



ความรู้ทางโภชนาการเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักของพนักงานองค์กร: กรณีศึกษา บุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ คณะวิทยาศาสตร์และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

วิไล ตระกูลโอสอ^{*}, เบญจวรรณ แป้นแก้ว, นันทิตา แก้วบุตร, อุไรวรรณ อินทสุภา, สุวิมล ฝอยบทิพย์

ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม

* ติดต่อผู้พิมพ์: tragoonosot_w@su.ac.th

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ทางโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการคณะวิทยาศาสตร์และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 110 คน เป็นบุคลากรคณะวิทยาศาสตร์ 69 คน และคณะศึกษาศาสตร์ 41 คน มีอายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 42.3 (9.3) ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้เข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 67.3 มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ร้อยละ 50.9 มีภาวะอ้วนลงพุง และร้อยละ 40.0 อยู่ในระหว่างการลดน้ำหนัก เก็บข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบประเมินความรู้ทางโภชนาการเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเองซึ่งมีคำถามจำนวน 20 ข้อ พบว่าค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) ของคะแนนความรู้เท่ากับ 10.5 (3) คะแนนความรู้ทางโภชนาการสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ($p = 0.041$) และเพศของผู้เข้าร่วมการวิจัย ($p = 0.034$) สำหรับความรู้สำคัญที่ควรให้คำแนะนำ 3 ลำดับแรกโดยพิจารณาจากจำนวนผู้ที่ตอบคำถามไม่ถูกต้อง คือ คุณค่าทางโภชนาการของผักทอง (ร้อยละ 79.1) ถั่วเขียว (ร้อยละ 69.1) และถั่วลิสง (ร้อยละ 65.5) นอกจากนี้อีกหนึ่งประเด็นที่ควรให้คำแนะนำตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีในปัจจุบัน คือ เรื่อง “น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นกับการลดน้ำหนัก” ซึ่งมีผู้ตอบคำถามไม่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 63.6 ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.2) ระบุว่าสื่อสังคมออนไลน์เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับการเผยแพร่ข้อมูลการดูแลสุขภาพ ดังนั้นการให้ความรู้ด้านโภชนาการเพื่อการควบคุมน้ำหนักโดยผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุขผ่านสื่อดังกล่าวน่าจะเป็นประโยชน์ต่อพนักงานองค์กร

คำสำคัญ: ความรู้ทางโภชนาการ, การควบคุมน้ำหนัก, การลดน้ำหนัก, ภาวะน้ำหนักเกิน, โรคอ้วน

NUTRITIONAL KNOWLEDGE FOCUSING ON WEIGHT CONTROL AMONG OFFICE PERSONNEL: A CASE STUDY OF ACADEMIC SUPPORT STAFF AT FACULTY OF SCIENCE AND FACULTY OF EDUCATION, SILPAKORN UNIVERSITY

Wilai Trakoon-osot^{*}, Benjawan Paenkaew, Nantita Kaewbut, Uraiwan Intasupa, Suvimon Paobtip

Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Sanamchandra Palace Campus, Nakhon Pathom

* Corresponding author: trakoonosot_w@su.ac.th

ABSTRACT

Being overweight and obese leads to non-communicable diseases and can affect quality of life. This study aimed to survey the nutritional knowledge, focusing on weight control, among academic support staff at the Faculty of Science and the Faculty of Education, Silpakorn University. There were 110 participants: 69 from the former faculty and 41 from the latter. The mean (SD) age was 42.3 (9.3) years. The majority of the participants (65.5%) had earned a bachelor degree or higher. This study revealed that, among the participants, 67.3% were overweight or obese, 50.9% were centrally obese, and 40% were undergoing weight reduction. The participants self-completed a questionnaire on nutritional knowledge related to weight control which consisted of 20 items. The median (IQR) of the knowledge score was 10.5 (3). Their nutritional knowledge was associated with their education level ($p = 0.041$) and gender ($p = 0.034$). Based on the large number of incorrect answers, the three most important nutritional aspects that should be addressed were the nutritive value of pumpkins (79.1%), mung beans (69.1%) and peanuts (65.5%). Another issue that should be rectified based on scientific evidence was "cold-pressed coconut oil and weight reduction", which 63.6% replied incorrectly. Most participants (38.2%) indicated that social media was the most appropriate channel for providing health care information; therefore nutritional education about weight control by health professionals through this media appeared to be beneficial for office personnel.

Keywords: nutritional knowledge, weight control, weight reduction, overweight, obesity

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) และโรคอ้วน (obesity) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจากทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 ที่เพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าจากปี พ.ศ. 2523 โดยพบความชุกที่เพิ่มขึ้นนี้เกิดขึ้นทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง ปานกลาง และต่ำ¹ รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2557 ระบุว่าภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน รวมถึงอ้วนลงพุง (central obesity) มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2552 โดยความชุกในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท² การมีภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและภาวะอ้วนลงพุง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โรคเบาหวานชนิดที่สอง (type 2 diabetes mellitus, T2DM) ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal disorders) และโรคเมะเร็งบางชนิด เป็นต้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในปัจจุบัน เพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ส่งผลทั้งต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยและความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ³⁻⁶

การควบคุมอาหารอย่างเหมาะสมเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในเวชปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตลอดจนลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดร่วมกัน^{4,5,7} การควบคุมอาหารจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านโภชนาการที่ถูกต้องจึงจะนำไปสู่การปฏิบัติด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการดำเนินชีวิตของประชากรในทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง วัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มคนทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

ปัจจุบันลักษณะการทำงานของคนในสังคมเมืองมีอาชีพที่หลากหลาย กลุ่มคนวัยทำงานจำนวนมากทำงานนอกบ้าน โดยประกอบอาชีพเป็นพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรหรือหน่วยงานซึ่งมีวิถีการดำรงชีวิตแตกต่างจากผู้ที่ทำงานลักษณะอื่น ๆ เช่น เจ้าของกิจการ เกษตรกร เป็นต้น⁸

บุคลากรสายสนับสนุนวิชาการคณะวิทยาศาสตร์ และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จ.นครปฐม เป็นกลุ่มคนวัยผู้ใหญ่ที่ทำงานประจำหน่วยงานในสังคมเมืองของภาคกลาง ในภาพรวมของบุคลากรทั้งสองคณะมีลักษณะการทำงานที่หลากหลาย ทั้งงานบริหารและการจัดการด้านเอกสารธุรการ งานปฏิบัติการสนับสนุน การเตรียมการเรียนการสอนด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ งานช่างและการดูแลสถานที่ ในปัจจุบันกลุ่มพนักงานประจำองค์กรมีโอกาที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพได้สะดวก โดยข้อมูลดังกล่าวอาจเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและได้รับมาจากผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขที่มีความรู้ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกำหนดอาหาร พยาบาล เป็นต้น รวมถึงอาจเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการโดยได้รับมาจากการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยตรงหรือผ่านอินเทอร์เน็ต (internet) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ทางโภชนาการเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรกลุ่มนี้ โดยมีมุ่งเน้นอธิบายถึงประเด็นความรู้ที่บุคลากรเข้าใจถูกต้องและไม่ถูกต้องเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ทำการศึกษาเฉพาะรายกรณี (case study) ในบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการคณะวิทยาศาสตร์และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา ดังนี้ (1) อายุ 20 ปีขึ้นไป (2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครออกจาก

การศึกษา ได้แก่ (1) หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร (2) ผู้ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่ควรได้รับความรู้ทางโภชนาการและโภชนบำบัดเฉพาะทางเพิ่มเติม ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไต โรคตับ มีระดับกรดยูริกในเลือดสูง มีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และโรคธาลัสซีเมีย ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 110 คน รายละเอียดแสดงในรูปที่ 1

