

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### The Factors Associated with Fast Food Consumption Frequency Among Health Personnel in Srinagarind Hospital, Khon kean University

สรโรชิน สมพงษ์พันธุ์ (Sarochin Sompongpun)\* ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (Dr.Piyathida Kuhirunyaratn)<sup>1\*\*</sup>  
ดร.บังอรศรี จินดาวงค์ (Dr.Bangonsri Jindawong)<sup>\*\*\*</sup> ดร.เสาวนันทน์ บำเรอราช (Dr.Sauwanan Bumrerraj)<sup>\*\*\*\*</sup>  
ดร.เบญจมา มุกตพันธ์ (Dr.Benja Muktabhant) <sup>\*\*\*\*\*</sup> ดร.คัทฉรินทร์ ภูนิคม (Dr.Kutcharin Phunikhom) <sup>\*\*\*\*\*</sup>

(Received: August 31, 2021; Revised: October 12, 2021; Accepted: October 15, 2021)

#### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาสัดส่วนการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำของบุคลากรทางการแพทย์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 241 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 ผลการศึกษาพบว่า อัตราการตอบกลับร้อยละ 97.5 (235/241) สัดส่วนการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำร้อยละ 38.29 (95%CI 32.12, 44.87) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ ได้แก่ การออกกำลังกาย (AOR = 0.48 95%CI 0.26, 0.90) ชั่วโมงการทำงาน (AOR = 2.25 95%CI 1.01, 5.02) การประกอบอาหาร (AOR = 0.38 95%CI 0.15, 0.99) การซื้ออาหารบริโภค (AOR = 3.01 95%CI 1.47, 6.19) แรงจูงใจในการบริโภคอาหารจานด่วน (AOR = 1.95 95%CI 1.05, 3.62) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) เพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานควรจัดให้มีการออกกำลังกาย ชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม และสนับสนุนร้านอาหารในโรงพยาบาลให้มีเมนูเพื่อสุขภาพ

#### ABSTRACT

A descriptive study aims to determine the proportion of fast-food consumption frequency and factors associated. The sample size was 241. Data collection was online questionnaire. The Cronbach's alpha was 0.94. The respond rate was 97.5% (235/241). The proportion of fast-food consumption frequency was 38.29 % (95%CI 32.12, 44.87). The factors associated to fast food consumption frequency were exercise (AOR = 0.48 95%CI 0.26, 0.90), working hours (AOR = 2.25 95%CI 1.01, 5.02), cooking (AOR = 0.38 95%CI 0.15, 0.99), buying food (AOR = 3.01 95%CI 1.47, 6.19), and motivation on fast food consumption (AOR = 1.95 95%CI 1.05, 3.62). The organization should launch a physical activity campaign, manage working hours properly, and support healthy menus in cafeteria.

**คำสำคัญ:** อาหารจานด่วน บุคลากรทางการแพทย์

**Keywords:** Fast food, Health personnel

<sup>1</sup>Corresponding author: [spiyat@kku.ac.th](mailto:spiyat@kku.ac.th)

\*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาโภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\*รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

อาหารจานด่วนเป็นอาหารปรุงสำเร็จที่บริโภคได้สะดวก รวดเร็ว เป็นทั้งอาหารจานหลักและอาหารทานเล่น [1] ได้รับความนิยมมากในกลุ่มวัยทำงาน แต่อาหารจานด่วนก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากมีไขมันสูง น้ำตาลสูง ไขมันสูง และให้พลังงานมาก เช่น ข้าวเหนียวหมูปิ้ง 100 กรัม ให้พลังงาน 586 กิโลแคลอรี [2] ซึ่งมากกว่า 1 ใน 3 ของพลังงานที่ควรได้รับของวัยทำงานเพศหญิง (1,600 กิโลแคลอรี) และเป็น 1 ใน 3 ของเพศชาย (2,000 กิโลแคลอรี) [3] นอกจากนี้ยังให้ไขมัน 529 มิลลิกรัม มากถึง 1 ใน 3 ของปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน [4] การบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง [5] โรคอ้วนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [6] รบกวนการนอนหลับและปัญหาสุขภาพจิต [7]

