Byrnes NK, Hayes JE. Gender differences in the influence of personality traits on spicy food liking and intake. *Food Qual Prefer.*

- 2015;42:12-19.
doi:10.1016/j.foodqual.2015.01.002
21. Noon Inch. Data Research Insight สํารวจร้านและการทาน ยํ่า ในประเทศไทย. EverydayMarketing.co. January 7, 2024. [cited 2024 Aug 31]. Available from: <https://www.everydaymarketing.co/trend-insight/data-research-insight-spicy-salad-yum-zap/>
22. เครือข่ายลดบริโภคเค็ม. เมนูอาหาร. ลดเค็ม ลดโรค. 2024. [cited 2024 Aug 31]. Available from: <https://www.lowsaltthai.com/%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%99%E0%B8%B9%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3-52213.page>
23. Filippini T, Malavolti M, Whelton PK, Vinceti M. Sodium Intake and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis of Observational Cohort Studies. *Curr Hypertens Rep.* 2022;24(5):133-144. doi:10.1007/s11906-022-01182-9
24. Mente A, O'Donnell M, Rangarajan S, et al. Associations of urinary sodium excretion with cardiovascular events in individuals with and without hypertension: a pooled analysis of data from four studies. *Lancet Lond Engl.* 2016;388(10043):465-475. doi:10.1016/S0140-6736(16)30467-6
25. Yoon CY, Noh J, Lee J, et al. High and low sodium intakes are associated with incident chronic kidney disease in patients with normal renal function and hypertension. *Kidney Int.* 2018;93(4):921-931. doi:10.1016/j.kint.2017.09.016
26. Ledikwe JH, Blanck HM, Kettel Khan L, et al. Dietary energy density is associated with energy intake and weight status in US adults. *Am J Clin Nutr.* 2006;83(6):1362-1368. doi:10.1093/ajcn/83.6.1362
27. Chailimpamontree W, Kantachuvesiri S, Aekplakorn W, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. *J Clin Hypertens Greenwich Conn.* 2021;23(4):744-754. doi:10.1111/jch.14147
28. Ferrero EM, Yunker AG, Cuffe S, et al. Nutrition and Health in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning Community: A Narrative Review. *Adv Nutr Bethesda Md.* 2023;14(6):1297-1306. doi:10.1016/j.advnut.2023.07.009
29. Djekic I, Bartkiene E, Szűcs V, et al. Cultural dimensions associated with food choice: A survey based multi-country study. *Int J Gastron Food Sci.* 2021;26:100414. doi:10.1016/j.ijgfs.2021.100414
30. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)--a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009;42(2):377-381. doi:10.1016/j.jbi.2008.08.010
31. Cambridge University Press & Assessment. LGBTQ | English Meaning - Cambridge Dictionary. Cambridge Dictionary. 2024. [cited 2024 Aug 31]. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/lgbtq>
32. Shoowong M. The Pride of Thailand. Bangkok Post. July 3, 2023. [cited 2024 Aug 31]. Available from: <https://www.bangkokpost.com/business/general/2604095/the-pride-of-thailand>

33. Peltzer K, Pengpid S. Minority stress among lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) university students in ASEAN countries: associations with poor mental health and addictive behavior. *Genb Behav.* 2016;14(3):7806-7815. doi:10.4314/GAB.V14I3
34. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Rahimzadeh M. Sample size calculation in medical studies. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2013;6(1):14-17.
35. WHO/IASO/IOTF. *The Asia-Pacific Perspective : Redefining Obesity and Its Treatment.* Health Communications Australia; 2000.
36. Pavadhgul P, Sunthonwaraluk S, Srisorachatr S, Temcharoen P. Dietary sodium intake by semi-quantitative food frequency questionnaire among undergraduate students of Mahidol University. *J Med Assoc Thai Chotmaiher Thangphaet.* 2009;92 Suppl 7:S75-82.
37. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปคำนวณสารอาหาร INMUCAL-Nutrients V4.0 ฐานข้อมูลชุด NB4. 2561.
38. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 445) พ.ศ. 2566 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง ฉลากโภชนาการ. 2567.
39. กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ สำนักโภชนาการ. *สุขภาพดี เริ่มที่... อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม เติมเต็ม ผัก ผลไม้. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.*
40. Hu FB. Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol.* 2002;13(1):3-9. doi:10.1097/00041433-200202000-00002
41. Caceres BA, Bynon M, Doan D, Makarem N, McClain AC, VanKim N. Diet, Food Insecurity, and CVD Risk in Sexual and Gender Minority Adults. *Curr Atheroscler Rep.* 2022;24(1):41-50. doi:10.1007/s11883-022-00991-2
42. วันทนีย์ เกรียงสินยศ. *ลดโซเดียม ยืดชีวิต.* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
43. Willett W. An overview of issues related to the correction of non-differential exposure measurement error in epidemiologic studies. *Stat Med.* 1989;8(9):1031-1040. doi:10.1002/sim.4780080903