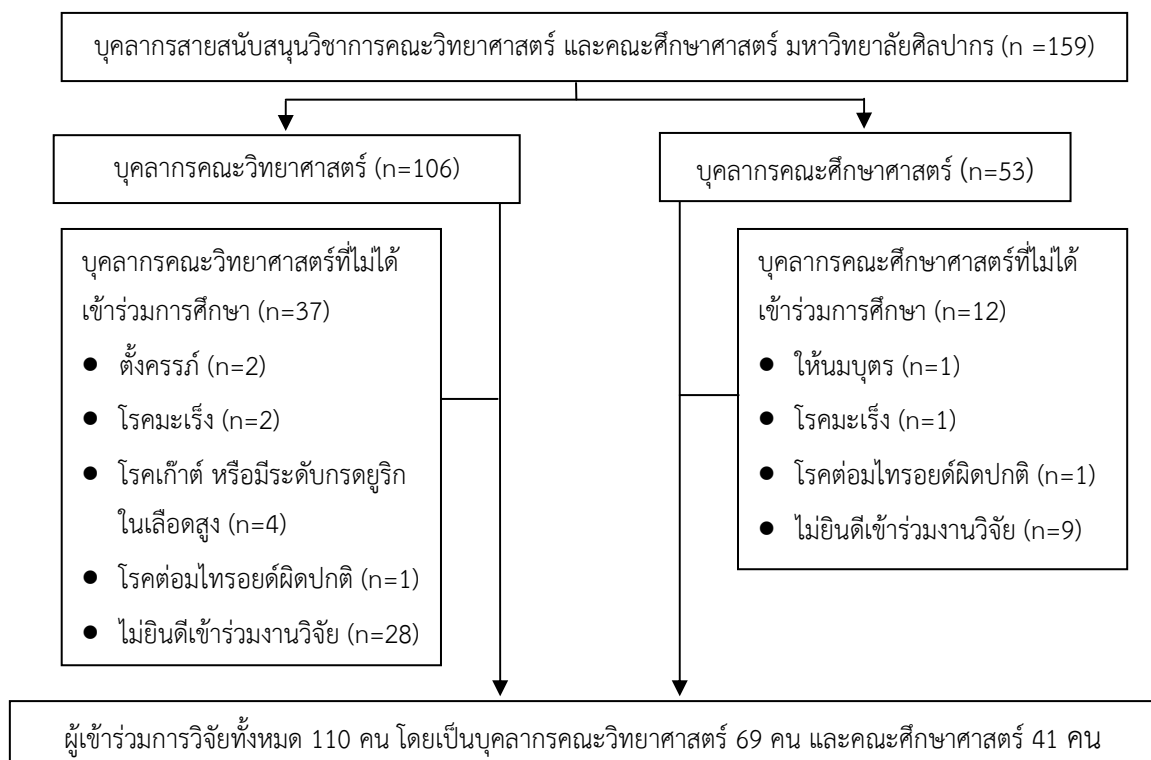
นิยามศัพท์

1. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หมายถึง การมีไขมันสะสมปริมาณมากกว่าปกติ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ สำหรับการประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนด้วยดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) ในหน่วยกิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m^2 , กก./ตร.ม.) พิจารณาโดยใช้เกณฑ์สำหรับชาวเอเชีย โดยแบ่งออกเป็น น้ำหนักน้อยกว่าปกติ (underweight; ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.50 กก./ตร.ม.) น้ำหนักปกติ (normal; ดัชนีมวลกาย 18.50 - 22.99

กก./ตร.ม.) น้ำหนักเกิน (overweight; 23 - 24.99 กก./ตร.ม.) อ้วนระดับ 1 (obese class I; ดัชนีมวลกาย 25 - 29.99 กก./ตร.ม.) และอ้วนระดับ 2 (obese class II; ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กก./ตร.ม.ขึ้นไป)^{7,9,10}

2. อ้วนลงพุง เป็นภาวะที่มีไขมันในช่องท้อง (visceral fat) มากเกินไป การคัดกรองภาวะอ้วนลงพุงใช้เส้นรอบเอว (waist circumference, WC) ตามเกณฑ์สำหรับคนเอเชีย โดยจัดว่ามีภาวะอ้วนลงพุงเมื่อเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร (cm, ซม.) ขึ้นไปสำหรับเพศชาย และตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไปสำหรับเพศหญิง^{7,9,10}

3. ตารางคุณค่าทางโภชนาการ หมายถึง ตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารแต่ละชนิดในลักษณะที่เป็นวัตถุดิบหรือแต่ละกรรมวิธีการปรุงในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม แสดงข้อมูลโดยละเอียดทั้งพลังงาน สารอาหารหลัก (macronutrients) และสารอาหารรอง (micronutrients)¹¹



รูปที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. รายการอาหารแลกเปลี่ยน (food exchange list) หมายถึง รายการอาหารที่จัดเป็นหมวดหมู่ โดยแต่ละหมวดจะให้พลังงานและสารอาหารหลัก (macronutrients) ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ผู้ใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยนมีความสะดวกในการพิจารณาคุณค่าทางโภชนาการ โดยสามารถนำรายการอาหารที่อยู่ในหมวดเดียวกันมาแลกเปลี่ยนกัน การรับประทานอาหารแต่ละชนิดในหมวดเดียวกันจะได้รับพลังงานและสารอาหารหลักไม่แตกต่างกันมากนัก รายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยที่นิยมใช้ในการให้ความรู้ทางโภชนาการจัดทำโดยจุริรา สัมมะสุต แบ่งอาหารออกเป็น 6 หมวดได้แก่ ข้าว-แป้ง ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ นม ไขมัน^{11,12}

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ทางโภชนาการเพื่อการควบคุมน้ำหนัก เป็นคำถามชนิดที่มีคำตอบ 2 ตัวเลือก (ถูกและผิด) จำนวน 20 ข้อ โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง

การสร้างแบบประเมินความรู้ทำโดยทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารทางวิชาการ เช่น ตำราทางวิชาการ (textbook) แนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน รายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย ตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย เอกสารเผยแพร่ความรู้จากหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ บทความปริทัศน์และงานวิจัย⁷⁻¹⁴ เป็นต้น มุ่งเน้นเกี่ยวกับความรู้สำหรับการควบคุมน้ำหนัก ครอบคลุมการลดน้ำหนักรวมถึงการรักษาน้ำหนักให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมโดยให้มีสุขภาพโดยรวมที่ดี ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุง จำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 1 - 3) และด้านคุณค่าทางโภชนาการและการบริโภคอย่างเหมาะสมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก รวม 17 ข้อ โดยมีประเด็นย่อย ได้แก่ รูปแบบการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (ข้อ 4) คุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่มีส่วนประกอบสำคัญในหมวด

ข้าว-แป้ง (ข้อ 5 - 10) หมวดเนื้อสัตว์ (ข้อ 11 - 12) หมวดผัก (ข้อ 13) หมวดไขมัน (ข้อ 14 - 16) หมวดผลไม้ (ข้อ 17) ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่ม (ข้อ 18 - 19) และสารอาหารรอง (ข้อ 20) แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยทดสอบในบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 30 คน ด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson-20, KR-20) และได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.7

2. เครื่องชั่งน้ำหนัก Tanita® รุ่น UM-051 ชั่งน้ำหนักได้ละเอียด 0.1 กิโลกรัม และสายวัดรอบเอว (stretch-resistant tape) วัดได้ละเอียด 0.1 เซนติเมตร โดยวัดรอบเอวระดับตำแหน่งกึ่งกลางของซี่โครงช่วงล่างของซี่โครงล่าง (the last palpable rib) กับขอบบนของกระดูกเชิงกราน iliac crest ให้สายวัดแนบรอบเอวและอยู่ในแนวขนานกับพื้น