แม้ว่าสถานการณ์ความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทยที่ลดลงจากร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 26.07 ในปี พ.ศ.2563 แต่กลับเพิ่มสูงขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [3] ประกอบกับผู้บริโภคมีแนวโน้มในการสั่งอาหารจานด่วนผ่านบริการจัดส่งอาหาร (Delivery) สูงขึ้น [8] แม้ในสถานการณ์ปกติ การทำงานหนัก เวลาพักที่ไม่เพียงพอ และการจัดจำหน่ายอาหารสุขภาพที่ไม่หลากหลายเพียงพอ มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่และประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ [9] นอกจากนี้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการทำงานหนัก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาเลือกซื้อและจัดหาอาหารบริโภคเอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความชุกของโรคอ้วน (BMI $\geq$ 25) ร้อยละ 28.86 [10] มากกว่าความชุกของโรคอ้วนวัยทำงานจากผลสำรวจของกรมอนามัยถึงร้อยละ 2.73 [11] ขณะที่ยังไม่เคยมีการศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของโรคอ้วนที่เกิดขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition)

การบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ หมายถึง การบริโภคอาหารจานด่วนในมื้อใดมื้อหนึ่ง ชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นอาหารหลักหรืออาหารว่าง ด้วยความถี่ตั้งแต่ 4 ครั้ง/สัปดาห์ หรือมากกว่า ขึ้นไปในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

สัดส่วนการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ หมายถึง ร้อยละของการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ วัดจากแบบสอบถามส่วนที่ 4 ข้อคำถามที่ 3.1 ถามว่า “โดยภาพรวมตลอดระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วนตามรายการแสดงข้างต้น 1 ชนิด หรือมากกว่านั้น อย่างไร” เป็นคำถามปลายปิด มีตัวเลือกคำตอบ

อาหารจานด่วนในการศึกษานี้ ได้แก่ อาหารจานด่วน 6 ประเภท จำนวน 26 ชนิด ได้แก่ **อาหารตะวันตก** แฮมเบอร์เกอร์ พิซซา ไก่ทอดอย่างเดียว ไก่ทอดและมันฝรั่งทอด ปลาทอดและมันฝรั่งทอด แซนดิวิช ขนมปังไส้ต่าง ๆ แยม โดนัท วาฟเฟิล ครีซของ พาย **อาหารจีน** ซาลาเปา ขนมจีบ **อาหารไทย** อาหารว่างจากการประชุม ไส้กรอกและลูกชิ้น ปิ้ง ทอด นึ่ง **อาหารอิสาน** ข้าวเหนียวหมูปิ้ง ข้าวเหนียวหมูทอด ข้าวเหนียวหมูปิ้ง ข้าวเหนียวหมูหวาน ข้าวเหนียวไก่ทอด ข้าวเหนียวจิ้มแจ่วหรือน้ำพริกปลา **อาหารญี่ปุ่น** ข้าวปั้น ข้าวปั้นสามเหลี่ยม (โอนิกิริ) **อาหารสำเร็จรูป** บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กสำเร็จรูป อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง ซึ่งรายการอาหารเหล่านี้ ได้จากการสำรวจอาหารจานด่วนที่มีวางจำหน่ายในบริเวณโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และอาหารที่สามารถส่งผ่านระบบเดลิเวอรี่ (Delivery)

## วิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรศึกษาคือ บุคลากรทางการแพทย์ 8 กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักรังสีทางการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงมกราคม-ธันวาคม ปี 2564 จำนวน 2,669 คน จากข้อมูลกองการเจ้าหน้าที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม 2564 มีเกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือได้เข้าร่วมในการศึกษาเบื้องต้น (Pilot study) แล้ว

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม WinPepi version 11.63 [12] กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Confidence level) 95% Assumed Proportion 0.29 (จากการ Pilot study) และค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Acceptable difference) มีค่า 0.058 ค่าการไม่ได้รับการตอบกลับ (Allow for lost 10 %) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 241 คน คำนวณสัดส่วนขนาดตัวอย่าง แยกตามจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละวิชาชีพ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แยกตามกลุ่มวิชาชีพ

ลำดับที่	ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	แพทย์	824	77
2	ทันตแพทย์	8	1
3	เภสัชกร	54	4
4	พยาบาล	1,650	148
5	นักเทคนิคการแพทย์	51	4
6	นักรังสีการแพทย์	50	4
7	นักกายภาพบำบัด	23	2
8	นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร	9	1
	<b>จำนวนรวม</b>	<b>2,669</b>	<b>241</b>

