

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน
ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

ของ

ชื่อ นางสาวศศิธร บุญสุข
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(เดิมตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6ว)
ตำแหน่งเลขที่ 2216
กลุ่มงาน/ฝ่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
กรมอนามัย

เพื่อขออนุมัติตัวบุคคลให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง
สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ

สารบัญ

หน้า

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

บทคัดย่อ.....	1
บทนำ.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
วิธีการดำเนินงาน/วิธีการ/ขอบเขตงาน.....	3
ผลการดำเนินงาน/ผลการวิจัย.....	5
อภิปรายผลการวิจัย.....	8
การนำไปใช้ประโยชน์.....	12
ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค.....	12
ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์.....	12
กิตติกรรมประกาศ.....	14
เอกสารอ้างอิง.....	14

(ข) ข้อเสนอแนะแนวคิด / วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

หลักการและเหตุผล.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
บทวิเคราะห์.....	2
แนวความคิด.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	3
วิธีการศึกษาหรือแนวทางการได้มาซึ่งข้อมูล.....	4
ข้อเสนอแนะ.....	5
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ตัวชี้วัดความสำเร็จ.....	5

ภาคผนวก

แบบสอบถาม.....	1
เกณฑ์การแปลผล.....	7

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** เดือนตุลาคม 2554 ถึง เดือน เมษายน 2555
3. **สัดส่วนของผลงานที่ผู้เสนอปฏิบัติ** 90%
จัดทำโครงการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดทำแบบสอบถามและเก็บข้อมูล ตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล
4. **ผู้ร่วมจัดทำผลงาน** นางสิริพินท์ ศิริโสภางษ์ สัดส่วนของผลงาน 10 %
5. **บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross –Sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จำนวน 220 คน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ที่มีค่าความเที่ยงโดยสถิติแอลฟาของคอร์นบาคเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย -สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (χ^2) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมันอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 72.7 ระดับทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมันอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 91.8 พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันในระดับดี มากที่สุดร้อยละ 81.4 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไขมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันระดับโคเลสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์ ไขมันแอลดีแอล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

ผลการศึกษาในการครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้ ทักษะจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง รวมถึงมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการลดบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ประกอบกับลดการรับประทานหวาน มัน เค็ม เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคจากการหลอดเลือดหัวใจ ไขมัน และความดันโลหิตสูงได้

6. บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ทำการสำรวจจำนวนคนตายในปี พ .ศ. 2548 - 2549 จำนวน 3.83 แสนคน พบว่า การตายส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อถึง ร้อยละ 51.4 สาเหตุของการตายที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ มาจากการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งสูงสุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2550) และจากสถิติอัตราการตายของประเทศไทยในปี 2548 พบการตายที่เกิดจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดมีอัตราการตาย 29.2 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน เป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง (สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ,2550) สาเหตุของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่สำคัญ คือ ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด (อภิชาติ สุคนธรทรัพย์, 2543)

จากการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ณรงค์ อังคะสุวพลา ปี 2551 พบว่า 2 ใน 3 ของประชากรกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีปัญหาไขมันในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน จนถึงเป็นโรคอ้วน ทั้งนี้ การบริโภคเกินความเครียดและไม่ออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานอาหารว่าง ขนม คุกกี้กรอบ อื่นๆ ล้วนเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง จำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมันสูง ดังนั้น ถ้ารับประทานอาหารจำพวกนี้มากๆ ประกอบกับการไม่ออกกำลังกายจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ที่กล่าวไว้ในข้างต้น นอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จากสถิติการเสียชีวิตของคนไทยปี 2552 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 56,058 ราย โรคหัวใจ 18,375 ราย โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 15,648 ราย โรคดังกล่าวเป็นโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการค่าใช้จ่ายของโรคไม่ติดต่อปี 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ อสูงถึง 335,359 ล้านบาทต่อปี ทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ , 2553) ดังนั้น อนุกรรมการแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไทย จึงได้แนะนำให้ผู้ที่มียุมากกว่า 35 ปี ควรตรวจระดับโคเลสเตอรอลเพราะเป็นกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สุรจิต สุนทรธรรม , 2544) องค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจ ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของคนไทย ในปี ค.ศ. 2000 พบว่า ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของประชาชนไทยกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ย 200.77 mg/dl โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ย 193.05 mg/dl เพศหญิงมีค่าเฉลี่ย 208.49 mg/dl ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยค่อนข้างสูง แต่เมื่อดูความชุกของระดับโคเลสเตอรอล จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยทางชีวเคมีในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ความชุกของระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี , 40-49 ปี และ 50-59 ปี โดยพบ ร้อยละ 31.8 ,35.9 และ 47.01 ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ,2549) สาเหตุที่ทำให้ระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติ เกิดจากการพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มาจากไขมันอิ่มตัว อาหารที่ให้พลังงานสูง จากการสำรวจ ของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542 -2544 พบว่า อาหารไทยที่นิยมรับประทานจากร้านค้าในกรุงเทพฯ คือ แกงเขียวหวานไก่ ต้มยำไก่ ผัดผักรวม ห่อหมก รวมถึงอาหารจานด่วนแบบตะวันตกด้วย เช่น แซมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด พิซซ่า เป็นต้น การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูงกว่าร้อยละ 40 ของแคลอรีทั้งหมด และการได้รับไขมันที่มีความไม่อิ่มตัวสูงในปริมาณที่น้อย และได้รับไขมันที่มีความอิ่มตัวสูงในปริมาณที่มากแล้ว ส่งผลให้เลือดมีปริมาณไขมันสูงกว่า เป็นสาเหตุที่สำคัญ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ เช่นเดียวกับประเทศในโลกระวันตกและในประเทศไทย พบว่า เป็นสาเหตุการตายที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ ความรู้เป็นส่วนสำคัญก็ให้เกิดความเข้าใจ แรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติ เนื่องจากมีความรู้ ที่ถูกต้องและเหมาะสม ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงวิถีดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงอิทธิพลจากการกระจายข้อมูลข่าวสาร เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปจากเดิม พฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวมีความสัมพันธ์

กับสิ่งอื่นๆ ได้แก่ ความรู้ทางด้านอาหารโภชนาการ ทักษะในการบริโภคอาหาร หากมีความรู้และทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ดี ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

สำหรับผู้มารับบริการที่มาตรวจสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปี 2554 จำนวน 500 คน พบว่า มีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 61.4 ระดับไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 76.1 ระดับแอลดีแอล สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 76.1 อาจมีสาเหตุจาก ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือดและโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เพื่อนำผลการศึกษาในครั้งนี้ มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการ รวมถึงการปฏิบัติตัว แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและมีระดับไขมันในเลือดสูงต่อไป

7. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการ/ขอบเขตงาน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Reference Population) ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ และรักษาต่อเนื่อง ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ในช่วงเวลาเดือนตุลาคม 2554 ถึง เดือน เมษายน 2555 มีประชากรทั้งหมด 500 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมทำการวิจัย (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป
- 2) สม่ครใจเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โดยใช้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตร (อรุณจิรววัฒน์กุล, 2548) ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQN}{Z_{\alpha/2}^2 PQ + (N-1) e^2}$$

แทนค่าในสูตร $n = \frac{1.96^2 \times 0.56 \times 0.44 \times 500}{1.96^2 \times 0.56 \times 0.44 + (500-1) 0.05^2}$

$$= 215.7$$

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้ (อรุณจิรวัดเนกุล, 2548)

1. จัดเรียง HN ของกลุ่มตัวอย่าง จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของงานเวชระเบียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2. กำหนดหาช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval : I) โดยหาจาก $I = N/n$ เมื่อ N คือ จำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งหมด และ n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ ได้ค่าเท่ากับ 2
3. สุ่มตัวเลขเริ่มต้น (Random Start Number : R) ได้หมายเลข 21 จากนั้นเลือกหมายเลขถัดไปโดยบวกด้วยช่วงของการสุ่มไปเรื่อยๆ (R, R+I, R+2I, R+3I, ..., R+(n-1)I) จนครบจำนวนตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส รายได้ ระดับการศึกษา การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน เป็นแบบสอบถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ ให้คะแนน 1 คะแนนในข้อที่ตอบ ถูก ให้ 0 คะแนนในข้อที่ตอบผิด หรือตอบว่าไม่แน่ใจ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมัน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีคำถามจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ ทุกวัน เกือบทุกวัน บางวัน นานๆครั้ง น้อยมาก โดยให้ผู้ตอบสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ผู้ตอบ เลือกเพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีคำถามจำนวน 12 ข้อ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านหัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแบบสอบถามและขออนุญาตเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ
2. คัดเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่มารับการตรวจสุขภาพ
3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามของข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน แล้วให้ผู้รับบริการตรวจสุขภาพตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
4. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้รับบริการในแต่ละรายให้สมบูรณ์ จนครบ 220 คน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อนำเสนอและสรุปผลการวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการบรรยายถึงลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน โดยตารางแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) และนำเสนอข้อมูลเป็นค่าร้อยละ เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจในแต่ละปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของผู้รับบริการที่มาตรฐานสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลปัจจัยพื้นฐานด้านคุณลักษณะทางประชากร

ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพมีสัดส่วนของเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน มีอายุอยู่ใน ช่วง 46-55 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ยผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ คือ 52 ปี (S.D. = 7.2) ผู้รับบริการมีสถานภาพสมรส คู่มากที่สุด และจบการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีสูงถึงร้อยละ 58.6 รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาโท ร้อยละ 26.4 ตามลำดับ ประกอบอาชีพกรรมกรมากที่สุด ร้อยละ 78.6 มารับบริการตรวจสุขภาพมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 35,057.32 บาทต่อเดือน (S.D.= 13,246.25) ได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 72.7 ไม่มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 62.7, 94.1 และ 60.0 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 70.9 ผู้รับบริการมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ตัวมากที่สุด ร้อยละ 67.7 มีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 59.5 ระดับไขมันแอลดีแอลมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 91.4 ระดับไตรกลีเซอไรด์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 53.6

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

จากการ ตอบแบบสอบถาม ความรู้กับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ สามารถตอบคำถามได้ถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับ อาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดง ร้อยละ 90.9 , อาหารที่มีไขมันสูงทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.0 , วิธีการควบคุมระดับไขมันในเลือดที่ดีที่สุด คือ การควบคุมอาหารและโรคหลอดเลือดแข็งตัวทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอุดตันและเป็นอัมพาต ร้อยละ 90.0 ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานไขมัน 1 ฟอง ทำให้ระดับ โคเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือ กรดไขมันไม่อิ่มตัวมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันปาล์ม ร้อยละ 58.2 และถ้าคนในครอบครัวมีระดับไขมันในเลือดสูงคนก็มีโอกาสมีระดับไขมันในเลือดสูงด้วย ร้อยละ 58.6

ส่วนที่ 3 ทักษะต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

จากการศึกษาทัศนคติการบริโภคอาหารที่มีไขมัน จำนวน 12 ข้อ พบว่า ผู้มารับบริการ ตรวจสอบคุณภาพเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การตรวจหาระดับไขมันในเลือดเป็นสิ่งที่จำเป็น ร้อยละ 99.1 รองลงมา คือ การมีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นอันตรายต่อร่างกาย ร้อยละ 94.5 และ ระดับไขมันในเลือดสูงสามารถลดได้ด้วยการควบคุมอาหาร ส่วนทัศนคติที่ผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพไม่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับ คือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันช่วยเพิ่มพลังงานให้แก่ร่างกาย ร้อยละ 38.6 รองลงมา คือการมีระดับไขมันสูงเช่น ระดับ โคลเลสเตอรอล เป็นเรื่องปกติเมื่ออายุมากขึ้น ร้อยละ 36.4 และการรับประทานอาหารทอด หรือ อาหารที่มีไขมันมาก ทำให้อ้วนได้นาน ร้อยละ 30.9

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน จำนวน 12 ข้อ พบว่า ผู้มารับบริการตรวจสอบคุณภาพบริโภคอาหารเกือบทุกวันมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บริโภคอาหารจานเดียวประเภทผัดและทอด เช่น ไข่เจียว ข้าวผัด ร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ บริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง อย่าง เช่น นึ่งปลา ลวกผัก ร้อยละ 38.1 และ บริโภคอาหารที่ใช้เนยเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังทาเนย โรตีส ร้อยละ 29.6 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคนานๆครั้ง หรือ ไม่เคย 3 อันดับคือ บริโภคอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า แซมเบอร์เกอร์ ร้อยละ 84.6 รองลงมา คือ บริโภคอาหารประเภท สอทอด เบคอน แซม ร้อยละ 69.1 และ อาหารว่างที่บริโภค ได้แก่ กลัวยทอด ปาท่องโก๋ ร้อยละ 68.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติ ไคว์สแควร์ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และจากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรู้ ระดับทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน ของผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันแอลดีแอล ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพ

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการบริโภค		χ^2	p-value
	ปานกลาง	ดี		
เพศ			0.421	0.604
ชาย	46.3	52.0		
หญิง	53.7	48.0		
อายุ			5.106	0.078
35 - 45 ปี	29.3	14.5		
46 - 55 ปี	46.3	57.5		
56 ปี ขึ้นไป	24.4	27.9		