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองว่าเป็นโครงการที่มีลักษณะไม่เข้าข่ายต้องขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ (วิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามรายข้อ) กับหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสังกัดด้วยการทดสอบไคแอสควร์ (Chi-square test) และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรู้ด้วยการทดสอบของแมน-วิทนี (Mann-Whitney U-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

บุคลากรสายสนับสนุนวิชาการทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 110 คน ประกอบด้วยบุคลากรคณะวิทยาศาสตร์จำนวน 69 คน และคณะศึกษาศาสตร์จำนวน 41 คน เป็นเพศชาย 43 คน (ร้อยละ 39.1) และเพศหญิง 67 คน (ร้อยละ 60.9) อายุเฉลี่ย 42.3 (9.3) ปี ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 37.3) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 65.5) มีรายได้เฉลี่ย 20,001 - 30,000 บาท (ร้อยละ 34.5)

สำหรับดัชนีมวลกายเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่าเท่ากับ 25.01 (3.97) กก./ตร.ม. โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.3) มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 และ 25 กก./ตร.ม. ซึ่งแสดงถึงภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตามลำดับ เส้นรอบเอวของเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 90.2 (12.7) ซม. และ 81.6 (10.5) ซม. ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 50.9 มีภาวะอ้วนลงพุง และในขณะนี้ไม่มีผู้ที่กำลังลดน้ำหนักจำนวน 44 คน (ร้อยละ 40.0) ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ข้อมูล	จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ (ร้อยละ)		
	ทั้งสองคณะ	คณะวิทยาศาสตร์	คณะศึกษาศาสตร์
	(n=110)	(n=69)	(n=41)
อายุ (ปี)			
21 – 30	13 (11.8)	5 (7.2)	8 (19.5)
31 – 40	34 (30.9)	21 (30.4)	13 (31.7)
41 – 50	41 (37.3)	25 (36.2)	16 (39.0)
51 – 60	22 (20.0)	18 (26.1)	4 (9.8)
ดัชนีมวลกาย			
น้อยกว่าปกติ (ต่ำกว่า 18.5 กก./ตร.ม.)	2 (18)	2 (2.9)	0 (0.0)
ปกติ (18.5 - 22.99 กก./ตร.ม.)	34 (30.9)	22 (31.9)	12 (29.3)
น้ำหนักเกิน (23 - 24.99 กก./ตร.ม.)	29 (26.4)	17 (24.6)	12 (29.3)
อ้วนระดับ 1 (25 - 29.99 กก./ตร.ม.)	30 (27.3)	17 (24.6)	13 (31.7)
อ้วนระดับ 2 (ตั้งแต่ 30 กก./ตร.ม. ขึ้นไป)	15 (13.6)	11 (15.9)	4 (9.8)
เส้นรอบเอว			
ปกติ (ชาย < 90 ซม. หญิง < 80 ซม.)	54 (49.1)	38 (55.1)	16 (39.0)
อ้วนลงพุง (ชาย ≥ 90 ซม. หญิง ≥ 80 ซม.)	56 (50.9)	31 (44.9)	25 (61.0)
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)			
ไม่มีโรคประจำตัว	76 (69.1)	40 (58.0)	36 (87.8)
เบาหวาน	1 (0.9)	1 (1.4)	0 (0.0)
ความดันโลหิตสูง	15 (13.6)	13 (18.8)	2 (4.9)
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	5 (4.5)	4 (5.8)	1 (2.4)
อื่น ๆ	16 (14.5)	14 (20.3)	2 (4.9)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อการควบคุม น้ำหนัก

ข้อมูลการตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงในตารางที่ 2 ในภาพรวมบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการทั้งสองคณะร้อยละ 49.1 มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับดัชนีมวลกายที่ใช้ในการพิจารณาภาวะน้ำหนักเกิน นอกจากนี้บุคลากรทั้งสองคณะ รวมถึงเมื่อจำแนกด้วยสังกัดที่ทำงาน ประมาณร้อยละ 59 ถึง 78 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเส้นรอบเอวที่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองภาวะอ้วนลงพุง

บุคลากรสายสนับสนุนวิชาการทั้งสองคณะ จำนวน 110 คน มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุม น้ำหนัก 3 ลำดับแรก ซึ่งเป็นประเด็นความรู้เกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการรวมถึงการบริโภคอย่างเหมาะสมของอาหารแต่ละชนิด ได้แก่ คำถามข้อที่ 13 (ผักทอง) ข้อที่ 10 (ถั่วเขียว) และข้อที่ 15 (ถั่วลิสง) โดยมีร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามไม่ถูกต้องเท่ากับ 79.1, 69.1 และ 65.5 ตามลำดับ สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยจากคณะวิทยาศาสตร์ จำนวน 69 คน มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุม น้ำหนัก 3 ลำดับแรก ได้แก่ คำถามข้อที่ 13, 10 และ 9 (คำถามข้อที่ 9 ประเด็นความรู้เกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการของก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็กและวุ้นเส้น) โดยมีร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามไม่ถูกต้องเท่ากับ 78.3, 69.6 และ 68.1 ตามลำดับ ส่วนบุคลากรคณะศึกษาศาสตร์ จำนวน 41 คน มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุม น้ำหนัก 3 ลำดับแรก ได้แก่ คำถามข้อที่ 13, 15 และ 10 โดยมีร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามไม่ถูกต้องเท่ากับ 80.5, 70.7 และ 68.3 ตามลำดับ สำหรับประเด็น “น้ำมันมะพร้าว สกัดเย็นกับลดน้ำหนัก” ซึ่งมีสถานการณ์ปัจจุบันในสังคมที่มีการกล่าวถึงสรรพคุณที่ไม่สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบคำถามในประเด็นดังกล่าว

ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 63.6 ทั้งนี้เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสังกัดกับความรู้ทางโภชนาการโดยจำแนกตามคำถามรายข้อ ด้วยการทดสอบไคแอสควร์ พบว่าความรู้ทางโภชนาการส่วนใหญ่ (19 ข้อ) ไม่มีความสัมพันธ์กับหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสังกัด ยกเว้นคำถามข้อที่ 2 (ประเด็นความรู้เกี่ยวกับเส้นรอบเอวที่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองภาวะอ้วนลงพุงในเพศหญิง) เพียงข้อเดียว

คะแนนของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดมีค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) จากการตอบแบบประเมินความรู้เท่ากับ 10.5 (3) คะแนน โดยมีผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงสุด 16 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากการตอบแบบประเมินความรู้จำแนกตามลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย พบว่าเพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 และเมื่อทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) เฉพาะผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน (overnutrition) ได้แก่ ผู้ที่น้ำหนักเกินหรืออ้วนหรืออ้วนลงพุง ซึ่งมีทั้งหมด 78 คน เมื่อจำแนกตามสถานะการลดน้ำหนักในปัจจุบัน พบว่า ผู้มีภาวะโภชนาการเกินที่อยู่ในระหว่างการลดน้ำหนักมีความรู้ไม่แตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้กำลังลดน้ำหนัก ดังแสดงในตารางที่ 3

สื่อที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพและการควบคุม น้ำหนัก

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ไม่รู้จักหรือไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับรายการอาหารแลกเปลี่ยนโดยมีจำนวน 87 คน (ร้อยละ 79.1) ผู้ที่เคยได้ยินแต่ไม่ทราบรายละเอียดจำนวน 18 คน (ร้อยละ 16.4) ส่วนผู้ที่รู้จักพร้อมกับทราบรายละเอียดมีเพียงจำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.6) เท่านั้น