**วิธีการสุ่มตัวอย่าง** สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยผู้วิจัยได้นำ QR code พร้อมของที่ระลึกแจกให้กับบุคลากรทางการแพทย์ตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละหน่วยงาน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 3) ทักษะคิด แรงจูงใจและความรู้ ซึ่งใช้เกณฑ์ในการตัดสินจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ทักษะคิด ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) เป็นผู้ที่มีทัศนคติต่ออาหารจานด่วนในระดับสูง ในด้านแรงจูงใจ สร้างแบบสอบถามจากทฤษฎีส่วนประสมทางการตลาด (Marketing Mix) ประกอบไปด้วยแรงจูงใจด้าน ผลิตภัณฑ์ ราคา การส่งเสริมการตลาด และจัดจำหน่าย [13] ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป (เต็ม 5 คะแนน) เป็นผู้ที่มีแรงจูงใจต่ออาหารจานด่วนในระดับสูง และด้านความรู้ ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป (เต็ม 10 คะแนน) มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์สูง ประกอบด้วย คำศัพท์ทางโภชนาการและโภชนาการเกี่ยวกับอาหารจานด่วน เช่น อาหารจานด่วนส่วนใหญ่มีโซเดียมสูง และ 4) สัดส่วนและพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน วัดความถี่การบริโภคอาหารจานด่วนในภาพรวมและแยกรายเมนู ด้วยแบบสอบถามความถี่การบริโภค (Food Frequency Questionnaire : FFO) วัดความถี่การบริโภคอาหารหรือกลุ่มชนิดของอาหารย้อนหลังในช่วงเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลแบบตอบเองได้ เนื่องจากสามารถตอบได้ง่าย [14] จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษานี้

แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ 0.70 ในส่วนของ ทักษะคิด ความรู้และแรงจูงใจในการบริโภคอาหารจานด่วน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) คิดเป็น 0.94

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเก็บข้อมูลตามหน่วยงานต่าง ๆ โดยใช้ QR Code เพื่อแจกแบบสอบถาม online ผ่านระบบ Google form กำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 เดือน และหากไม่ได้รับการตอบกลับผู้วิจัยจะส่ง QR Code ไปตามแผนกต่าง ๆ อีกครั้ง หากไม่ตอบกลับหลังจากกระตุ้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จะถือเป็น non-respond

**การวิเคราะห์ข้อมูล** นำข้อมูลการตอบคำถามในระบบ (Google Form) เข้าโปรแกรม Microsoft Excel ตรวจสอบความถูกต้อง แปลรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 26 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ข้อมูลทั่วไปและสัดส่วนของการบริโภคอาหารจานด่วนใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสัดส่วนการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการบริโภค และทัศนคติ ความรู้ แรงจูงใจ ด้วยด้วยสถิติ เชิงอนุมาน (Inferential statistic) Chi-square Test เมื่อได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นแล้ว จึงนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regressions)

#### จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับพิจารณาเข้าข่ายการยกเว้นการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามประกาศของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับ 2178/2563 หมายเลขสำคัญโครงการวิจัย HE641205

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 97.5 (235/241) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 40 ปี มีสถานภาพสมรส โสด จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี เป็นพยาบาลมากที่สุด มีรายได้ 30,000-49,999 บาท ครั้งของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ ไม่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัว 3 อันดับแรกคือ ภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูง และโรคไต ไม่สูบบุหรี่และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างออกกำลังกาย 20-30 นาที อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยการวิ่ง เดินเร็ว และเดินแอโรบิค ทำงานเวลาปกติ (08.00-16.00 น.) มากกว่า 8 ชั่วโมง และอาศัยอยู่คนเดียว (ตารางที่ 2)

#### ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ (n=235)</b>		
ชาย	51	21.7
หญิง	184	78.3
<b>อายุ (n=235) มัธยฐาน±ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ = 32.00 ± 19.00 ปี ต่ำสุด = 23 ปี สูงสุด = 62 ปี</b>		
23 ปี - 40 ปี	158	67.2
41 ปี - 62 ปี	77	32.8
<b>สถานภาพสมรส (n=235)</b>		
โสด	137	58.3
สมรส	91	38.7
หย่าร้าง	5	2.1
แยกกันอยู่	2	0.9

