

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
แนวความคิด.....	2
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	2
วิธีการศึกษาหรือแนวทางการได้มาซึ่งข้อมูล.....	3
บทวิเคราะห์.....	5
ข้อเสนอแนะ.....	5
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ตัวชี้วัดความสำเร็จ.....	5

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

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

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

ผลการศึกษา ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมันอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 72.7 ระดับทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมันอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 91.8 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันในระดับดี มากที่สุดร้อยละ 81.4 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (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 จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ทำการสำรวจจำนวนคนตายในปี พ.ศ. 2548 -2549 จำนวน 3.83 แสนคน พบว่า การตายส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อถึง ร้อยละ 51.4 สาเหตุของการตายที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ มาจากการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือด และโรคมะเร็งสูงสุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และจากสถิติอัตราการตายของประเทศไทย ในปี 2548 พบการตายที่เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการตาย 29.2 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน เป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง (สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) สาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ คือ ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด (อภิชาติ สุขนครินทร์, 2543)

จากการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ณรงค์ อังคะสุวพลา ปี 2551 พบว่า 2 ใน 3 ของประชากรกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีปัญหาไขมันในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน จนถึงเป็นโรคอ้วน ทั้งนี้ การบริโภคเกิน ความเครียดและไม่ออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานอาหารว่าง ขนมหุบกกรอบ อื่นๆ ล้วนเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง จำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมันสูง ดังนั้น ถ้ารับประทานอาหารจำพวกนี้มากๆ ประกอบกับการไม่ออกกำลังกายจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ที่กล่าวไว้ในข้างต้น นอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจากสถิติการเสียชีวิตของคนไทยปี 2552 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 56,058 ราย โรคหัวใจ 18,375 ราย โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 15,648 ราย โรคดังกล่าวเป็นโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับภาระค่าใช้จ่ายของโรคไม่ติดต่อ ปี 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง 335,359 ล้านบาทต่อปี ทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณในการดูแลสุขภาพโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) ดังนั้น อนุกรรมการแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไทย จึงได้แนะนำให้ผู้ที่มิอายุมากกว่า 35 ปี ควรตรวจระดับโคเลสเตอรอลเพราะเป็นกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สุรจิต สุนทรธรรม, 2544) องค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของคนไทยในปี ค.ศ. 2000 พบว่า ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของประชาชนไทยกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ย 200.77 mg/dl โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ย 193.05 mg/dl เพศหญิงมีค่าเฉลี่ย 208.49 mg/dl ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยค่อนข้างสูง แต่เมื่อดูความชุกของระดับโคเลสเตอรอลจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยทางชีวเคมีในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ความชุกของระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี, 40-49 ปี และ 50-59 ปี โดยพบ ร้อยละ 31.8, 35.9 และ 47.01 ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ, 2549) สาเหตุที่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติ เกิดจากการพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มาจากไขมันอิ่มตัว อาหารที่ให้พลังงานสูง จากการสำรวจของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542-2544 พบว่า อาหารไทยที่นิยมรับประทานจากร้านค้าในกรุงเทพฯ คือ แกงเขียวหวานไก่ ต้มยำไก่ ผัดผักรวม ห่อหมก รวมถึงอาหารจานด่วนแบบตะวันตกด้วย เช่น แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด พิซซ่า เป็นต้น การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูงกว่าร้อยละ 40 ของแคลอรีทั้งหมด และการได้รับไขมันที่มีความไม่อิ่มตัวสูงในปริมาณที่น้อย และได้รับไขมันที่มีความอิ่มตัวสูงในปริมาณที่มากแล้ว ส่งผลให้เลือดมีปริมาณไขมันสูงกว่า เป็นสาเหตุที่สำคัญ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการตาย

อันดับต้นๆ เช่นเดียวกับประเทศใน โลกตะวันตกและในประเทศไทย พบว่า เป็นสาเหตุการตายที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ ความรู้เป็นส่วนสำคัญทำให้เกิดความเข้าใจ แรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติ เนื่องจากมีความรู้ ที่ถูกต้องและเหมาะสม ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงวิถีดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงอิทธิพลจากการกระจายข้อมูลข่าวสาร เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปจากเดิม พฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆ ได้แก่ ความรู้ทางด้านอาหาร โภชนาการ ทัศนคติในการบริโภคอาหาร หากมีความรู้และทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ดี ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