ระดับการศึกษา			1.793	0.616*
ประถมศึกษา	7.3	3.4		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	4.9	6.7		
อนุปริญญา/ปวส	2.4	4.5		
ปริญญาตรีขึ้นไป	85.4	85.5		
อาชีพ			3.072	0.381*
แม่บ้าน	2.4	3.4		
ตำรวจ	12.2	5.0		
เกษตรกรรม	2.4	1.7		
ครู/รัฐวิสาหกิจ	82.9	89.9		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน			1.189	0.781*
≤ 15,000 บาท	6.2	6.9		
15,001 – 25,000 บาท	25.0	21.3		
25,001 – 35,000 บาท	12.5	24.1		
มากกว่า 35,001	56.2	47.7		
ในหนึ่งสัปดาห์ ท่านออกกำลังกายหรือไม่				
ไม่ออกกำลังกาย	21.4	30.3	0.493	0.483
ออกกำลังกาย	78.6	69.7		

หมายเหตุ เครื่องหมาย * ใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการสุขภาพ(ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการบริโภค		χ^2	p-value
	ปานกลาง	ดี		
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)				
<18.5 กก./ตร.ม.	17.6	0.9	21.739	0.002*
18.5-22.9 กก./ตร.ม.	35.3	29.8		
≥23.0 กก./ตร.ม.	47.1	69.3		
โคเลสเตอรอล (Cholesterol)				
≤199 มก./ดล.	61.5	30.6	5.371	0.020
≥ 200 มก./ดล.	38.5	69.4		
ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)				

	≤ 149 มก./คต.	26.7	53.9	4.175	0.041
	≥ 150 มก./คต.	73.3	46.1		
แอลดีแอล (LDL)					
	≤99 มก./คต.	31.2	8.8	8.035	0.005
	≥ 100 มก./คต.	68.8	91.2		
ระดับความรู้				6.970	0.031*
	ต่ำ	18.6	30.4		
	ปานกลาง	16.9	25.3		
	สูง	64.4	44.3		
ระดับทัศนคติ				6.173	0.021*
	ปานกลาง	82.9	94.4		
	สูง	17.1	5.6		

หมายเหตุ เครื่องหมาย * ใช้สถิติ Fisher's Exact Test

อภิปรายผลการวิจัย

1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

พบว่า ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 49.8 และประกอบอาชีพครุมากที่สุด ร้อยละ 78.6 อีกทั้งกลุ่มผู้รับบริการยังมีประวัติเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 72.0 แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่สนใจเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของตน ประกอบกับมีการให้ความรู้ เอกสารแผ่นพับ เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้กับผู้รับบริการก่อนกลับบ้าน จึงทำให้มีความรู้ในระดับสูง นอกจากนี้ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพร้อยละ 58.2 มีความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ กรดไขมันไม่อิ่มตัว จากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันปาล์ม ในความเป็นจริงน้ำมันปาล์มจัดอยู่ในกลุ่มของกรดไขมันอิ่มตัว และทำให้มีปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นได้ เนื่องจากน้ำมันปาล์มมีปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวอยู่ในปริมาณสูง (สำนักโภชนาการ, 2546) การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงเกินความต้องการของร่างกายจะส่งผลทำให้การสังเคราะห์ LDL-Cholesterol เพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อระดับไขมันในเลือด (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 58.6 มีความรู้ที่ยังไม่ถูกต้องในเรื่อง ถ้าคนในครอบครัวมีระดับไขมันในเลือดสูงตนก็ มีโอกาสมีระดับไขมันในเลือด สูงด้วย ซึ่งสาเหตุของการมีระดับไขมันในเส้นเลือดสูงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นสำคัญ แต่ผู้ที่มีความผิดปกติทางกรรมพันธุ์เกี่ยวกับการควบคุมการสร้างและเผาผลาญของ ไขมันในเลือด เป็นผลให้มีระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง (สมชาย พัฒนอาจกุล, 2548) ดังนั้นการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงเกินความต้องการของร่างกายจะส่งผลต่อระดับไขมันในเลือดได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีไขมัน พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มที่มีความรู้สูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ คำดา (2552) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรู้เรื่อง อาหารจะสามารถพิจารณาอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกฤษณาศิริ เกตุปมา (2548) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เพื่อสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 91.8 มีระดับทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมันอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด และยังพบว่า ผู้รับบริการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีมากที่สุด ร้อยละ 72.7 แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนจึงทำให้ มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้รับบริการมีระดับทัศนคติเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยไม่แตกต่างกัน คือ การรับประทานอาหารไขขาวทุกวัน จะทำให้เพิ่มปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดได้ ซึ่งผู้รับบริการเห็นด้วยร้อยละ 35.9 ไม่แน่ใจ สูงถึงร้อยละ 36.4 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 27.7 ซึ่งยังเป็นทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อคำถามเรื่องความรู้ ผู้รับบริการตอบผิดมากที่สุด ในคำถามการรับประทานไขวันละ 1 ฟองทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งยังเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง จากการวิจัย ของสถาบัน วิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (2550) ได้วิเคราะห์ปริมาณโคเลสเตอรอลในไข 1 ฟอง พบว่า ไขทั้งฟองมีปริมาณโคเลสเตอรอล 150-200 มิลลิกรัม หากรับประทานไขทั้งฟองทุกวันจะทำให้มีระดับไขมันในเส้นเลือดได้ ซึ่งการรับประทานไข สามารถรับประทานได้ 3 ฟองต่อสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวี ปันนพศรี (2550) ที่ทำการศึกษารื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชาชนในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่า ทักษะด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ระดับทัศนคติของผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดเพราะว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่จะตอบข้อคำถามของระดับทัศนคติที่ไม่แน่ใจ เช่น ทัศนคติต่อการรับประทานไขทุกวันทำให้ร่างกายแข็งแรง และทัศนคติการรับประทานอาหารไขขาวทุกวัน จะทำให้ เพิ่มปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดได้สูงถึงร้อยละ 36.4 สถาบันวิจัยโภชนาการ (2550) ได้วิเคราะห์ปริมาณโคเลสเตอรอลในไข 1 ฟอง พบว่า ไขทั้งฟองมีปริมาณโคเลสเตอรอล 150-200 มิลลิกรัม แต่ไขขาวไม่พบโคเลสเตอรอลสามารถรับประทานไขขาวได้ทุกวัน แต่หากรับประทานไขทั้งฟองทุกวันจะทำให้มีระดับไขมัน ในเส้นเลือดได้ ซึ่งการรับประทานไขสามารถรับประทานได้ 3 ฟองต่อสัปดาห์