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการวิจัย จำแนกตามรายชื่อ

คำถาม	คำตอบที่ถูกต้อง	จำนวนบุคลากรที่ไม่ได้คะแนน (ร้อยละ)			p-value ^a
		ทั้งสองคณะ (n=110)	คณะวิทยาศาสตร์ (n=69)	คณะศึกษาศาสตร์ (n=41)	
1. คนไทยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จัดเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกิน	✓	56 (50.9)	35 (50.7)	21 (51.2)	0.960
2. เส้นรอบเอวของผู้หญิงไทยที่เหมาะสม คือ น้อยกว่า 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว)	✓	37 (33.6)	28 (40.6)	9 (22.0)	0.046
3. เส้นรอบเอวของชายไทยที่เหมาะสม คือ น้อยกว่า 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว)	✓	36 (32.7)	26 (37.7)	10 (24.4)	0.151
4. ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักควรงดรับประทานอาหารมื้อเย็น	✗	47 (42.7)	27 (39.1)	20 (48.8)	0.323
5. ข้าวกล้องให้พลังงานต่ำกว่าข้าวขาว	✗	37 (33.6)	24 (34.8)	13 (31.7)	0.741
6. การรับประทานขนมปังในมื้อเช้า 1 แผ่น ให้พลังงานใกล้เคียงกับข้าวสวย 1 ทัพพี	✓	47 (42.7)	34 (49.3)	13 (31.7)	0.072
7. ขนมปังโฮลวีท 1 แผ่นให้พลังงานใกล้เคียงกับขนมปังขาว 1 แผ่น	✓	70 (63.6)	46 (66.7)	24 (58.5)	0.391
8. การรับประทานกล้วยเตี๋ยวเส้นใหญ่ ราดหน้าหมู จะได้รับพลังงานใกล้เคียงกับกล้วยเตี๋ยวเส้นใหญ่ 1 ชาม (ไม่เติมเครื่องปรุงรส)	✗	55 (50.0)	38 (55.1)	17 (41.5)	0.167
9. การรับประทานกล้วยเตี๋ยวเส้นเล็ก ผัดไทยให้พลังงานสูงกว่าผัดไทยวันเส้น	✗	69 (62.7)	47 (68.1) ^b	22 (53.7)	0.129
10. ถั่วเขียวต้มน้ำตาลแบบหวานน้อย ให้โปรตีนสูง แต่ให้คาร์โบไฮเดรตและไขมันต่ำ สามารถรับประทานได้มากในช่วงที่ต้องการลดน้ำหนัก	✗	76 (69.1) ^b	48 (69.6) ^b	28 (68.3) ^b	0.889
11. ใส่กรอกหมูและใส่กรอกไก่ จัดเป็นอาหารหมวดเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ	✗	23 (20.9) ^c	17 (24.6) ^c	6 (14.6) ^c	0.212

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการวิจัย จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

คำถาม	คำตอบที่ถูกต้อง	จำนวนบุคลากรที่ไม่ได้คะแนน (ร้อยละ)			p-value ^a
		ทั้งสองคณะ (n=110)	คณะวิทยาศาสตร์ (n=69)	คณะศึกษาศาสตร์ (n=41)	
12. การรับประทานปลาหนึ่ง ปลาอบ เหมาะสมสำหรับการลดน้ำหนัก	✓	16 (14.5) ^c	10 (14.5) ^c	6 (14.6) ^c	0.984
13. ข้าวราดผัดผักทองกับไข่ เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดน้ำหนัก เพราะผักทองเป็นผักที่ให้พลังงานต่ำและเส้นใยอาหารสูง	✗	87 (79.1) ^b	54 (78.3) ^b	33 (80.5) ^b	0.781
14. สลัดผักเป็นอาหารที่มีเส้นใยสูง และสามารถเติมน้ำสลัดน้ำข้น เพื่อปรับรสชาติได้มากตามต้องการ	✗	60 (54.5)	37 (53.6)	23 (56.1)	0.801
15. ถั่วลิสงต้มมีโปรตีนสูง เหมาะสำหรับการรับประทานเป็นของว่างที่ช่วยทำให้ลดน้ำหนักได้ง่าย	✗	72 (65.5) ^b	43 (62.3)	29 (70.7) ^b	0.370
16. การรับประทานน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นช่วยทำให้น้ำหนักลดลงได้	✗	70 (63.6)	46 (66.7)	24 (58.5)	0.391
17. ผลไม้ที่รสไม่หวานจัดและมีรสอมเปรี้ยว เช่น สับปะรด มะม่วงดิบ สามารถรับประทานได้มากในช่วงลดน้ำหนัก	✗	64 (58.2)	41 (59.4)	23 (56.1)	0.733
18. น้ำผลไม้ชนิดกล่อง 100% (ไม่เติมน้ำตาล) เป็นเครื่องดื่มที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมน้ำหนัก	✗	64 (58.2)	39 (56.5)	25 (61.0)	0.647
19. ถ้าต้องการลดน้ำหนัก ควรเปลี่ยนมาดื่มนมจืดไขมันต่ำแทนการดื่มชาเย็น กาแฟเย็น	✓	18 (16.4) ^c	10 (14.5) ^c	8 (19.5) ^c	0.491
20. ผู้ที่ต้องจำกัดโซเดียมควรหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมปังและเบเกอรี่	✓	66 (60.0)	44 (63.8)	22 (53.7)	0.295

^a เปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่ไม่ได้คะแนนจากการตอบคำถามระหว่างสองคณะด้วยการทดสอบไคสแควร์

^b คำถาม 3 ลำดับแรกที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ได้คะแนน

^c คำถาม 3 ลำดับแรกที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับคะแนน

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้ของผู้เข้าร่วมการวิจัย จำแนกตามลักษณะของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะของผู้เข้าร่วมการศึกษา	คะแนนที่ได้รับจากการตอบแบบประเมิน Median (IQR)	p-value ^a
เพศ		0.034
ชาย	10 (3)	
หญิง	11 (4)	
คณะที่สังกัด		0.189
วิทยาศาสตร์	10 (4)	
ศึกษาศาสตร์	11 (4)	
ระดับการศึกษา		0.041
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10 (4)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	11 (4)	
ดัชนีมวลกาย		0.153
น้อยกว่าปกติและปกติ (ต่ำกว่า 18.5–22.99 กก./ตร.ม.)	11 (3)	
น้ำหนักเกินและอ้วน (ตั้งแต่ 23 กก./ตร.ม. ขึ้นไป)	10 (4)	
เส้นรอบเอว		0.166
ปกติ (ชาย < 90 ซม. หญิง < 80 ซม.)	11 (4)	
อ้วนลงพุง (ชาย ≥ 90 ซม. หญิง ≥ 80 ซม.)	10 (2)	
สถานะการลดน้ำหนักในปัจจุบัน		0.827
ไม่ได้ลดน้ำหนัก	10.5 (3)	
อยู่ระหว่างการลดน้ำหนัก	10.5 (5)	
การวิเคราะห์กลุ่มย่อย		0.732
เฉพาะรายที่มีดัชนีมวลกายหรือเส้นรอบเอวสูงกว่าเกณฑ์ปกติ		
จำแนกตามสถานะการลดน้ำหนักในปัจจุบัน (n=78)		
ไม่ได้ลดน้ำหนัก (n=40)	10 (4)	
อยู่ระหว่างการลดน้ำหนัก (n=38)	10 (4)	

^a เปรียบเทียบคะแนนที่ได้รับจากการตอบแบบประเมินความรู้ด้วยการทดสอบของแมน-วิตนีย์

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสองคณะ และเมื่อจำแนกตามหน่วยงานที่สังกัด มีความเห็นว่าสื่อที่เหมาะสมที่สุดสำหรับให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการลดน้ำหนัก คือ สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ที่มีการโต้ตอบอย่างชัดเจนระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร สามารถส่งต่อ (share)