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา (n=235)</b>		
ปริญญาตรี	174	74.0
ปริญญาโท	43	18.3
ปริญญาเอกหรือสูงกว่า	18	7.7
<b>อาชีพ (n=235)</b>		
แพทย์/ทันตแพทย์	78	33.2
พยาบาล	142	60.4
เภสัชกร/นักเทคนิคการแพทย์/นักรังสีทางการแพทย์/ นักกายภาพบำบัด/ นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร	15	6.4
<b>รายได้ (n=233) มัธยฐาน± ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ = 30,000±23,500 บาท ต่ำสุด = 12,000 บาท สูงสุด = 180,000 บาท)</b>		
12,000-29,999 บาท	63	27.0
30,000-49,999 บาท	102	43.8
50,000-69,999 บาท	42	18.0
≥ 70,000 บาท	26	11.2
<b>ดัชนีมวลกาย (BMI) (n = 234)</b>		
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (Underweight)	22	9.4
น้ำหนักตามเกณฑ์ (Normal weight)	121	51.7
น้ำหนักเกินเกณฑ์ (Overweight)	50	21.4
อ้วนระดับ 1 ( Obesity type I)	29	12.4
อ้วนระดับ 2 (Obesity type II)	12	5.1
<b>มีโรคประจำตัว (n=235)</b>		
มี	60	25.5
ไม่มี	175	74.5
<b>สูบบุหรี่ (n=235)</b>		
ใช่	5	2.1
ไม่ใช่	230	97.9
<b>ออกกำลังกาย (n=235)</b>		
ใช่	137	58.3
ไม่ใช่	98	41.7
<b>ลักษณะการทำงาน (n=235)</b>		
ทำงานเป็นกะ	95	40.4
ทำงานเวลาปกติ (8.00-16.00)	140	59.6
<b>ชั่วโมงการทำงาน (n=235)</b>		
8 ชั่วโมง	56	23.8
มากกว่า 8 ชั่วโมง	179	76.2
<b>รูปแบบการอยู่อาศัย (n=235)</b>		
อาศัยอยู่คนเดียว	106	45.1
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	129	54.9

## 2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ในการศึกษารั้งนี้ พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบอาหารเองไม่เป็นประจำ (บริโภคน้อยกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์) ขณะที่มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างซื้ออาหารบริโภคเป็นประจำ (ตั้งแต่ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ขึ้นไป) และมีเพียง 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างที่ซื้ออาหารบริโภคไม่เป็นประจำ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์

การประกอบอาหารหรือการซื้ออาหารบริโภค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการประกอบอาหารเอง (n=231)		
เป็นประจำ ( $\geq 4$ ครั้ง/เดือน)	49	21.2
ไม่เป็นประจำ (<4 ครั้ง/เดือน)	182	78.8
ความถี่ในการซื้ออาหารบริโภค (n=232)		
เป็นประจำ ( $\geq 4$ ครั้ง/เดือน)	152	65.5
ไม่เป็นประจำ (<4 ครั้ง/เดือน)	80	34.5

## 3. ทักษะคิด แรงจูงใจและความรู้ ในการบริโภคอาหารจานด่วน

ในการศึกษารั้งนี้ ด้านทักษะคิดต่ออาหารจานด่วนพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด ในข้อ อาหารจานด่วนรับประทานได้สะดวก รองลงมาคือ หาซื้อได้ง่าย และ เหมาะกับช่วงเวลาเร่งรีบ ขณะที่เห็นด้วยน้อยที่สุดในข้อ อาหารจานด่วนเป็นอาหารของคนมีฐานะ ด้านแรงจูงใจต่อการบริโภคอาหารจานด่วนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจจาก การมีบริการส่งอาหาร (Delivery) มากที่สุด รองลงมาคือมีเวลาจำกัด และ หาซื้อได้ง่าย ขณะที่ได้รับแรงจูงใจจากการรับประทานร่วมกับเพื่อนหรือครอบครัว และการรับประทานในโอกาสพิเศษ น้อยที่สุด และด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการอาหารจานด่วน พบว่า ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ไขมัน LDL หมายถึง Low Density Lipoprotein ในขณะที่ตอบถูกน้อยที่สุดในข้อ การรับประทานอาหารจานด่วนทำให้ร่างกายได้รับใยอาหารน้อย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ทักษะคิด แรงจูงใจ และความรู้เกี่ยวกับอาหารจานด่วน

ทักษะคิดเกี่ยวกับอาหารจานด่วน (n=235)	Mean (SD)	แปรผล
อาหารจานด่วนรับประทานได้สะดวก	4.28 (0.72)	มากที่สุด
อาหารจานด่วนเป็นอาหารที่หาซื้อได้ง่าย	4.27 (0.72)	มากที่สุด
อาหารจานด่วนเหมาะกับช่วงเวลาเร่งรีบ	4.21 (0.81)	มากที่สุด
อาหารจานด่วนมีความหลากหลาย	3.54 (0.88)	มาก
อาหารจานด่วนเป็นอาหารที่มีสีสันท่าบริโภค	3.54 (0.83)	มาก
อาหารจานด่วนมีรสชาติอร่อย	3.50 (0.76)	มาก
อาหารจานด่วนสามารถบริโภคเป็นอาหารจานหลัก	3.40 (1.01)	ปานกลาง
อาหารจานด่วนเป็นอาหารมีสารอาหารครบถ้วน 5 หมู่	3.10 (2.92)	ปานกลาง
อาหารจานด่วนทำให้ดูเป็นคนรุ่นใหม่ ทันสมัย	3.02 (1.07)	ปานกลาง
อาหารจานด่วนเป็นอาหารของคนมีฐานะ	2.68 (0.89)	ปานกลาง
แรงจูงใจในการบริโภคอาหารจานด่วน (n=235)	Mean (SD)	แปรผล
มีบริการส่งอาหาร (Delivery)	4.30 (0.77)	มากที่สุด
มีเวลาจำกัด	4.29 (0.76)	มากที่สุด
หาซื้อได้ง่าย	4.24 (0.76)	มากที่สุด
มีโปรโมชั่น	4.11 (0.86)	มาก
มีการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่าง ๆ	3.97 (0.89)	มาก