นอกจากนี้ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีระดับไขมันสูง เช่น ระดับโคเลสเตอรอล เป็นเรื่องปกติเมื่ออายุมากขึ้น เห็นด้วยสูงถึงร้อยละ 34.5 จากการศึกษาของ Kannel WB., 1997 ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า เพศชายที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป จะพบภาวะหลอดเลือดตีบแข็งตัวบ่อยกว่าเพศหญิง และในหญิงหมดประจำเดือน (อายุ 55 ปีขึ้นไป) จะพบระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้ เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง และพบว่า ระดับไขมันในเลือด เพิ่มขึ้นด้วย (Kannel WB., 1997) แต่หากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน เป็นประจำก็จะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้นไป แม้จะอายุไม่มากก็ตาม ซึ่งร่างกายสามารถสังเคราะห์ไขมันขึ้นได้จากสารอาหารที่รับประทานเข้าไป หรือ ได้มาจากไขมันที่มีอยู่ในร่างกายโดยตรง อาหารที่ทำให้ระดับไขมันในสูงมีมากในไขมันสัตว์ทุกชนิด ไข่แดง และเครื่องในสัตว์ การมีระดับ ไขมันในเลือดสูง ซึ่งจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด โรคหลอดเลือดแข็ง (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 81.4 มีคะแนนระดับ ดีในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันมากที่สุด เนื่องจาก จากผลการตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้รับบริการมีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 59.5 มีระดับไตรกลีเซอไรด์ ไม่ปกติร้อยละ 46.4 ไขมันแอลดีแอลอยู่ในระดับเกินมาตรฐานมากที่สุดร้อยละ 91.4 และยังพบว่าผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มที่มากที่สุด และ มีระดับโคเลสเตอรอลอยู่ในกลุ่มมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมากที่สุด ซึ่งผลการตรวจ สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ จะแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ จึงส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนัก ประกอบกับเจ้าหน้าที่จะมีการให้ความรู้ เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารและวิถีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อ องค์กรผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของกลุ่มตัวอย่างนี้ อยู่ในระดับดีมากที่สุด

แต่ยังพบว่า ผู้รับบริการยังมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน ที่เป็นพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารจานเดียวประเภทผัดและทอด เช่น ไข่เจียว ข้าวผัด ร้อยละ 56.8 และ อาหารว่างที่บริโภค ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว ผาต่องไก่ ร้อยละ 68.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริย์พร โสกันเขตต์ (2544) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของประชาชน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเชียงใหม่ บริโภคอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอดร้อยละ 88.7 มากที่สุด รองลงมา คือ อาหารที่ปรุงด้วยวิธีการผัดที่ใช้น้ำมันมาก ร้อยละ 73.6 อาหารทั้งผัดและทอดเป็นอาหารที่สามารถหารับประทานได้ง่าย มีในท้องถิ่น ราคาไม่แพง มีขั้นตอนในการปรุงที่ไม่ยุ่งยาก สะดวกและรวดเร็ว และเป็นที่ยอมรับในการรับประทาน

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพร้อยละ 55.5 มีอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปีมากที่สุด โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น อายุที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคมสัน วัฒนทัฬ (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย อาจเป็นผลมาจากทุกกลุ่มอายุสามารถได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ จึงทำให้ทุกกลุ่มอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยเป็นอย่างดี จึงส่งผลทำให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุรู้จักเลือกซื้ออาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และยังพบว่า ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 85.5 จบระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด อาชีพมีอาชีพครุมากที่สุด ร้อยละ 89.9 และมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 35,000 บาทขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 47.7 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มี ไขมันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจาก การศึกษาของคมสัน วัฒนทัฬ (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชาชนที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษาช่วยส่งเสริม ให้นักศึกษามีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ ดังนั้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ

และปัญหาที่พบ ระดับไขมันในเลือดมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของณภักษ์ คัจฉานุช 2551 ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ระดับไขมัน โคเลสเตอรอล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มี โคเลสเตอรอล ถ้ารับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมากกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม จะทำให้ระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น (พิมพร วัชรารักษ์กุล และภัทธิตรา หัทยานนท์ , 2547) อาหารที่มี โคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่ทุกชนิดโดยเฉพาะไข่แดง รองลงมาได้แก่ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล และผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ทำจากนมซึ่งมีส่วนประกอบของ โคเลสเตอรอลสูงมาก (พิมพร วัชรารักษ์กุล, 2547) และจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มี โคเลสเตอรอลสูงมาก พบว่า กลุ่มวัยทำงานกินอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการผัดที่ใช้น้ำมันมาก เช่น ข้าวผัด ผัดซีอิ้ว และอาหารคาวที่ปรุงด้วยวิธีการทอดหรือใส่กะทิมากกว่าอาหารกลุ่มอื่นๆ โดยกินบางวันมากที่สุด ร้อยละ 46.5 และ 63.3 ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ, 2549)

นอกจากนี้ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงที่ไม่แตกต่างกันและพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพศชาย หรือเพศหญิง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันที่ไม่ แตกต่างกัน ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี ร้อยละ 52.0 และ 48.0 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เบญจมาศ คำดา (2552) ซึ่งพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครูในโรงเรียน มัธยมศึกษา เพศที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต่างกัน โดยครูเพศหญิงให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารมากกว่าครูเพศชาย เนื่องจาก จะมีความกังวลในเรื่องรูปร่างเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนครูเพศชายไม่ค่อยให้ความสนใจเรื่องการบริโภคอาหารมากนัก โดยเฉพาะการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ และยังคงแตกต่างจากการศึกษาของ กมลสัน วัฒนทัฬ (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย เพศหญิงจะต้องรับผิดชอบในการทำหน้าที่ประกอบอาหารให้กับสมาชิกในครอบครัวทำให้ สนใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยจากทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น แตกต่างจากเพศชายที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวทำให้ไม่ได้สนใจวิธีการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยหรือการประกอบอาหารที่ปลอดภัย

10. การนำไปใช้ประโยชน์

ได้ข้อมูล พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุดรราชธานี พร้อมทั้งทราบถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน สามารถนำไปวางแผนแก้ไข /ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งนำไปพัฒนาส่งเสริมสุขภาพประชาชน มีแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

11. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

ในการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามหลายคนจำไม่ได้ว่าบริโภคอาหารประเภทใดไปบ้าง ทำให้ อาจได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน อีกทั้งขั้นตอนในการตรวจสุขภาพมีหลายขั้นตอน ทำให้ผู้รับบริการตรวจสุขภาพไม่มีเวลาในการตอบแบบสอบถาม