ข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว เช่น เฟซบุ๊ก (facebook) ไลน์ (line) และอินสตาแกรม (instagram) สำหรับสื่อที่เหมาะสมรองลงมา ได้แก่ โทรทัศน์ ทั้งนี้บุคลากรจากคณะศึกษาศาสตร์ยังให้ความเห็นว่า สื่อที่เหมาะสมที่สุดอีกประเภทหนึ่ง คือ โทรทัศน์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นด้านสื่อเหมาะสมที่สุดสำหรับการเผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการควบคุมน้ำหนัก

ประเภทสื่อ	จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ (ร้อยละ)		
	ทั้งสองคณะ	คณะวิทยาศาสตร์	คณะศึกษาศาสตร์
	(n=110)	(n=69)	(n=41)
สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ และอินสตาแกรม)	42 (38.2)	29 (42.0)	13 (31.7)
โทรทัศน์	30 (27.3)	17 (24.6)	13 (31.7)
เว็บไซต์	22 (20.0)	14 (20.3)	8 (19.5)
แผ่นพับ	7 (6.4)	4 (5.8)	3 (7.3)
บอร์ดให้ความรู้	5 (4.5)	3 (4.3)	2 (4.9)
นิตยสาร	3 (2.7)	2 (2.9)	1 (2.4)
วิทยุ	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (2.4)

อภิปรายผลการศึกษา

ในภาพรวมผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 110 คน ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (74 คน ร้อยละ 67.3) มีภาวะอ้วนลงพุงจำนวน 56 คน (ร้อยละ 50.9) แต่มีผู้ที่อยู่ในระหว่างการลดน้ำหนักจำนวน 44 คน (ร้อยละ 40.0) ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยกว่าจำนวนผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงเกินเกณฑ์หรืออ้วนลงพุง แม้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่ระบุว่าขณะนี้ยังไม่มีโรคประจำตัว แต่การมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะเพิ่มความเสี่ยงรวมถึงเพิ่มระดับความรุนแรงของโรคหลายโรค นอกจากนี้ภาวะอ้วนลงพุงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในกรณีของผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงเกินเกณฑ์และผู้ที่ยังมีน้ำหนักตัวปกติ^{4,5} ประกอบกับความชุกของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนที่มีอายุมากขึ้น² ดังนั้นบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินเมื่อคัดกรองด้วยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมร่วมกับเข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพเป็นระยะ

การควบคุมอาหารเป็นวิธีการสำคัญที่ใช้ในเวชปฏิบัติเพื่อการรักษาผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

รวมถึงโรคในกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก (metabolic syndrome) นอกจากนี้ยังใช้เพื่อรักษาน้ำหนักปัจจุบันไม่ให้เพิ่มสูงขึ้นในกรณีบุคคลนั้นมีน้ำหนักตัวเหมาะสมอยู่แล้ว หลักการทางโภชนาการที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับพลังงานจากอาหารที่ได้รับอย่างพอเหมาะโดยได้รับสารอาหารทุกชนิดครบถ้วนในสัดส่วนที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้หลากหลาย ลดการบริโภคหรือลดการปรุงแต่งสารอาหารบางชนิดที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ไขมันทรานส์ โซเดียมในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น^{7,10} การควบคุมน้ำหนักด้วยวิธีการที่เหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยความรู้ที่ถูกต้อง สำหรับงานวิจัยนี้พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาประมาณร้อยละ 49 ขึ้นไปมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินภาวะน้ำหนักเกินด้วยดัชนีมวลกายและการคัดกรองภาวะอ้วนลงพุงด้วยเส้นรอบเอว ส่วนในด้านคุณค่าทางโภชนาการและการบริโภคอย่างเหมาะสมเพื่อการควบคุมน้ำหนักมีทั้งประเด็นที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมากกว่าร้อยละ 50 มีความรู้ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ในภาพรวม มีผู้เข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 50 ที่มีคะแนนความรู้ ประมาณครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม นอกจากนี้ยังมีบุคลากรที่ไม่ได้รับคะแนนจากการตอบแบบประเมินความรู้ แต่ไม่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใดที่ได้รับคะแนนเต็ม ดังนั้นความรู้ทางโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับ

การควบคุมน้ำหนักของผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้เพื่อการควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสม ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ทางโภชนาการเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้ผู้ที่อยู่ในระหว่างการลดน้ำหนักมีความรู้ไม่แตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้กำลังลดน้ำหนัก นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินในปัจจุบันและอยู่ในระหว่างการลดน้ำหนัก มีความรู้ไม่แตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้กำลังลดน้ำหนัก ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการให้ความรู้เพื่อการควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากรวัยทำงานกลุ่มนี้ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรที่ภาวะโภชนาการเกินและมีความประสงค์ที่จะลดน้ำหนักโดยอาจพิจารณาให้ความรู้ในประเด็นที่มีจำนวนผู้ตอบแบบประเมินไม่ถูกต้องเป็นจำนวนมากเป็นลำดับแรก ๆ แล้วจึงค่อยเพิ่มองค์ความรู้ในประเด็นต่อไปเพื่อให้เกิดการแก้ไขความรู้ได้ตรงประเด็นตามความเร่งด่วนของปัญหา และช่วยให้สามารถรับความรู้ได้เหมาะสมกับเวลาและความสามารถในการรับข้อมูล ผลการศึกษาครั้งนี้ ประเด็นความรู้ลำดับแรกที่ควรให้คำแนะนำโดยพิจารณาจากจำนวนผู้ที่ตอบคำถามไม่ถูกต้อง ได้แก่ คุณค่าทางโภชนาการรวมถึงการบริโภคอย่างเหมาะสมของพืชทอง ถั่วเขียว และถั่วลิสง สำหรับประเด็น “น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นกับลดน้ำหนัก” เป็นอีกหนึ่งเรื่องหนึ่งที่ควรให้คำแนะนำ เนื่องจากมีสถานการณ์ในสังคมที่กล่าวถึงสรรพคุณที่ไม่สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบัน ซึ่งมีผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบคำถามในประเด็นดังกล่าวไม่ถูกต้อง ร้อยละ 79.1, 69.1, 65.5 และ 63.6 ตามลำดับ

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการและการบริโภคอย่างเหมาะสมเพื่อการควบคุมน้ำหนักที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจากทั้งสองคณะรวมถึงเมื่อจำแนกตามหน่วยงานที่สังกัด มีความรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุดในระดับแรกคือ คุณค่าทางโภชนาการของข้าวราดผัดพืชทองกับไข่ ทั้งนี้พืชทองเป็นอาหารหมวดผักประเภท ข ตามรายการ

อาหารแลกเปลี่ยนไทย ซึ่งเป็นผักที่ให้พลังงาน การรับประทานผักในกลุ่มนี้ต้องคำนึงถึงพลังงานที่จะได้รับในขณะที่ผักประเภท ก เช่น ผักบุ้ง กะหล่ำปลี ผักกาดขาว ให้พลังงานต่ำมากแต่ให้ใยอาหารสูงและสามารถรับประทานได้ปริมาณมาก¹¹⁻¹³ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบคุณค่าทางโภชนาการของส่วนที่รับประทานได้ระหว่างพืชทองกับผักประเภท ข ชนิดอื่นก่อนนำไปผ่านกรรมวิธีการปรุงอาหาร พบว่าพืชทองให้พลังงานมากกว่าและส่วนใหญ่มาจากคาร์โบไฮเดรต โดยพืชทอง 100 กรัม ให้พลังงาน 89 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 20.2 กรัม ในขณะที่ตำลึง 100 กรัม ให้พลังงาน 32 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 3.9 กรัม ส่วนคะน้า 100 กรัม ให้พลังงาน 27 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 3.7 กรัม¹⁴ สำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการวางแผนรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักโดยระบุว่าพืชทองเป็นผักที่ควรรับประทานเพียงแต่พอควร และควรระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานผัดผักที่ใช้ไขมันปริมาณมาก¹¹⁻¹³ การนำพืชทองมาประกอบอาหารเป็นข้าวราดผัดพืชทองกับไข่ซึ่งมีส่วนประกอบ ได้แก่ พืชทอง ไข่ น้ำมัน และเครื่องปรุงชนิดต่าง ๆ ทั้งหมดแล้วจะให้พลังงานแก่ร่างกายได้มาก ดังนั้นจึงควรรับประทานเพียงแต่ในปริมาณที่พอเหมาะเพื่อให้ได้รับพลังงานไม่มากเกินไป