**ตารางที่ 4** ทักษะจิตใจ และความรู้อันเกี่ยวกับอาหารจานด่วน (ต่อ)

แรงจูงใจในการบริโภคอาหารจานด่วน (ต่อ) (n=235)	Mean (SD)	แปลผล
เป็นอาหารที่ถูกจัดไว้ให้	3.84 (0.95)	มาก
กลับจากการทำงานอย่างหนัก	3.58 (1.01)	มาก
มีราคาเหมาะสมเมื่อเทียบกับคุณภาพที่ได้รับ	3.54 (0.93)	มาก
มีความชอบเป็นส่วนตัว	3.43 (0.91)	มาก
รับประทานร่วมกับเพื่อนหรือครอบครัว	3.31 (0.96)	ปานกลาง
รับประทานในโอกาสพิเศษ	3.19 (1.05)	ปานกลาง
ความรู้เรื่องคำศัพท์ทางโภชนาการและโภชนาการเกี่ยวกับอาหารจานด่วน (n=231)	ตอบถูก จำนวน(คน)	ร้อยละที่ตอบถูก
ไขมัน LDL หมายถึง Low Density Lipoprotein	207	88.1
อาหารจานด่วนส่วนใหญ่จะมี คาร์โบไฮเดรต ไขมัน สูง ถ้าบริโภคเป็นประจำ และไม่ออกกำลังกาย จะทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น	203	87.5
อาหารจานด่วนส่วนใหญ่มีโซเดียมสูง	202	86.7
อาหารจานด่วนประเภททอดส่วนใหญ่มีไขมันทรานส์	194	82.9
ใยอาหาร หมายถึง ส่วนประกอบที่เป็นกากอาหารของพืช ผัก ผลไม้ ธัญพืช และเมล็ดพันธุ์ ซึ่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้ไม่สามารถย่อยสลายได้	188	80.3
การรับประทานอาหารจานด่วน ลดไขมัน LDL เพิ่ม HDL	174	74.4
อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง สูญเสียคุณค่า(วิตามิน เกลือแร่)	168	71.5
ไปจากการแปรรูป		
ไขมันทรานส์ หมายถึง กรดไขมันไม่อิ่มตัว สามารถพบได้ทั้งในธรรมชาติ และจากกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนลงในน้ำมัน	167	71.1
การรับประทานอาหารจานด่วนช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ	160	68.4
การรับประทานอาหารจานด่วนทำให้ร่างกายได้รับใยอาหารน้อย	159	67.7

#### 4. สัดส่วนและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน

ในการศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ ร้อยละ 38.29 (95%CI 32.12, 44.87) โดยนิยมซื้ออาหารจานด่วนจากบริการจัดส่งอาหาร (Delivery) และบริโภคอาหารจานด่วนในมือเพียง (ตารางที่ 5) อาหารจานด่วนที่ได้รับความนิยมสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้าวเหนียวไก่ทอด ข้าวเหนียวหมูปั้น และข้าวเหนียวหมูทอด

**ตารางที่ 5** ความถี่และสัดส่วนการบริโภคอาหารจานด่วนของบุคลากรทางการแพทย์

สัดส่วนในบริโภคอาหารจานด่วนจานด่วน* (N=235)				
ความถี่ของการบริโภคอาหารจานด่วน	จำนวน	สัดส่วนการบริโภค	จำนวน	95%CI
ในรอบ 1 เดือน	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	
ไม่บริโภค	3 (1.3)	ไม่บริโภค	3 (1.27)	0.33, 3.99
แทบจะไม่ (0-1 ครั้ง/เดือน)	15 (6.4)	บริโภคไม่เป็นประจำ	142 (60.42)	53.84, 66.67
นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง/เดือน)	5 (2.4)			
บางครั้ง (1-3 ครั้ง/สัปดาห์)	72 (30.6)			
ค่อนข้างบ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	61 (26.0)	บริโภคเป็นประจำ	90 (38.29)	32.12, 44.87
บ่อยครั้ง (1->1 ครั้ง/วัน)	29 (12.3)			