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

1. จากผลการศึกษานี้ พบว่า ผู้รับบริการตรวจสุขภาพตอบคำถามความรู้ไม่ถูกต้อง 3 อันดับแรก คือ การรับประทานไขมันวันละ 1 ฟอง ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือกรดไขมันไม่อิ่มตัวมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันปาล์ม ร้อยละ 58.2 และถ้าคนในครอบครัวมีระดับไขมันในเลือดสูงตนก็มีโอกาสมีระดับไขมันในเลือดสูงด้วย ร้อยละ 58.6 ดังนั้นผู้ให้บริการควรมีการให้ความรู้เรื่อง การบริโภคอาหารที่มีไขมันเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ ชนิดและประเภทของไขมันที่ไม่ดีต่อร่างกาย รวมถึงประเภทของการปรุงประกอบอาหารที่จะสามารถช่วยลดปริมาณการบริโภคอาหารที่มีไขมันได้

2. ผลจากการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพบริโภคอาหารเกือบทุกวันมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บริโภคอาหารจานเดียวประเภทผัดและทอด เช่น ไข่เจียว ข้าวผัด ร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ บริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง อย่างเช่น นึ่งปลา ลวกผัก ร้อยละ 38.1 และ บริโภคอาหารที่ใช้เนยเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังทานเนย โรตีส ร้อยละ 29.6 ซึ่งอาหารเหล่านี้ทำให้มีระดับไขมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรจัดการรณรงค์การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พร้อมทั้งสาธิตการทำอาหารเพื่อสุขภาพและทำเมนูอาหารเพื่อสุขภาพแจกแก่ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ

3. ผลจากการวิเคราะห์ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมัน พบว่า ทัศนคติที่ผู้รับบริการ ตรวจสุขภาพไม่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับ คือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันช่วยเพิ่มพลังงานให้แก่ว่างกาย ร้อยละ 38.6 รองลงมา คือ การมีระดับไขมันสูงเช่น ระดับ โคเลสเตอรอล เป็นเรื่องปกติเมื่ออายุมากขึ้น ร้อยละ 36.4 และการรับประทานอาหารทอด หรือ อาหารที่มีไขมันมาก ทำให้ไม่อ้วน ร้อยละ 30.9 ดังนั้น ผู้ให้บริการ ควรสร้างความตระหนักในเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน หากผู้รับบริการตรวจสุขภาพมีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่ดีแล้ว ก็จะสามารถนำไปเผยแพร่ให้กับครอบครัวและคนใกล้ชิด และจะเป็นผลดีต่อสุขภาพในอนาคต

4. ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเกินค่ามาตรฐาน ควรเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในหลายๆ รูปแบบตามความสนใจของแต่ละบุคคล เช่น ตาราง 9 ช่อง โยคะ เดินเร็ว เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้หลังเลิกงานและควรมีกิจกรรมออกกำลังกายในช่วงว่างของการทำงาน เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

5. ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดหวาน มันเค็ม ให้กับกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปเพื่อเป็นการ ส่งเสริมสุขนิสัยการบริโภคอาหารที่ดี ซึ่งจะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ไขมัน และความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในแต่ละกลุ่มอาชีพเพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและการดำเนินงานชีวิตของแต่ละกลุ่มอาชีพเพื่อนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารได้ถูกต้อง

2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับของไขมันในเลือดก่อนและหลังการจัด โปรแกรมการให้ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันแก่ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพรวมถึง การปฏิบัติตัวที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด

3. การเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหารเท่านั้น อาจได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาถึงปริมาณและชนิดของอาหารที่มีไขมัน ด้วยการ ใช้วิธีการสังเกตการบริโภคอาหาร เช่น การจดบันทึกอาหาร 3 วัน ด้วยการ ใช้เครื่องตวงวัดที่ใช้ตามบ้านทั่วไปในการเปรียบเทียบขนาด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด

4. ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการมากที่สุด หากจะนำไปใช้กับกลุ่มประชาชนกลุ่มอื่นๆต้องพิจารณากลุ่มอาชีพและรายได้ก่อน

13. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ นายแพทย์ดุษฎี ธีวันดา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุดรราชธานี และนางสิริพินท์ ศิริโสภางษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำในการจัดทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ อาจารย์เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุดรราชธานี และคุณสุกัญญา ธนธรรมสถิต ที่กรุณาตรวจแก้ไข และให้คำแนะนำในการจัดทำวิจัยฉบับนี้ อีกทั้งขอขอบคุณ เพื่อนร่วมงานกลุ่มอนามัยวัยทำงานทุกท่านและบุคคลที่ผู้วิจัยมิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความสนับสนุนและมีส่วนทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

14. เอกสารอ้างอิง

คมสัน วัฒนทัฬ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของ ประชาชนในอำเภอ บางแพ จังหวัดราชบุรี.[ปริญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ; 2549.

ณภาพัช คัจฉานุช. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลบางปลาแม่จังหวัดสุพรรณบุรี .[วิทยานิพนธ์ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.

พิมพ์ร วัชรรงค์กุล, ภัทริธา หทยานนท์. ปริมาณโคเลสเตอรอลและกรดไขมันในอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานของแต่ละภาคของประเทศไทย. Thailand journal of health promotion and environmental health 2001; 24(2) : 83-92.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ผลสำรวจพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของ คนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป.[ออนไลน์]เข้าถึงได้จาก : <http://www.nso.go.th>; (1 มีนาคม 2554).

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ . แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก : <http://www.1dd.go.th>. (1 มีนาคม 2554).

สำนักโภชนาการ. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ; 2549.

สมชาย พัฒนอาจกุล. **Updated Management of Dyslipidemia**. ใน: จันทรภา ศรีสวัสดิ์, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, สุรพล สุรงค์ศรีรัฐ บรรณาธิการ. Pitfalls in Internal Medicine: การอบรมระยะสั้นอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: น้าอักษรการพิมพ์; 2548. หน้า 295-315.

อภิชาติ สุคนธสรณ์. **แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในประเทศไทย (Coronary Artery Disease)**. เชียงใหม่ : ไอเด็นตีตี้กรุ๊ป; 2543.

อรุณ จีรวัดน์. **คู่มือสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ** แก่นมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2548

อุไร ศรีแก้ว. **การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง**. สงขลา: ลิมบราเคอร์การพิมพ์; 2543.

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสาวศศิธร บุญสุข)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เสนอผลงาน

...../...../.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการฯ องผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความ เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสิริพันธ์ ศรีโสภางษ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความ เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางบัวเรียน ศิริวัฒนสมบัติ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(นางประภาภรณ์ เพชรมาก)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

...../...../.....

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

ลงชื่อ.....

(นายประสิทธิ์ สัจจพงษ์)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

...../...../.....