ประเด็นความรู้ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบคำถามไม่ถูกต้องเป็นลำดับที่ 2 คือ เรื่องคุณค่าทางโภชนาการของถั่วเขียว พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจว่า “ถั่วเขียวต้มน้ำตาลแบบหวานน้อย ให้โปรตีนสูง แต่ให้คาร์โบไฮเดรตและไขมันต่ำ สามารถรับประทานได้มากในช่วงที่ต้องการลดน้ำหนัก” จักรภพและคณะ ได้สำรวจความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักเพื่อสุขภาพในผู้ใหญ่วัยทำงาน พบว่าความรู้เกี่ยวกับถั่วเขียวที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ สารอาหารที่พบมากที่สุดไน้ในถั่วเขียวคือโปรตีน ถั่วเขียวให้พลังงานต่ำ และสามารถรับประทานได้มากไม่จำกัดปริมาณ (ร้อยละ 81.8 ของผู้ตอบแบบสอบถาม) ทั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามเพียง

ร้อยละ 18.2 เท่านั้นที่ทราบว่าพืชชนิดนี้จัดเป็นอาหารในหมวดข้าว-แป้ง ตามรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย^{11,15} โดยถั่วเขียวเมล็ดแห้ง 100 กรัม ให้พลังงาน 351 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 62.7 กรัม โปรตีน 21.7 กรัม และไขมัน 1.5 กรัม ในขณะที่อาหารในหมวดเนื้อสัตว์จะมีสัดส่วนของโปรตีนสูงกว่าคาร์โบไฮเดรต¹⁴ จะเห็นได้ว่าแม้จะได้รับโปรตีนจากการรับประทานถั่วเขียวแต่ในขณะเดียวกันจะได้รับคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่สูงกว่า นอกจากนี้กรดอะมิโนจำเป็น (essential amino acids) ในถั่วเขียวยังมีไม่ครบถ้วน ดังนั้นการรับประทานถั่วเขียวโดยมุ่งหวังที่ได้รับโปรตีนปริมาณมากจึงเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ถั่วเขียวให้อาหารสูง¹⁴ มีประโยชน์ต่อร่างกายในด้านการขับถ่าย จึงสามารถรับประทานได้แต่ควรรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ พร้อมกับลดปริมาณข้าวสวยหรืออาหารกลุ่มข้าว-แป้งในมื้อนั้น ๆ เพื่อทดแทนกัน นอกจากนี้ยังควรรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อยถึงปานกลางร่วมด้วยเพื่อให้ร่างกายได้รับโปรตีนคุณภาพดีจากเนื้อสัตว์ซึ่งจะนำไปสร้างกล้ามเนื้อและสารอื่น ๆ เช่น ภูมิคุ้มกัน สารสื่อประสาทที่ร่างกายจำเป็นต้องใช้ต่อไป

อาหารว่างที่เหมาะสมสำหรับรับประทานในระหว่างการลดน้ำหนักควรให้พลังงานต่ำ เตรียมไว้สำหรับเวลาหิวเพื่อจะได้ไม่รับประทานอาหารมื้อหลักในปริมาณมากเกินไป สำหรับถั่วลิสงจัดอยู่ในหมวดไขมันตามรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย^{11,12} โดยอาหารหมวดไขมัน 1 ส่วนจะให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรีจากสารอาหารประเภทไขมัน 5 กรัม อาหารในหมวดนี้ เช่น น้ำมันสำหรับบริโภค 1 ช้อนชา ถั่วลิสง 10 เม็ด มายองเนส 1 ช้อนชา และน้ำสลัดชนิดข้น 1 ช้อนโต๊ะ เป็นต้น เมื่อพิจารณาข้อมูลสารอาหารในถั่วลิสงเพิ่มเติมจากตารางคุณค่าโภชนาการของอาหารไทย พบว่าถั่วลิสงมีโปรตีนอยู่แต่มีในปริมาณที่น้อยกว่าไขมันถึงประมาณร้อยละ 50¹⁴ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับสารอาหาร 1 กรัม พบว่า ไขมันให้พลังงานสูงถึง 9 กิโลแคลอรี ในขณะที่โปรตีนให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี

เท่านั้น ดังนั้นถั่วลิสงจึงให้พลังงานสูง แม้ว่าถั่วลิสงจะมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (mono-unsaturated fatty acids, MUFAs) ในปริมาณสูงกว่ากรดไขมันชนิดอื่น ๆ¹¹ ซึ่งกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่งนี้ช่วยลดระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-C) และไม่ลดระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-C)¹⁶ แต่กรดไขมันไม่อิ่มตัวยังคงให้พลังงานเท่ากับกรดไขมันอิ่มตัว จึงรับประทานได้ในปริมาณที่พอควรเท่านั้นเพื่อป้องกันไม่ได้รับพลังงานมากเกินไป

น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (cold pressed- หรือ unrefined- หรือ virgin coconut oil) ได้จากการนำเนื้อมะพร้าวมาบีบน้ำมันโดยตรง หรือนำกะทิมาแยกชั้นน้ำมันออกจากน้ำโดยไม่ผ่านความร้อนสูงหรือสารเคมี รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่วางจำหน่ายในท้องตลาดมีทั้งเป็นของเหลวบรรจุขวดและแคปซูล (soft capsule) ในปัจจุบัน “น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นกับการลดน้ำหนัก” เป็นประเด็นหนึ่งที่มีการกล่าวถึง ตลอดจนส่งต่อข้อมูลในอินเทอร์เน็ตเป็นจำนวนมาก โดยกล่าวถึงผลดีของการรับประทานเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (dietary supplement) หรือดื่มโดยตรงเพื่อลดน้ำหนัก แนวคิดในการนำน้ำมันมะพร้าวชนิดนี้มาใช้ประโยชน์เกี่ยวข้องกับกรดไขมันสายยาวปานกลาง (medium chain fatty acids, MCFAs)^{17,18} ซึ่งมีจำนวนคาร์บอน 6 - 12 อะตอม โดยอ้างอิงถึงคุณสมบัติของกรดไขมันสายยาวปานกลางที่มีค่าการละลายน้ำดีกว่า ย่อยในลำไส้เล็กได้ง่าย สามารถดูดซึมผ่านทางเดินอาหารเข้ากระแสเลือดได้รวดเร็ว และกระบวนการนำไปใช้เป็นพลังงานในเซลล์ที่เกิดขึ้นง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับกรดไขมันสายยาว (long chain fatty acids, LCFAs) อย่างไรก็ตาม เอกสารวิชาการบางฉบับได้จัดกรดลอริก (lauric acid, 12:0) ซึ่งเป็นกรดไขมันอิ่มตัวชนิดหนึ่งที่มีคาร์บอนจำนวน 12 อะตอมและพบในน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น ให้เป็นกรดไขมันสายยาว เนื่องจากกรดลอริกมีลักษณะบางประการในร่างกายเช่นเดียวกับกรดไขมันสายยาว เช่น กรดลอริกละลายน้ำได้น้อยกว่ากรดไขมันอิ่มตัวที่มีคาร์บอน 8 - 10