### 5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Bivariate analysis) พบว่าปัจจัยด้าน อายุ แผนกที่ปฏิบัติงานของพยาบาล เงินเดือน โรคประจำตัว การออกกำลังกาย ลักษณะการทำงาน ชั่วโมงการทำงาน รูปแบบการอยู่อาศัย การประกอบอาหารเอง การซื้ออาหารบริโภค การเลือกอาหาร ลักษณะการปรุงอาหาร ทักษะคิด ความรู้ และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 6)

เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.025$ ) มาวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงซ้อน (Multivariate analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัยกวน คือ การออกกำลังกาย การประกอบอาหาร การซื้ออาหาร และแรงจูงใจในการบริโภคอาหารจานด่วน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำของบุคลากรทางการแพทย์

ปัจจัย	การบริโภคอาหารจานด่วน			Odds Ratio	95%CI	P-value
	เป็นประจำ (ร้อยละ)	ไม่บริโภค/ บริโภคไม่เป็นประจำ (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)			
<b>เพศ (n=235)</b>						
ชาย	18 (35.3)	33 (64.7)	51 (100.0)	0.848	0.445, 1.619	0.618
หญิง	72 (39.1)	112 (60.9)	184 (100.0)			
<b>อายุ (n=235)</b>						
23 ปี - 40 ปี	69 (43.7)	89 (56.3)	158 (100.0)	2.067	1.144, 3.737	0.015*
41 ปี - 62 ปี	21 (27.3)	56 (72.7)	77 (100.0)			
<b>สถานภาพสมรส (n=235)</b>						
โสด,หย่าร้าง,หม้าย	62 (43.1)	82 (56.9)	144 (100.0)	1.701	0.978, 2.961	0.059
แต่งงาน	28 (30.8)	63 (69.2)	91 (100.0)			
<b>ระดับการศึกษา (n=235)</b>						
ปริญญาตรี	72 (41.4)	102 (58.6)	174 (100.0)	1.683	0.900, 3.158	0.101
สูงกว่าปริญญาตรี	18 (29.5)	43 (70.5)	61 (100.0)			
<b>อาชีพ (n=235)</b>						
แพทย์/ทันตแพทย์	29 (37.2)	49 (62.8)	78 (100.0)	1.182	0.3685, 4.166	0.871
พยาบาล	56 (39.4)	86 (60.6)	142 (100.0)	1.300	0.4244, 4.411	
- แผนกผู้ป่วยใน	44 (46.3)	51 (53.7)	95 (100.0)	2.373	1.094, 5.145	0.027*
- แผนกผู้ป่วยนอก	12 (26.7)	33 (73.3)	45 (100.0)			
เทคนิคการแพทย์/เภสัช	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (100.0)	1.00		
กายภาพบำบัด/โภชนาการ/รังสีเทคนิค						
<b>เงินเดือน (n=233)</b>						
<30,000	34 (54.0)	29 (46.0)	63 (100.0)	2.387	1.323, 4.304	0.003*
≥ 30,000	56 (32.9)	114 (67.1)	170 (100.0)			
<b>ภาวะโภชนาการ (BMI) (n=234)</b>						
BMI < 23	56 (39.2)	87 (60.8)	143 (100.0)	1.079	0.627, 1.864	0.783
BMI ≥ 23	34 (37.4)	57 (62.6)	91 (100.0)			
<b>โรคประจำตัว (n=235)</b>						
มี	23 (29.5)	55 (70.5)	78 (100.0)	0.563	0.311, 1.002	0.050*
ไม่มี	67 (42.7)	90 (57.3)	157 (100.0)			

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำของบุคลากรทางการแพทย์ (ต่อ)