(ข) ข้อเสนอแนะแนวคิด / วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. **ชื่อผลงานเรื่อง** ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** ตุลาคม 2555 – กันยายน 2556
3. **สรุปเค้าโครงเรื่อง**

3.1 หลักการและเหตุผล

พฤติกรรมการบริโภคของคนไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ มีร้านอาหารซื้อได้สะดวก สามารถซื้อบริโภคได้ตลอดทั้งวัน เช่น ร้านอาหารจานด่วน ร้านอาหารสะดวกซื้อ ผู้คนส่วนใหญ่รีบเร่งในการทำงาน ทำให้เลือกรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ไก่ทอด พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ เป็นต้น (ประไพศรี สิริจักรวาล, 2550) การบริโภคอาหาร ที่มีสารอาหารประเภทไขมันสูง และเมื่อบริโภคติดต่อกัน เป็นเวลานานและบริโภคในปริมาณที่มากเกินไป ร่างกายก็จะได้รับพลังงานมากกว่าที่ร่างกายต้องการ จะเป็นผลทำให้น้ำหนักร่างกายมากเกินไป ทำให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (คุณาสิริ เกตปมา, 2548)

จากสถิติการเสียชีวิตของคนไทยปี 2552 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 56,058 ราย โรคหัวใจ 18,375 ราย โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 15,648 ราย ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งสอดคล้องการภาระค่าใช้จ่ายของโรคไม่ติดต่อปี 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง 335,359 ล้านบาทต่อปี ทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) ดังนั้น อนุกรรมการแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไทย จึงได้แนะนำให้ผู้ที่มิอายุมากกว่า 35 ปี ควรตรวจระดับ ในเลือด เช่น โคลเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เพราะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สุรจิต สุนทรธรรม, 2544)

สำหรับผู้มารับบริการที่มาตรวจสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปี 2554 จำนวน 500 คน พบว่า มีระดับโคเรสเตอรอลสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 61.4 ระดับไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 76.1 ระดับแอลดีแอล สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 76.1 ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โดยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

3.2 บทวิเคราะห์

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ซึ่งเป็นหน่วยงานในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 และภารกิจหนึ่งที่สำคัญ คือ การให้บริการดูแลส่งเสริม ป้องกัน และรักษาแก่ประชาชน การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนที่ดีอีกประเด็นหนึ่งนั้นคือ การสร้างความตระหนักเรื่องของภาวะ ไขมันในเลือดสูง เนื่องจาก โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ทำการสำรวจจำนวนคนตายในปี พ.ศ. 2548 -2549 จำนวน 3.83 แสนคน พบว่า การตายส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อถึง ร้อยละ 51.4 สาเหตุของการตายที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ มาจากการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งสูงสุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข นาย แพทย์ณรงค์ อังคะสุวพลา ปี 2551 พบว่า 2 ใน 3 ของประชากรกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีปัญหาไขมันในเลือดสูง และน้ำหนักเกินจนถึงเป็นโรคอ้วน ทั้งนี้ การบริโภคเกิน ความเครียดและไม่ออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบอื่นๆ ซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง จำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมันสูง ดังนั้น ถ้ารับประทานอาหารจำพวกนี้มากๆ ประกอบกับการไม่ออกกำลังกายจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ที่กล่าวไว้ในข้างต้น จากสถิติการเสียชีวิตของคนไทยปี 2552 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 56,058 ราย โรคหัวใจ 18,375 ราย โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 15,648 ราย ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งสอดคล้องการภาระค่าใช้จ่ายของโรคไม่ติดต่อ ปี 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง 335,359 ล้านบาทต่อปี ทำให้ประเทศสูญเสีย งบประมาณในการดูแลรักษาโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ , 2553) และยังพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความสำคัญต่อระดับไขมันในเลือดได้แก่ การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มาจากไขมันอิ่มตัว อาหารที่ให้พลังงานสูง จากการสำรวจของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542 -2544 พบว่า อาหารไทยที่นิยมรับประทานจากร้านค้าในกรุงเทพฯ คือ แกงเขียวหวานไก่ ต้มยำไก่ ผัดผักรวม ห่อหมก รวมถึงอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ด้วย เช่น แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด พิซซ่า เป็นต้น การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูงกว่าร้อยละ 40 ของแคลอรีทั้งหมด และการได้รับไขมันที่มีความไม่อิ่มตัวสูงในปริมาณที่น้อย และได้รับไขมันที่มีความอิ่มตัวสูงในปริมาณที่มากแล้ว ส่งผลให้เลือดมีปริมาณไขมันสูงกว่า เป็นสาเหตุที่สำคัญ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ดังนั้นควรมีการ ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ลดไขมันและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และได้มีการศึกษาถึง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันเลือด เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาปรับการให้บริการที่เหมาะสม และตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคล

แนวความคิด

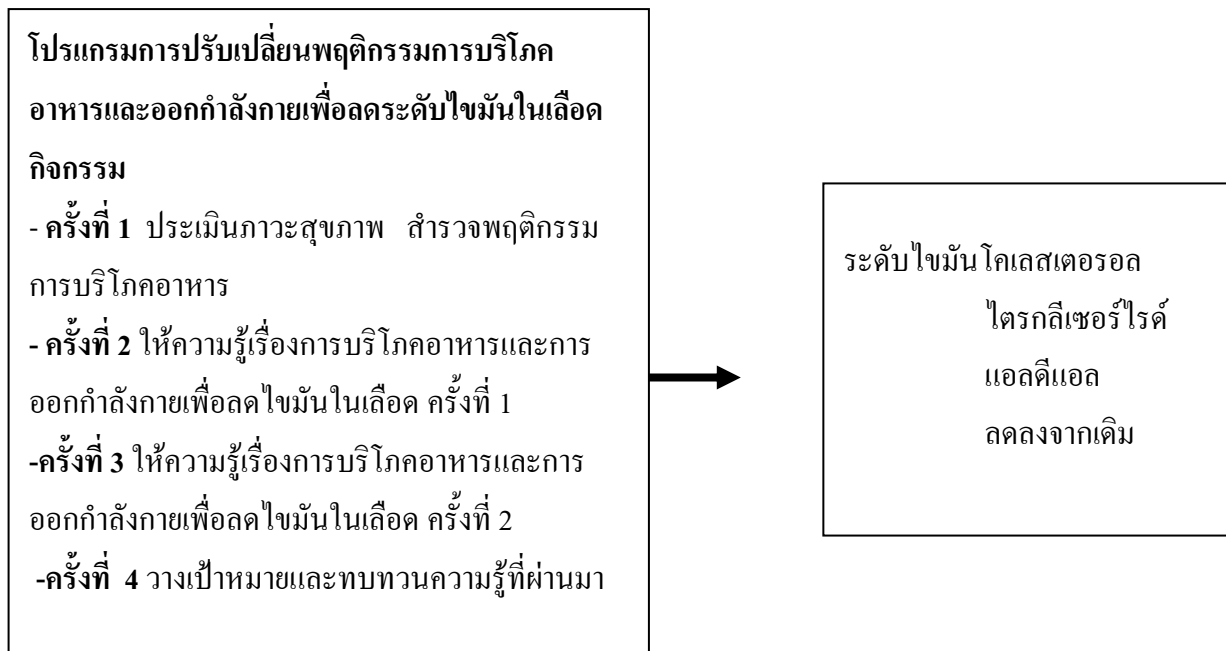
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินี้ ได้แก่ โคลเลสเตอรอลสูง หรือ ไตรกลีเซอไรด์สูงหรือ ทั้งสูง 2 ชนิด ซึ่งเป็น