อะตอม ซึ่งได้แก่ กรดคาไพริก (caprylic acid, 8:0) และ กรดคาพริก (capric acid, 10:0) นอกจากนี้กรดลอริก ส่วนใหญ่ (70 - 75%) ยังต้องอาศัยการดูดซึมผ่านทางเดินอาหารไปกับไคโลไมครอน (chylomicron) ในขณะที่กรดไขมันที่มีคาร์บอนน้อยกว่า 12 อะตอม ปริมาณเกือบทั้งหมด (95%) ถูกดูดซึมเข้าหลอดเลือดดำพอร์ทัล (portal vein) ได้โดยตรง¹⁹ ในเวชปฏิบัติมีการนำไขมันที่เรียกว่า มีเดียมเชนไตรกลีเซอไรด์ (medium chain triglycerides) หรือเอ็มซีทีออยล์ (MCT oil) มาใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและตับอ่อนโดยใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ เอ็มซีทีออยล์ที่ใช้ในทางการแพทย์นี้เป็นคนละชนิดกับน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น โดยเอ็มซีทีออยล์เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการนำน้ำมันมะพร้าวมาสกัดต่อจนได้ส่วนประกอบหลัก คือ กรดคาไพริกและกรดคาพริก แต่แทบจะไม่มีกรดลอริกอยู่เลยหรือมีในสัดส่วนที่น้อยมาก เอ็มซีทีออยล์ 1 กรัมให้พลังงาน 8.3 กิโลแคลอรี^{19,20} ในขณะที่น้ำมันมะพร้าวมีกรดลอริกเป็นส่วนประกอบหลัก แต่มีกรดคาไพริกและกรดคาพริกอยู่น้อยมาก นอกจากนี้น้ำมันมะพร้าวยังมีกรดไมริสติก (myristic acid, 14:0) และกรดปาล์มมิติก (palmitic acid, 16:0) ซึ่งเป็นกรดไขมันอิ่มตัวสายยาวอยู่อีกด้วย งานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับเอ็มซีทีออยล์แสดงถึงประโยชน์ของกรดคาไพริกและกรดคาพริก ดังนั้นจึงไม่สามารถนำข้อมูลที่แสดงถึงประโยชน์จากเอ็มซีทีออยล์ที่ใช้ในการแพทย์มาคาดการณ์ (extrapolate) ผลจากการบริโภคน้ำมันมะพร้าวต่อสุขภาพโดยตรง¹⁹ ปัจจุบันยังไม่มี การสนับสนุนให้รับประทานน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นเพื่อลดน้ำหนักทั้งในตำราทางวิชาการ (textbook) และในแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน นอกจากนี้ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันถึงประสิทธิภาพในการลดน้ำหนักของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น การศึกษาในมนุษย์ถึงประเด็นดังกล่าวมีจำนวนไม่มากนัก งานวิจัยของ Assunção ML และคณะ รวมถึงงานวิจัยของ Liao KM และคณะ พบว่าการรับประทานน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นใน

รูปแบบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือดื่มโดยตรงไม่ได้ทำให้ดัชนีมวลกายของอาสาสมัครลดลง^{18,21} นอกจากนี้ น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี ไม่แตกต่างจากน้ำมันสำหรับบริโภคในครัวเรือนชนิดอื่น⁷ การรับประทานเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือดื่มโดยตรง จึงทำให้ได้รับพลังงานจากไขมันเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็น²²

การให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้ความรู้เป็นรายบุคคล ให้ความรู้แบบกลุ่ม รวมถึงการให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ให้ทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง เป็นต้น²³ สำหรับกลุ่มคนวัยผู้ใหญ่ที่ทำงานประจำ หน่วยงานอาจมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมการอบรม ให้ความรู้รายกลุ่มตลอดจนการรับคำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นรายบุคคล เช่น พนักงานอาจไม่สามารถขออนุญาต ลางานหรือปลีกตัวเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดังนั้นการให้ความรู้ผ่านสื่อเพื่อให้พนักงานที่ทำงานประจำองค์กรสามารถศึกษาได้ด้วยตนเองนอกเวลาทำการของสถานที่ทำงานและเป็นเวลาที่พนักงานแต่ละคนสะดวกจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ และน่าจะช่วยให้พนักงานสามารถรับข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง

เทคโนโลยีมีบทบาทต่อวิถีการใช้ชีวิตเป็นอย่างมากนับตั้งแต่อินเทอร์เน็ตเริ่มแพร่หลายในประเทศไทย ประมาณปี พ.ศ. 2538 ปัจจุบันอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ถูกพัฒนาให้มีประสิทธิภาพการทำงานที่ดียิ่งขึ้น สามารถสื่อสารได้รวดเร็วต่อเนื่องในขนาดเล็กลง สามารถพกพาได้สะดวก เช่น สมาร์ทโฟน และ แท็บเล็ตพีซี เป็นต้น อุปกรณ์เหล่านี้มีโปรแกรมประยุกต์ หรือ แอปพลิเคชัน (application) ช่วยให้เราทำงานได้หลากหลายมากขึ้น ประกอบกับความเร็วของอินเทอร์เน็ตบรอดแบนด์ของไทยในการดาวน์โหลดข้อมูลเพิ่มขึ้นสูงเป็นอันดับสองในกลุ่มประเทศอาเซียน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานว่าปัจจุบันคนไทยใช้ชีวิตกับกิจกรรมบนโลกออนไลน์เพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านจำนวนผู้ใช้ และจำนวนชั่วโมงการใช้งาน โดยในปี พ.ศ. 2558 จำนวนเฉลี่ย 48.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และทำการเชื่อมต่อ

เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่โดยเฉพาะสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตที่ซื้อมากกว่าวิธีการอื่น ๆ²⁴ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ บุคลากรส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าสื่อที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการลดน้ำหนัก คือ สื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ และอินสตาแกรม ซึ่งมีแอปพลิเคชันรองรับให้เกิดความสะดวกในการอ่านข้อมูลบนหน้าจอของอุปกรณ์พกพา สามารถสื่อสารระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร รวมถึงส่งต่อข้อมูลได้รวดเร็ว นอกจากนี้ผู้อ่านยังสามารถเลือกติดตามหรือสร้างกลุ่มสังคมที่น่าสนใจได้อีกด้วย ในขณะที่เว็บไซต์ได้รับความนิยมน้อยกว่า อาจเป็นเพราะมีความสะดวกในการใช้งานผ่านหน้าจอของอุปกรณ์พกพาน้อยกว่าสื่อสังคมออนไลน์ข้างต้น สำหรับโทรทัศน์ยังคงเป็นสื่อพื้นฐานที่ประชาชนทั่วไปเข้าถึงได้ง่าย มีการนำเสนอเนื้อหาด้วยภาพเคลื่อนไหวและเสียง เป็นอีกสื่อหนึ่งที่สะดวกในการรับข้อมูลข่าวสาร อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการสร้างและส่งต่อข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการทางสื่อสังคมออนไลน์เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก หากประชาชนปฏิบัติตามข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง อาจเกิดปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงในระยะยาวได้ ดังนั้นช่องทางสื่อเหล่านี้จึงน่าจะเป็นทางเลือกในปัจจุบันที่บุคลากรทางสาธารณสุขและนักวิชาการที่มีความรู้อย่างแท้จริงจะสร้างเนื้อหาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เข้าใจง่าย พร้อมกับแก้ไขความเข้าใจทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของประชาชนไปพร้อมกัน

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด

ผู้เข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้เกือบร้อยละ 50 หรือมากกว่า มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินภาวะน้ำหนักเกินด้วยดัชนีมวลกายและการคัดกรองภาวะอ้วนลงพุงด้วยเส้นรอบเอว อาจเนื่องมาจากในระยะเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา มีสื่อต่าง ๆ ที่รณรงค์ให้ความรู้ในส่วนนี้ อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับประเด็นนี้ที่ควรแนะนำต่อไป คือวิธีการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และวิธีการวัดเส้นรอบเอวอย่างถูกต้อง พร้อมกับสนับสนุนให้