สำหรับผู้มารับบริการที่มาตรวจสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปี 2554 จำนวน 500 คน พบว่า มีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 61.4 ระดับไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 76.1 ระดับแอลดีแอล สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 76.1 อาจมีสาเหตุจาก ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือดและโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เพื่อนำผลการศึกษาในครั้งนี้ มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการ รวมถึงการปฏิบัติตัว แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและมีระดับไขมันในเลือดสูงต่อไป

7. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการ/ขอบเขตงาน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Reference Population) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพและรักษาต่อเนื่อง ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ในช่วงเวลาเดือนตุลาคม 2554 ถึง เดือนเมษายน 2555 มีประชากรทั้งหมด 500 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมทำการวิจัย (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป
- 2) สม่ครใจเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) ในการศึกษาคั้งนี้ โดยใช้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตร (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2548) ดังนี้

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

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

$$= 215.7$$

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้ (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2548)

1. จัดเรียง HN ของกลุ่มตัวอย่าง จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของงานเวชระเบียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

2. คำนวณหาช่วงของการสุ่ม (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 จากนั้นเลือกหมายเลขถัดไป โดยบวกด้วยช่วงของการสุ่มไปเรื่อยๆ ($R, R+I, R+2I, R+3I, \dots, R+(n-1)I$) 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 คะแนนในข้อที่ตอบถูก ให้ 0 คะแนนในข้อที่ตอบผิด หรือตอบว่าไม่แน่ใจ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน

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

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านหัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแบบสอบถามและขออนุญาตเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ

2. คัดเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่มารับการตรวจสุขภาพ

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามของข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ทักษะคิดและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน แล้วให้ผู้รับบริการตรวจสุขภาพตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

4. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้รับบริการในแต่ละรายให้สมบูรณ์จนครบ 220 คน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อนำเสนอและสรุปผลการวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการบรรยายถึงลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน โดยตารางแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไขมันโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์ (χ^2)

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลปัจจัยพื้นฐานด้านคุณลักษณะทางประชากร

ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพมีสัดส่วนของเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน มีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ยผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ คือ 52 ปี (S.D. = 7.2) ผู้รับบริการมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด 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 มีพฤติกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ 70.9 ผู้รับบริการมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ห้วมมากที่สุด ร้อยละ 67.7 มีระดับโคเรสเตอรอลมากกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 59.5 ระดับไขมันแอลดีแอลมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 91.4 ระดับไตรกลีเซอไรด์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 53.6

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

จากการตอบแบบสอบถามความรู้กับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ สามารถตอบคำถามได้ถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดง ร้อยละ 90.9 , อาหารที่มีไขมันสูงทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.0 , วิธีการควบคุมระดับไขมันในเลือดที่ดีที่สุด คือ การควบคุมอาหารและโรคหลอดเลือดแข็งตัวทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอุดตันและเป็นอัมพาต ร้อยละ 90.0 ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานไขมันละ 1 ฟอง ทำให้ระดับโคเรสเตอรอลสูง

ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือกรดไขมันไม่อิ่มตัวมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันปาล์ม ร้อยละ 58.2 และถ้าคนในครอบครัวมีระดับไขมันในเลือดสูงตนก็มีโอกาสมีระดับไขมันในเลือดสูงด้วย ร้อยละ 58.6

ส่วนที่ 3 ทักษะต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

จากการศึกษาทัศนคติการบริโภคอาหารที่มีไขมัน จำนวน 12 ข้อ พบว่า ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การตรวจหาระดับไขมันในเลือดเป็นสิ่งจำเป็น ร้อยละ 99.1 รองลงมา คือ การมีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นอันตรายต่อร่างกาย ร้อยละ 94.5 และ ระดับไขมันในเลือดสูงสามารถลดได้ด้วยการควบคุมอาหาร ส่วนทัศนคติที่ผู้รับบริการตรวจสุขภาพไม่เห็นด้วยมากที่สุด 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 ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพบริโภคอาหารเกือบทุกวันมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บริโภคอาหารจานเดียวประเภทผัดและทอด เช่น ไข่เจียว ข้าวผัด ร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ บริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง เช่น นึ่งปลา ลวกผัก ร้อยละ 38.1 และ บริโภคอาหารที่ใช้เนยเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังทานเนย โรตีสี 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 ก๋วยเตี๋ยว ปาท่องโก๋ ร้อยละ 68.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคว์สแควร์ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรู้ ระดับทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันแอลดีแอล ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ

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		
เกษตรกรกรรม	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 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภค		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./ดล.	26.7	53.9	4.175	0.041
≥ 150 มก./ดล.	73.3	46.1		
แอลดีแอล (LDL)				
≤ 99 มก./ดล.	31.2	8.8	8.035	0.005
≥ 100 มก./ดล.	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 และประกอบอาชีพครูมากที่สุด ร้อยละ 78.6 อีกทั้งกลุ่มผู้มารับบริการยังมีประวัติเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 72.0 แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบกับการให้ความรู้ เอกสารแผ่นพับ เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้กับผู้รับบริการก่อนกลับบ้าน จึงทำให้มีความรู้อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 58.2 มีความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ กรดไขมันไม่อิ่มตัวจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันปาล์ม ในความเป็นจริงน้ำมัน

ปาล์มจัดอยู่ในกลุ่มของกรดไขมันอิ่มตัว และทำให้มีปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นได้ เนื่องจากน้ำมันปาล์มมีปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวอยู่ในปริมาณสูง (สำนักโภชนาการ, 2546) การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงเกินความต้องการของร่างกายจะมีผลทำให้การสังเคราะห์ LDL-Cholesterol เพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อระดับไขมันในเลือด (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 58.6 มีความรู้ที่ยังไม่ถูกต้องในเรื่อง ถ้าคนในครอบครัวมีระดับไขมันในเลือดสูงตนก็มีโอกาสมีระดับไขมันในเลือดสูงด้วย ซึ่งสาเหตุของการมีระดับไขมันในเส้นเลือดสูงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นสำคัญ แต่ผู้ที่มีความผิดปกติทางกรรมพันธุ์เกี่ยวกับการควบคุมการสร้างและเผาผลาญของไขมันในเลือด เป็นผลให้มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (สมชาย พัฒนาอังกุล, 2548) ดังนั้นการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงเกินความต้องการของร่างกายจะส่งผลต่อระดับไขมันในเลือดได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มที่มีความรู้สูงจะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไขมันในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ คำดา (2552) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรู้เรื่องอาหารจะสามารถพิจารณาอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาคุณาสิริ เกตุปมา (2548) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 91.8 มีระดับทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมันอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด และยังพบว่า ผู้รับบริการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีมากที่สุด ร้อยละ 72.7 แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนจึงทำให้มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้รับบริการมีระดับทัศนคติเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยไม่แตกต่างกัน คือ การรับประทานอาหารเช้าทุกวัน จะทำให้เพิ่มปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดได้ ซึ่งผู้รับบริการเห็นด้วยร้อยละ 35.9 ไม่แน่ใจ สูงถึงร้อยละ 36.4 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 27.7 ซึ่งยังเป็นทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อคำถามเรื่องความรู้ ผู้รับบริการตอบผิดมากที่สุด ในคำถามการรับประทานไขมัน 1 ฟองทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งยังเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (2550) ได้วิเคราะห์ปริมาณโคเลสเตอรอลในไข่ 1 ฟอง พบว่า ไข่ทั้งฟองมีปริมาณโคเลสเตอรอล 150 -200 มิลลิกรัม หากรับประทานไข่ทั้งฟองทุกวัน จะทำให้มีระดับไขมันในเส้นเลือดได้ ซึ่งการรับประทานไข่สามารถรับประทานได้ 3 ฟองต่อสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวี ปันนพศรี (2550) ที่ทำการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชาชนในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่า ทักษะด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ระดับทัศนคติของผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดเพราะว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่จะตอบข้อคำถามของระดับทัศนคติที่ไม่แน่ใจ เช่น ทัศนคติต่อการรับประทานไข่ทุกวันทำให้ร่างกายแข็งแรงและ