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว อันนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดแดงรอบนอก (Peripheral Arterial Disease) (ปิยมิตร ศรีธรา, 2544)

องค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจในปี ค .ศ. 2000 พบว่า ระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดของประชาชนไทย กลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ย 200.77 mg/dl โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ย 193.05 mg/dl เพศหญิงมีค่าเฉลี่ย 208.49 mg/dl (World Health Organization,2000) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยค่อนข้างสูง แต่เมื่อดูความชุกของระดับโคเลสเตอรอล จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยทางชีวเคมีในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ความชุกของระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี , 40-49 ปี และ 50-59 ปี โดยพบ ร้อยละ 31.8 ,35.9 และ 47.01 ตามลำดับ (กองโภชนาการ ,2549) สาเหตุที่ทำให้ระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติ เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และเป็นโรคอ้วน เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (วิไลลักษณ์ พิมรินทร์, 2549)

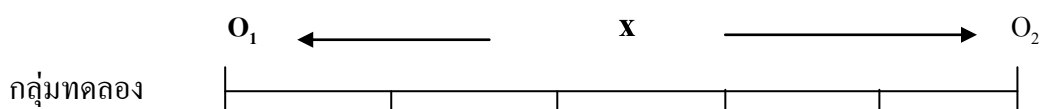
ด้วยแนวคิดนี้ เป็นเหตุให้มีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันเลือด ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งหวังจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่จะนำไปพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และการจัดกิจกรรมที่จะเอื้อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการศึกษาหรือแนวทางการได้มาซึ่งข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental research) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – posttest one group design) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 45 คน โดยมีรูปแบบการศึกษาดังนี้



X1

X2

X3

X4

O1 คือ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับไขมันในเลือดหลังอดอาหาร 12 ชม. โดยดำเนินการก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์

O2 คือ การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับไขมันในเลือดหลังอดอาหาร 12 ชม. โดยดำเนินการหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

X คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันเลือด ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งดังนี้

X1 คือ ประเมินภาวะสุขภาพ ดำรงพฤติกรรมการกิน

X2 คือ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด ครั้งที่ 1

X3 คือ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด ครั้งที่ 2

X4 คือ วางเป้าหมายและทบทวนความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมคณะทำงาน ประกอบด้วย ผู้วิจัย บัณฑิตช่วยงานอนามัยวัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เพื่อศึกษาข้อมูลที่น่าสนใจในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดในกลุ่มของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันเลือด ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 คือ ประเมินภาวะสุขภาพ ดำรงพฤติกรรมการกิน

ครั้งที่ 2 คือ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 3 คือ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 4 คือ วางเป้าหมายและทบทวนความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมา

4. รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้รับบริการตอบกลับข้อมูลพฤติกรรมการ บริโภคอาหารและออกกำลังกาย โดยแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 45 คน

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป จัดรวบรวมเป็นฐานข้อมูล เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ข้อมูลการศึกษาวิจัยให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำข้อมูลการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของกลุ่ม ตัวอย่างที่ ปฏิบัติได้จริง นำมาเผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติให้แก่ประชาชนผู้ที่สนใจทั่วไป ได้นำไป ประยุกต์ใช้และปฏิบัติในชีวิตประจำวันต่อไป

2. ควรมีการ สร้างความตระหนักและเสริม ทักษะและ ความรู้ในประเด็น การบริโภคอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพให้แก่ประชาชนในกลุ่มวัยต่อไป

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ของผู้รับบริการ ตรวจสอบสุขภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีที่มาตรวจสอบสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ได้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่สามารถช่วยลด ระดับไขมันในเส้นเลือดได้

2. ได้รับทราบการแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อเตรียมความพร้อมในการวางแผนการให้คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต่อไป

ลงชื่อ

(นางสาวศศิธร บุญสุข)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เสนอแนวคิด

...../...../.....

ภาคผนวก

แบบสอบถาม เรื่อง

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

ของ

ผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถาม มีจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป	จำนวน 12 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน	จำนวน 15 ข้อ
ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมัน	จำนวน 12 ข้อ
ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน	จำนวน 12 ข้อ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะให้ร่วมมือตอบแบบสอบถามทุกข้อคำตอบตามความเป็นจริงมากที่สุดและผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

- เพศ ชาย หญิง
- อายุ.....ปี
- อาชีพ ข้าราชการครู ตำรวจ ทหาร
 ลูกจ้างประจำหรือลูกจ้างชั่วคราว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 พยาบาล รัฐวิสาหกิจ ทำนา
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- สถานภาพการสมรส

- โสด คู่ หม้าย หรือ หย่าร้าง
 แยกกันอยู่ อื่นๆ ระบุ.....

5. รายได้.....บาทต่อเดือน

6. ระดับการศึกษา

- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 ปริญญาโทหรือเทียบเท่า อื่นๆ ระบุ.....

7. การตรวจสุขภาพประจำปี

- ตรวจประจำปี ตรวจปีเว้นปี ตรวจทุก 5 ปี อื่นๆ ระบุ.....

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ไม่มี มี ระบุ.....

9. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ไม่สูบบุหรี่ เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกมานานก็ปี.....เดือน.....
 สูบบุหรี่ จำนวนที่สูบ.....มวนต่อวัน

10. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่อย่างไร

- ไม่ดื่ม
 ดื่ม

11. ท่านออกกำลังกายหรือไม่ ไม่ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย

12. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วัน เดือน ปี	น้ำหนัก	ส่วนสูง	คอเลสเตอรอล (Cholesterol)	ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	แอลดีแอล (LDL)

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีไขมัน

คำชี้แจง กรุณา ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ท่านเห็นว่าสอดคล้องกับข้อความต่อไปนี้

ใช่	หมายถึง	ท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง
ไม่ใช่	หมายถึง	ท่านคิดว่าข้อความนั้นผิด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1	เราควรตรวจระดับไขมันในเลือด เช่น โคลเลสเตอรอลเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป			
2	ถ้าคนในครอบครัวมีระดับไขมันในเลือดสูงคนก็มีโอกาสมีระดับไขมันในเลือดสูงด้วย			
3	คนที่เป็นโรคอ้วนส่วนใหญ่มักระดับไขมันในเลือดสูง			
4	ถ้าหากท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูงอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว			
5	โรคหลอดเลือดแข็งตัวทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอุดตันและเป็นอัมพาต			
6	วิธีการควบคุมระดับไขมันในเลือดที่ดีที่สุด คือ การควบคุมอาหาร			
7	อาหารที่ให้พลังงานสูงทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น			
8	อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันและทอดเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง			
9	อาหารที่มีไขมันสูงทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น			
10	อาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดง			
11	กรดไขมันไม่อิ่มตัวมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันปาล์ม			
12	กรดไขมันอิ่มตัวมาจากอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ กะทิ			
13	อาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวเป็นอาหารที่มีไขมันในเลือดได้			

14	ผลไม้ที่ควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ดี ได้แก่ ฝรั่ง แอปเปิ้ล			
15	การรับประทานไข่วันละ 1 ฟอง ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูง			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

คำชี้แจง กรุณา ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนี้
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านคิดว่า การตรวจหาระดับไขมันในเลือดเป็นสิ่งจำเป็น			
2	ท่านคิดว่า การมีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นอันตรายต่อร่างกาย			
3	การมีระดับไขมันสูงเช่น ระดับ โคเลสเตอรอล เป็นเรื่องปกติเมื่ออายุมากขึ้น			
4	ท่านคิดว่าระดับไขมันในเลือดสูงสามารถลดได้ด้วยการควบคุมอาหาร			
5	ท่านคิดว่ารับประทานไข่ทุกวันทำให้ร่างกายแข็งแรง			
6	ท่านคิดว่าอาหารที่มีไขมันทำให้รสชาติอาหารอร่อย			
7	ท่านคิดว่ารับประทานอาหารที่มีไขมันช่วยเพิ่มพลังงานให้แก่ร่างกาย			
8	ท่านคิดว่ารับประทานอาหารที่มีไขมันทำให้อิ่มได้นาน			
9	ท่านคิดว่ารับประทานอาหารที่มีไขมันทำให้เกิดเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด			
10	ท่านคิดว่าอาหารที่มีไขมันมาก ไม่เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักหรือควบคุมน้ำหนัก			
11	ท่านคิดว่าการใช้ไขมันหมูในการปรุงอาหาร ทำให้อาหารมีรสชาติดีกว่าการใช้ไขมันพืช			
12	ท่านคิดว่ารับประทานอาหารเช้าทุกวัน จะทำให้เพิ่มปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดได้			

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่าง หรือ เติมให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

ใน

รอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันอย่างไร

ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน

ปฏิบัติเกือบทุกวัน

หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางวัน

หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง

หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคย

หมายถึง ปฏิบัติน้อยกว่า 1-2 วัน/สัปดาห์

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
		ทุกวัน	เกือบทุกวัน	บางวัน	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านบริโภคอาหารที่ใช้เนยเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังทาเนย โรตีสวน					
2	ส่วนใหญ่ท่านบริโภคอาหารจานเดียวประเภทผัดและทอด เช่น ไข่เจียว ข้าวผัด					
3	ท่านบริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง อย่าง เช่น นึ่งปลา ลวกผัก					
4	ท่านบริโภคอาหารประเภททอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด					
5	อาหารว่างที่ท่านบริโภค ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว ปาต่องโก๋					
6	ท่านบริโภคอาหารฟาสฟู๊ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์					
7	ท่านบริโภคอาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมัน เป็นส่วนประกอบ ได้แก่ หมูสามชั้น ขาหมู คอหมูย่าง กุนเชียง หมูยอ					
8	ท่านเลือกบริโภคอาหารประเภท ฮอทดอก เบคอน แฮม					
9	ท่านบริโภคอาหารที่มีเครื่องในสัตว์เป็นส่วนประกอบ เช่น ตับ หัวใจ ไตหมู					
10	ท่านชอบบริโภคอาหารที่มีหนังสัตว์ เป็นส่วนประกอบ เช่น หนังเป็ด หนังไก่ หนังหมู แคมหมู					
11	ท่านหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารประเภท ผัด/แกง ที่ใส่กะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเผ็ด อุ๋หน่อไม้ใส่กะทิ แกงจืดใส่กะทิ					
12	ท่านเลือกบริโภคขนมหวานที่ใส่กะทิ เช่น ก๋วยเตี๋ยวช็อกโกแลต ช็อกชองน้ำกะทิ					

เกณฑ์การแปลผล

1) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน วิเคราะห์รายชื่อที่ตอบถูกด้วย ร้อยละ มีการแบ่งระดับคะแนนความรู้ ใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom Bs. (1971) เป็นแบบสอบถาม ให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ ให้คะแนน 1 คะแนนในข้อที่ตอบถูก ให้ 0 คะแนนในข้อที่ตอบผิด หรือตอบว่าไม่แน่ใจ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับคะแนนความรู้ ร้อยละของคะแนน คะแนน

สูง ≥ 80 12-15

กลาง 60-79 10 - 11

ต่ำ < 60 0 - 9

2) ทักษะการบริโภคอาหารที่มีไขมัน วิเคราะห์รายชื่อด้วยร้อยละของระดับความคิดเห็น 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย มีเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ตามแนวของลิเคิร์ต เพื่อการวิเคราะห์ระดับทัศนคติเรื่องการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ระดับคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} \\ &= \frac{36 - 12}{3} \\ &= 8 \end{aligned}$$

จึงได้เกณฑ์กำหนดระดับคะแนนสำหรับทัศนคติ ดังนี้

คะแนน	ระดับ
28-36	สูง
20-27	ปานกลาง
12-19	ต่ำ

3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน วิเคราะห์รายชื่อด้วยร้อยละของระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน เกือบทุกวัน บางวัน นานๆครั้ง และน้อยมาก มีเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมาย ค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการของ เบสท์ (Best J.W. , อ้างใน พิชิต ฤทธิ์จรูญ ,2545) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ระดับคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} \\ &= \frac{60 - 12}{3} \\ &= 16 \end{aligned}$$

จึงได้เกณฑ์กำหนดระดับคะแนนสำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดังนี้

คะแนน	ระดับ
44-60	ดี
28-43	ปานกลาง
12-27	ควรปรับปรุง