ประชาชนวัดค่าดังกล่าวเป็นระยะเพื่อเป็นการคัดกรองความผิดปกติเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง

แม้ว่าจะมีการจัดเมนูอาหารประจำวันทั้งอาหารมื้อหลักและมื้อว่าง โดยพิจารณาจากค่าพลังงานที่ควรได้รับเป็นรูปแบบหนึ่งของคำแนะนำด้านโภชนาการ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการให้คำแนะนำดังกล่าวมีข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันของคนยุคปัจจุบัน เนื่องจากวิถีชีวิตสมัยใหม่มีการรับประทานอาหารนอกบ้านหรือการซื้ออาหารสำเร็จมากขึ้น ดังนั้นการรับประทานอาหารจึงขึ้นอยู่กับรายการอาหารที่มีจำหน่ายในบริเวณสถานที่ทำงานและที่อยู่อาศัยด้วย จากข้อจำกัดดังกล่าวนี้ รายการอาหารแลกเปลี่ยนจึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมยิ่งขึ้น เนื่องจากรายการอาหารแลกเปลี่ยนเป็นการจัดรายการอาหารเข้าเป็นหมวดหมู่ตามคุณค่าทางโภชนาการโดยเฉลี่ยที่ให้พลังงานและสารอาหารหลักใกล้เคียงกัน วิธีการนำไปใช้ คือแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานในหมวดหมู่เดียวกันเพื่อ “ทดแทน” หรือ “แลกเปลี่ยน” กัน ดังนั้นการนำรายการอาหารแลกเปลี่ยนมาใช้จะทำให้สามารถเลือกรับประทานอาหารได้หลากหลายโดยยังได้รับพลังงาน คาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ไม่แตกต่างจากแผนการรักษาที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในกรณีเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรือการทำอาหารรับประทานเองในครัวเรือน การสำรวจครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากคนวัยทำงานที่เป็นลูกจ้างองค์กรในสังคมเมืองและส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจึงมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศได้สะดวก อย่างไรก็ตาม บุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักและไม่ทราบรายละเอียดของรายการอาหารแลกเปลี่ยนดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้รู้จักรายการอาหารแลกเปลี่ยนไทยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของความรู้ทางโภชนาการที่จะนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับบุคคลต่อไป

งานวิจัยนี้ทำการสำรวจความรู้ของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการในมหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครปฐม อาจมีข้อจำกัดในการขยายผลการศึกษาไปสู่ผู้ใหญ่วัยทำงานที่ทำงานประจำในหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีสภาพแวดล้อม ลักษณะการทำงานหรือลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกันออกไป เช่น อาจารย์มหาวิทยาลัย บุคลากรทางการแพทย์ พนักงานประจำโรงงาน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่าควรสนับสนุนให้มีการให้ความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้องเพื่อการควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ใหญ่วัยทำงาน หากมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงานอื่น ๆ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

สรุปผลการศึกษา

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม การป้องกันและรักษาโรคอ้วนสามารถกระทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบัน บุคลากรทางการแพทย์อาจพิจารณาการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักฐานวิชาการโดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับรายการอาหารแลกเปลี่ยน คุณค่าทางโภชนาการของอาหาร รวมถึงข้อมูลสุขภาพอื่น ๆ พร้อมกับการแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องผ่านเทคโนโลยีเหล่านี้เพื่อประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนวัยทำงานที่ทำงานประจำในหน่วยงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลในการศึกษา คณะบดีคณะวิทยาศาสตร์และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงาน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำงานและให้

ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คุณภักจิรา สุรนิคม และคุณณัฏฐา เทพบรรทม ที่ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้วิจัยกับอาสาสมัครทุกท่านจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Online]. 2017 Oct [cited 2018 Jan 5]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Aekplakorn W. Health status. In: Aekplakorn W, editor. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthaburi: Healthy system research institute, 2014; p. 134. (in Thai)
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014 [Online]. 2014 [cited 2018 Jan 5]; Available from: URL: <http://www.who.int/nmh/countries/en/>
4. Sheehan AM, Chen JT, Yanovski JA, Calis KA. Obesity. In: Dipiro JT, editors: Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach 10th eds. New York: McGraw-Hill Education; 2017; p.2385-402.
5. Garvey WT, Mechanic JL, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients obesity. Endocr Pract. 2016 ;22(suppl 3)
6. Pitayatiannan P, Butchon R, Yothasamut J, Aekplakorn W, Teerawattananon Y, Suksomboon N, et al. Impact of overweight and obesity on health-care costs in Thailand. J Health Syst Res. 2011;5(3):287-98 (in Thai)
7. Boonchayaanant P, Vorasettakarnkij Y, editors. Guideline for overweight and obesity. Bangkok: Network of Fatless Belly Thais. The Royal College of Physician of Thailand; 2015. (in Thai)
8. Paopeng C, Pongutta S, Limwattananon S, Limwattananon C, Chaiyasong S, Tisayaticom K, et al. Food consumption behaviors among different groups of thai population: do demographic, socio-economic, and health status matter? J Health Syst Res. 2011;11(3):287-98. (in Thai)
9. Robert CW. Body mass index as an indicator of obesity. Asia Pacific J Clin Nutr. 2002;11(Suppl):S681-4.

10. Institute of medical research and technology assessment. Clinical practice guideline for management, prevention and treatment of obesity. Nonthaburi; 2010 (in Thai)
11. Sommasut R. Thai food exchange list. Thai JPEN. 2004;15(1):33-45. (in Thai)
12. Research project of nutritional counseling for prevention risk of secondary stroke, Institute of Nutrition Mahidol University. Food exchange lists. [cited 2017 Dec 25] (in Thai); Available from: <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/13411>
13. Bureau of Nutrition. Metabolic syndromes. [cited 2015 Jan 10] (in Thai); Available from: http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/metabolic_syndrome.pdf
14. Institute of Nutrition, Mahidol University. Thai food composition tables 1st eds. Nakhon Pathom; Institute of Nutrition, Mahidol University; 1999.
15. Tepdech C, Pongsupan J, Leelapattapananith M, Kaomek M. Knowledge and vegetable consumption of academic supporting staff at Faculty of Pharmacy, Silpakorn University [unpublished research senior project]. Nakhon Pathom: Silpakorn University, 2014. (in Thai)
16. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. Third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). [cited 2005 Jan 10]; Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/resources/heart/atp-3-cholesterol-full-report.pdf>
17. Krishna G, Raj G, Singh BA, Kumar P, Chandrashekar P, Coconut oil: chemistry, production and its applications- a review. Indian Coconut J. 2010;53(3):15-27.
18. Assunção ML, Ferreira HS, dos Santos AF, Cabral CR Jr, Florêncio TM. Effects of dietary coconut oil on the biochemical and anthropometric profiles of women presenting abdominal obesity. Lipids. 2009;44(7):593-601.
19. Eyres L, Eyres MF, Chisholm A, Brown RC. Coconut oil consumption and cardiovascular risk factors in humans. Nutr Rev. 2016;74(4):267-80.
20. Nelms NM, Sucher KP, Long S, editors. Nutrition therapy and pathophysiology. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2007; p. 152-3, 481.
21. Liao KM, Lee YY, Chen CK, Rasool AG. An open-label pilot study to assess the efficacy and safety of virgin coconut oil in reducing visceral adiposity. ISRN Pharmacology 2011, Available from: <http://dx.doi.org/10.5402/2011/949686>
22. Bureau of Nutrition. Edible oil. [cited 2013 Oct 23] (in Thai); Available from: http://www.moph.go.th/ops/iprg/news_pic/บทความเรื่องน้ำมันบริโภค
23. Naidoo J, Willis J. Foundation for health promotion 3rd eds. Edinburgh: Bailliere Tindall/Elsevier; 2009; p.67-83
24. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai health report 2016. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2016. (in Thai)