ปัจจัย	การบริโภคอาหารจานด่วน			Odds Ratio	95%CI	P-value
	เป็นประจำ (ร้อยละ)	ไม่บริโภค/ บริโภคไม่เป็นประจำ (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)			
<b>การสูบบุหรี่ (n=235)</b>						
สูบบุหรี่	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)	1.075	0.126, 7.362	0.937
ไม่สูบบุหรี่	88 (38.3)	142 (61.7)	230 (100)			
<b>การออกกำลังกาย (n=235)</b>						
ใช่	42 (30.7)	95 (69.3)	137 (100.0)	0.462	0.268, 0.791	0.004*
ไม่ใช่	48 (49.0)	50 (51.0)	98 (100.0)			
ความถี่ในการออกกำลังกาย 20-30 นาที						
- อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์	17 (30.4)	39 (69.6)	56 (100.0)	1.000		0.979
- อย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์	10 (31.3)	22 (68.8)	32 (100.0)	1.042	0.395, 2.682	
- อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	14 (29.2)	34 (70.8)	48 (100.0)	0.945	0.399, 2.216	
<b>ลักษณะการทำงาน (n=235)</b>						
ทำงานเป็นกะ	44 (46.3)	51 (53.7)	95 (100.0)	1.759	1.028, 3.018	0.037*
ทำงานปกติ (8.00-16.00 น.)	46 (32.9)	94 (67.1)	140 (100.0)			
<b>ชั่วโมงการทำงานต่อวัน (n=235)</b>						
มากกว่า 8 ชั่วโมง	76 (42.5)	103 (57.5)	179 (100.0)	2.206	1.137, 4.447	0.019*
เท่ากับ 8 ชั่วโมง	14 (25.0)	42 (75.0)	56 (100.0)			
<b>รูปแบบการอยู่อาศัย (n=235)</b>						
อยู่กับผู้อื่น	41 (31.8)	88 (68.2)	129 (100.0)	0.543	0.318, 0.925	0.023*
อยู่คนเดียว	49 (46.2)	57 (53.8)	106 (100.0)			
<b>ประกอบอาหารเอง (n=231)</b>						
เป็นประจำ (>4/week)	7 (14.3)	42 (85.7)	49 (100.0)	0.218	0.086, 0.495	<0.001*
ไม่เป็นประจำ	79 (43.4)	103 (56.6)	182 (100.0)			
<b>ซื้ออาหารบริโภค (n=232)</b>						
เป็นประจำ (>4/week)	74 (48.7)	78 (51.3)	152 (100.0)	4.087	2.171, 7.998	<0.001*
ไม่เป็นประจำ	15 (18.8)	65 (81.3)	80 (100.0)			
<b>ทัศนคติ (n=234)</b>						
สูง (คะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไป)	24 (49.0)	25 (51.0)	49 (100.0)	1.741	0.917, 3.307	0.084
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 4)	66 (35.5)	120 (64.5)	186 (100.0)			
<b>ความรู้ (n=235)</b>						
เพียงพอ (คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป)	54 (34.2)	104 (65.8)	158 (100.0)	0.593	0.339, 1.036	0.063
ไม่เพียงพอ (คะแนนน้อยกว่า 8)	36 (46.8)	41 (53.2)	77 (100.0)			
<b>แรงจูงใจ (n=235)</b>						
สูง (คะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไป)	47 (50.0)	47 (50.0)	94 (100.0)	2.271	1.323, 3.92	0.003*
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 4)	43 (30.5)	98 (69.5)	141 (100.0)			

\*P<0.05

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำของบุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์แบบพหุ  
ถดถอยโลจิสติก

ปัจจัย		AOR	95%CI	P-value
อายุ	(20 ปี – 40 ปี/41-60 ปี)	1.218	0.544, 2.725	0.631
เงินเดือน	(<30,000 / ≥30,000 บาท)	1.861	0.945, 3.663	0.072
การออกกำลังกาย	(ใช่/ไม่ใช่)	0.482	0.258, 0.900	0.022 <sup>a</sup>
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	(มากกว่า 8 ชั่วโมง/ 8 ชั่วโมง)	2.249	1.008, 5.015	0.048 <sup>a</sup>
รูปแบบการอยู่อาศัย	(อยู่กับผู้อื่น/อยู่คนเดียว)	0.856	0.433, 1.696	0.675
ประกอบอาหารเอง	(เป็นประจำ/ไม่เป็นประจำ)	0.384	0.148, 0.993	0.048 <sup>a</sup>
การซื้ออาหาร	(เป็นประจำ/ไม่เป็นประจำ)	3.014	1.470, 6.178	0.003 <sup>a</sup>
แรงจูงใจ	(มีแรงจูงใจสูง/มีแรงจูงใจต่ำ)	1.948	1.049, 3.618	0.035 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>p<0.05

## อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีอัตราตอบกลับร้อยละ 97.5 เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ QR code ซึ่งเหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระงานมาก ต้องการความสะดวกรวดเร็ว ทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับค่อนข้างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Podichetty และคณะ ที่พบว่า ร้อยละ 97 ของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงอินเทอร์เน็ต [15]

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาล เพศหญิง สถานภาพโสด อายุ 23-40 ปี เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล และโดยทั่วไปแล้วอาชีพพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