ทัศนคติการรับประทานอาหารเช้าทุกวัน จะทำให้เพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลในเลือดได้สูงถึงร้อยละ 36.4 สถาบันวิจัยโภชนาการ(2550) ได้วิเคราะห์ปริมาณโคเลสเตอรอลในไข่ 1 ฟอง พบว่า ไข่ทั้งฟองมีปริมาณโคเลสเตอรอล 150 -200 มิลลิกรัม แต่ไข่ขาวไม่พบโคเลสเตอรอลสามารถรับประทานไข่ขาวได้ทุกวัน แต่หากรับประทานไข่ทั้งฟองทุกวันจะทำให้มีระดับไขมันในเส้นเลือดได้ ซึ่งการรับประทานไข่สามารถรับประทานได้ 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 ทั้งนี้เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง และพบว่าระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย (Kannel WB., 1997) แต่หากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันเป็นประจำก็จะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้นได้ แม้จะอายุไม่มากก็ตาม ซึ่งร่างกายสามารถสังเคราะห์ไขมันขึ้นได้จากสารอาหารที่รับประทานเข้าไป หรือ ได้มาจากไขมันที่มีอยู่ในร่างกายโดยตรง อาหารที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงมีมากในไขมันสัตว์ทุกชนิด ไข่แดง และเครื่องในสัตว์ การมีระดับ ไขมันในเลือดสูง ซึ่งจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด โรคหลอดเลือดแข็ง (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน

ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 81.4 มีคะแนนระดับดีในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันมากที่สุด เนื่องจาก จากผลการตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้รับบริการมีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 59.5 มีระดับไตรกลีเซอไรด์ ไม่ปกติร้อยละ 46.4 ไขมันแอลดีแอลอยู่ในระดับเกินมาตรฐานมากที่สุดร้อยละ 91.4 และยังพบว่าผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มที่วามมากที่สุด และมีระดับโคเลสเตอรอลอยู่ในกลุ่มมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมากที่สุด ซึ่งผลการตรวจสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ จึงส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนัก ประกอบกับเจ้าหน้าที่จะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารและวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ จึงส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่ในระดับดีมากที่สุด

แต่ยังพบว่า ผู้รับบริการยังมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน ที่เป็นพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารจานเดียวประเภทผัดและทอด เช่น ไข่เจียว ข้าวผัด ร้อยละ 56.8 และอาหารว่างที่บริโภค ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว ปาท่องโก๋ ร้อยละ 68.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริย์พร โสกันเขต (2544) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเชียงราย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเชียงใหม่ บริโภคอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอดร้อยละ 88.7 มากที่สุด รองลงมา คือ อาหารที่ปรุงด้วยวิธีการผัดที่ใช้น้ำมันมาก ร้อยละ 73.6 อาหารทั้งผัดและทอดเป็นอาหารที่สามารถรับประทานได้ง่าย มีในท้องถิ่น ราคาไม่แพง มีขั้นตอนในการปรุงที่ไม่ยุ่งยาก สะดวกและรวดเร็ว และเป็นที่ยอมรับในการรับประทาน

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพร้อยละ 55.5 มีอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปีมากที่สุด โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคมสัน วัฒนทัฬ (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย อาจเป็นผลมาจากทุกกลุ่มอายุสามารถได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ จึงทำให้ทุกกลุ่มอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปลอดภัยเป็นอย่างดี จึงส่งผลทำให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุรู้จักเลือกซื้ออาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และยังพบว่า ผู้รับบริการตรวจสุขภาพร้อยละ 85.5 จบระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด อาชีพมีอาชีพครูมากที่สุด ร้อยละ 89.9 และมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 35,000 บาทขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 47.7 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ คมสัน วัฒนทัฬ (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชาชนที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ ดังนั้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ

และปัญหาที่พบ ระดับไขมันในเลือดมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของณภักษ์ คัจฉานุช 2551 ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีโคเลสเตอรอล ถ้ารับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมากกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น (พิมพร วัชรารักษ์กุล และภทธีรา หัตยานนท์, 2547) อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่ทุกชนิดโดยเฉพาะไข่แดง รองลงมาได้แก่ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล และผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ทำจากนมซึ่งมีส่วนประกอบของโคเลสเตอรอลสูงมาก (พิมพร วัชรารักษ์กุล, 2547) และจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง พบว่า กลุ่มวัยทำงานกินอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการผัดที่ใช้น้ำมันมาก เช่น ข้าวผัด ผัดซีอิ้ว และอาหารคาวที่ปรุงด้วยวิธีการทอดหรือใส่กะทิมากกว่าอาหารกลุ่มอื่นๆ โดยกินบางวันมากที่สุด ร้อยละ 46.5 และ 63.3 ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ, 2549)

นอกจากนี้ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงที่ไม่แตกต่างกันและพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้รับบริการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น เพศชาย หรือ เพศหญิง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี ร้อยละ 52.0 และ 48.0 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เบญจมาศ คำดา (2552) ซึ่งพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา เพศที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต่างกัน โดยครูเพศหญิงให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารมากกว่าครูเพศชาย เนื่องจาก จะมีความกังวลในเรื่องรูปร่างเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนครูเพศชายไม่ค่อยให้ความสนใจเรื่องการบริโภคอาหารมากนัก โดยเฉพาะการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ และยังคงแตกต่างจากการศึกษาของ คมสัน วัฒนทัฬ (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชนในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย เพศหญิงจะต้องรับผิดชอบในการทำหน้าที่ประกอบอาหารให้กับสมาชิกในครอบครัวทำให้สนใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยจากทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น แตกต่างจากเพศชายที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวทำให้ไม่ได้สนใจวิธีการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยหรือการประกอบอาหารที่ปลอดภัย

10. การนำไปใช้ประโยชน์

ได้ข้อมูล พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันของผู้มาบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี พร้อมทั้งทราบถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสามารถนำไปวางแผนแก้ไข/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งนำไปพัฒนาส่งเสริมสุขภาพประชาชนมีแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

11. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

ในการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามหลายคนจำไม่ได้ว่าบริโภคอาหารประเภทใดไปบ้าง ทำให้อาจได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน อีกทั้งขั้นตอนในการตรวจสุขภาพมีหลายขั้นตอน ทำให้ผู้รับบริการตรวจสุขภาพไม่มีเวลาในการตอบแบบสอบถาม

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้รับบริการตรวจสุขภาพตอบคำถามความรู้ไม่ถูกต้อง 3 อันดับแรก คือ การรับประทานไขมันละ 1 ฟอง ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือกรดไขมันไม่อิ่มตัวมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันปาล์ม ร้อยละ 58.2 และถ้าคนในครอบครัวมีระดับไขมันในเลือดสูงตนก็มีโอกาสมีระดับไขมันในเลือดสูงด้วย ร้อยละ 58.6 ดังนั้นผู้ให้บริการควรมีการให้ความรู้เรื่อง การบริโภคอาหารที่มีไขมันเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมัน

ต่ำ ชนิดและประเภทของไขมันที่ไม่ดีต่อร่างกาย รวมถึงประเภทของการปรุงประกอบอาหารที่จะสามารถช่วยลดปริมาณการบริโภคอาหารที่มีไขมันได้

2. ผลจากการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพบริโภคอาหารเกือบทุกวันมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บริโภคอาหารจานเดียวประเภทผัดและทอด เช่น ไข่เจียว ข้าวผัด ร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ บริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง อย่าง เช่น นึ่งปลา ลวกผัก ร้อยละ 38.1 และ บริโภคอาหารที่ใช้เนยเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังทานเนย โรตีส ร้อยละ 29.6 ซึ่งอาหารเหล่านี้ทำให้มีระดับไขมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรจัดการณรงค์การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พร้อมทั้งสาธิตการทำอาหารเพื่อสุขภาพและทำเมนูอาหารเพื่อสุขภาพแจกแก่ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ

3. ผลจากการวิเคราะห์ ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมัน พบว่า ทักษะคิดที่ผู้รับบริการตรวจสุขภาพไม่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับ คือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันช่วยเพิ่มพลังงานให้แก่ร่างกาย ร้อยละ 38.6 รองลงมา คือการมีระดับไขมันสูงเช่น ระดับ โคเลสเตอรอล เป็นเรื่องปกติเมื่ออายุมากขึ้น ร้อยละ 36.4 และการรับประทานอาหารทอด หรือ อาหารที่มีไขมันมาก ทำให้อ้วนได้นาน ร้อยละ 30.9 ดังนั้น ผู้ให้บริการ ควรสร้างความตระหนักในเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน หากผู้รับบริการตรวจสุขภาพมี ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารที่ดีแล้ว ก็จะสามารถนำไปเผยแพร่ให้กับครอบครัวและคนใกล้ชิด และจะเป็นผลดีต่อสุขภาพในอนาคต

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

5. ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม ให้กับกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขนิสัยการบริโภคอาหารที่ดี ซึ่งจะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ไขมัน และความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละกลุ่มอาชีพเพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและการดำเนินงานชีวิตของแต่ละกลุ่มอาชีพเพื่อนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารได้ถูกต้อง

2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับของไขมันในเลือดก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันแก่ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพรวมถึง การปฏิบัติตัวที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด

3. การเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหารเท่านั้นอาจได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาถึงปริมาณและชนิดของอาหารที่มีไขมัน ด้วยการใช้วิธีการสังเกตการบริโภคอาหาร เช่น การจดบันทึกอาหาร 3 วัน ด้วย

การใช้เครื่องตรวจวัดที่ใช้ตามบ้านทั่วไปในการเปรียบเทียบขนาด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการและน่าเชื่อถือมากที่สุด

4. ในการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการมากที่สุด หากจะนำไปใช้กับกลุ่มประชาชนกลุ่มอื่นๆต้องพิจารณากลุ่มอาชีพและรายได้ก่อน

13. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ นายแพทย์คณัย ชีวันดา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี และนางสิริพินท์ ศิริโสภางษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำในการจัดทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ อาจารย์เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และคุณศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต ที่กรุณาตรวจแก้ไข และให้คำแนะนำในการจัดทำวิจัยฉบับนี้ อีกทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานกลุ่มอนามัยวัยทำงานทุกท่านและบุคคลที่ผู้วิจัยมิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความสนับสนุนและมีส่วนทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

14. เอกสารอ้างอิง

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

ณภาพัช คัจฉานุช. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลบางปลาแม่จังหวัด สุพรรณบุรี.[วิทยานิพนธ์ปริญาสุสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

พิมพร วัชรวงค์กุล, ภัทธีรา หทยานนท์. ปริมาณโคเลสเตอรอลและกรดไขมันในอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานของแต่ละภาคของประเทศไทย. Thailand journal of health promotion and environmental health 2001; 24(2) : 83-92.

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

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

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

สมชาย พัฒนอังกุล. Updated Management of Dyslipidemia. ใน: จันทรภา ศรีสวัสดิ์, วิชัย ประยูร วิวัฒน์, สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ บรรณาธิการ. Pitfalls in Internal Medicine: การอบรมระยะสั้น อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2548. หน้า 295-315.

อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในประเทศไทย (Coronary Artery Disease). เชียงใหม่ : ไอเด้นตีตี้กรุ๊ป; 2543.

อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตดีดีสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.

อุไร ศรีแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์; 2543.

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสาวศศิธร บุญสุข)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เสนอผลงาน

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

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความ เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสิริพินท์ ศิริโสภางษ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

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

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความ เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางนพภรณ์ แก้วคำไสย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

ลงชื่อ.....

(พอ.นพ.บวร แมลงภู่ทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

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

ลงชื่อ.....

(นายคนัย ชีวันดา)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

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

(ข) ข้อเสนอแนะแนวคิด / วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

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

3.1 หลักการและเหตุผล

พฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ มีร้านอาหารซื้อได้สะดวก สามารถซื้อบริโภคได้ตลอดทั้งวัน เช่น ร้านอาหารจานด่วน ร้านอาหารซื้อผู้คนส่วนใหญ่รีบเร่งในการทำงาน 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 ซึ่งสอดคล้องการภาระค่าใช้จ่ายของโรคไม่ติดต่อ ปี 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง 335,359 ล้านบาทต่อปี ทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) ดังนั้น อนุกรรมการแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไทย จึงได้แนะนำให้ผู้ที่มียุมากกว่า 35 ปี ควรตรวจระดับไขมันในเลือด เช่น โคลเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เพราะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด (สุรจิต สุนทรธรรม, 2544)

สำหรับผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปี 2554 จำนวน 500 คน พบว่า มีระดับโคเรสเตอรอลสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 61.4 ระดับไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 76.1 ระดับแอลดีแอล สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 76.1 ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โดยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

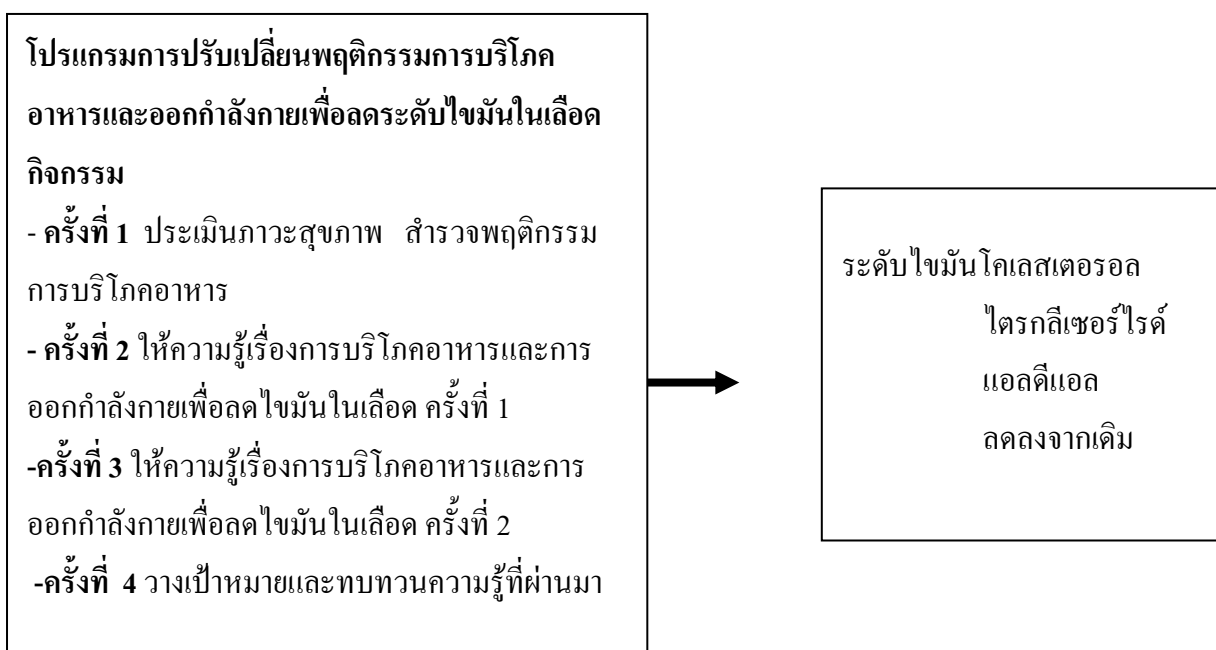
3.2 แนวความคิด

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกตินี้ ได้แก่ โคเลสเตอรอลสูง หรือ ไตรกลีเซอไรด์สูงหรือ ทั้งสูง 2 ชนิด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว อันนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดแดงรอบนอก (Peripheral Arterial Disease) (ปิยมิตร ศรีธรา, 2544)

องค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจในปี ค.ศ. 2000 พบว่า ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของประชาชนไทยกลุ่มอายุตั้งแต่ 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) สาเหตุที่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติ เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และเป็นโรคอ้วน เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (วิไลลักษณ์ พิมรินทร์, 2549)

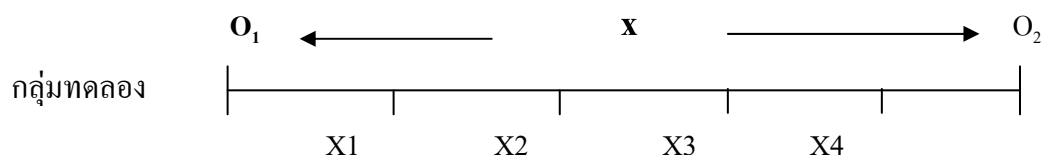
ด้วยแนวคิดนี้ เป็นเหตุให้มีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันเลือด ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งหวังจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่จะนำไปพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และการจัดกิจกรรมที่จะเอื้อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



3.3 วิธีการศึกษาหรือแนวทางการได้มาซึ่งข้อมูล

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



O₁, O₃ คือ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับไขมันในเลือดหลังอดอาหาร 12 ชม. โดยดำเนินการก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์

O₂, O₄ คือ การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับไขมันในเลือดหลังอดอาหาร 12 ชม. โดยดำเนินการหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

X คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันเลือด ประกอบมีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งดังนี้

X₁ คือ ประเมินภาวะสุขภาพ สํารวจพฤติกรรมการกิน

X₂ คือ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด ครั้งที่ 1

X₃ คือ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด ครั้งที่ 2

X₄ คือ วางเป้าหมายและทบทวนความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมคณะทำงาน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานอนามัยวัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เพื่อศึกษาข้อมูลที่น่าสนใจในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด ในกลุ่มของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันเลือด ประกอบมีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ดังนี้
ครั้งที่ 1 คือ ประเมินภาวะสุขภาพ สํารวจพฤติกรรมการกิน

ครั้งที่ 2 คือ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 3 คือ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 4 คือ วางเป้าหมายและทบทวนความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมา

4. รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้รับบริการตอบกลับข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายโดยแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 45 คน

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป จัดรวบรวมเป็นฐานข้อมูลเผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ข้อมูลการศึกษาวิจัยให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจต่อไป

3.4 บทวิเคราะห์

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ซึ่งเป็นหน่วยงานในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 และภารกิจหนึ่งที่สำคัญ คือ การให้บริการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน และรักษาแก่ประชาชน การดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ดีอีกประเด็นหนึ่งนั้นคือ การสร้างความตระหนักเรื่องของภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ทำการสำรวจจำนวนคนตายในปี พ.ศ. 2548 -2549 จำนวน 3.83 แสนคน พบว่า การตายส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อถึง ร้อยละ 51.4 สาเหตุของการตายที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ มาจากการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งสูงสุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ณรงค์ อังคะสุวพลา ปี 2551 พบว่า 2 ใน 3 ของประชากรกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีปัญหาไขมันในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน จนถึงเป็นโรคอ้วน 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 ทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) และยังพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความสำคัญต่อระดับไขมันในเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มาจากไขมันอิ่มตัว อาหารที่ให้พลังงานสูง จากการสำรวจของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542 -2544 พบว่า อาหารไทยที่นิยมรับประทานจากร้านค้าในกรุงเทพฯ คือ แกงเขียวหวานไก่ ต้มยำไก่ ผัดผัก ห่อหมก รวมถึงอาหารจานด่วนแบบตะวันตกด้วย เช่น แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด พิซซ่า เป็นต้น การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูงกว่าร้อยละ 40 ของแคลอรีทั้งหมด และการได้รับไขมันที่มีความไม่อิ่มตัวสูงในปริมาณที่น้อย และได้รับไขมันที่มีความอิ่มตัวสูงในปริมาณที่มากเกินไป ส่งผลให้

เลือดมีปริมาณไขมันสูงกว่า เป็นสาเหตุที่สำคัญ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ลดไขมันและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และได้มีการศึกษาถึงโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันเลือด เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาปรับการให้บริการที่เหมาะสม และตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคล

3.5 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติได้จริง นำมาเผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติให้แก่ประชาชนผู้ที่สนใจทั่วไป ได้นำไปประยุกต์ใช้และปฏิบัติในชีวิตประจำวันต่อไป

2. ควรมีการสร้างความตระหนักและเสริม ทักษะและความรู้ในประเด็นการบริโภคอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพให้แก่ประชาชนในกลุ่มวัยต่อไป

3.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีที่มาตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

3.7 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ได้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่สามารถช่วยลดระดับไขมันในเส้นเลือดได้

2. ได้รับทราบการแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมในการวางแผนการให้คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต่อไป

ลงชื่อ

(นางสาวศศิธร บุญสุข)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เสนอแนวคิด

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