### สัดส่วนการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำของบุคลากรทางการแพทย์

มากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 38) ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีสัดส่วนการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kunene และ Taukobong ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ประเทศแอฟริกาใต้บริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ ร้อยละ 37 [16] เนื่องจากอาหารจานด่วนส่วนใหญ่เป็นอาหารตะวันตก สะดวก และที่สำคัญหารับประทานได้ง่ายเช่นเดียวกัน

เมนูอาหารที่บุคลากรทางการแพทย์รับประทานมากที่สุดคือ ข้าวเหนียวไก่ทอด ข้าวเหนียวหมูปั่น ข้าวเหนียวหมูทอด สอดคล้องกับการศึกษาของ อาชิระ สุทธิธนกุล ที่พบว่าอาหารจานด่วนที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในผู้บริโภคเขตกรุงเทพมหานคร คือ ไก่ทอด [17] โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกอาหารจากรสชาติ คุณค่า และความสะดวกตามลำดับ ชอบอาหารรสชาติ จืด เผ็ด และเค็มตามลำดับ ชอบบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยกรรมวิธี ย่าง/ปิ้ง/อบ ผัด และทอดตามลำดับ ส่วนใหญ่บริโภคอาหารจานด่วนในมือเที่ยง ผ่านบริการจัดส่งอาหาร (Delivery) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏภัทร [8] ที่พบว่า กลุ่มผู้บริโภคที่ใช้บริการจัดส่งอาหาร (Delivery) นิยมสั่งอาหารจานด่วนมากที่สุด ร้อยละ 35.23

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

การศึกษานี้พบว่า การออกกำลังกาย ชั่วโมงการทำงาน การประกอบอาหารเอง การซื้ออาหารบริโภค และแรงจูงใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

บุคลากรทางการแพทย์ที่ออกกำลังกายจะบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรราว อรุณรังสีเวช และคณะ ที่พบว่า การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีมีแนวโน้มจะควบคุมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วย ทำให้รับประทานอาหารจานด่วนลดลง [18] และการศึกษาของ Unger และคณะ ที่พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีกิจกรรมการออก

กำลังกายลดลงมีแนวโน้มจะบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [19] นอกจากนี้ การศึกษาของ Anderson พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอมีแนวโน้มจะบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ [20]

บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงจะบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Al Hazmi และคณะ ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ทำงานหนัก มีเวลาพักที่เพียงพอ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ และ 1 ใน 3 ของบุคลากรทางการแพทย์บริโภคอาหารมากกว่าปกติ (Binge eating) หลังกลับจากการทำงาน [9]

การประกอบอาหารเป็นทางเลือกในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ผู้บริโภคสามารถเลือกวัตถุดิบได้ด้วยตนเองและทำให้อาหารที่ปรุงเองนั้นมักเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพกว่าอาหารที่ขายตามท้องตลาด อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 20.1 ของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาหารบริโภคเองเป็นประจำ (ตั้งแต่ 4 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป) เนื่องจากการทำงานหนัก มีเวลาพักผ่อนน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shah และคณะ ที่พบว่านักศึกษาแพทย์ต้องบริโภคอาหารจานด่วนเนื่องจากไม่สามารถประกอบอาหารบริโภคด้วยตนเอง [21] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thornton และคณะ ที่กล่าวว่า การบริโภคอาหารจานด่วนในกลุ่มประชากรเพศหญิงจะลดลงเมื่อเพิ่มการเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ทักษะการทำอาหาร [22]

กลุ่มตัวอย่างที่ซื้ออาหารเป็นประจำ (มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์) จะบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Moore และคณะ ที่พบว่า การเข้าถึงอาหารจานด่วนในบริเวณที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การจำกัดช่องทางการเข้าถึงอาหารจานด่วนมีการส่วนในการช่วยเหลือพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น [23] เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีเวลาจำกัด อาจต้องเลือกบริโภคอาหารจานด่วนเนื่องจากเป็นอาหารที่หาซื้อได้ง่ายและสามารถรับประทานได้สะดวก และมีจำหน่ายอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลของสถานที่ปฏิบัติงาน

แรงจูงใจในการศึกษารุ่นนี้หมายถึง สิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของผู้บริโภค อธิบายผ่านทฤษฎีส่วนประสมทางการตลาด (Marketing Mix) ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) การจัดจำหน่าย (Place) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) [24] ซึ่งพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำมากขึ้น โดยเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าแรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำมากที่สุดคือ แรงจูงใจด้านการจัดจำหน่าย รองลงมาคือ การส่งเสริมการตลาด ผลิตภัณฑ์ และราคา ตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของ ปริญาพร จันทรผล ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการให้ความสำคัญด้านผลิตภัณฑ์ มากที่สุด ซึ่งเป็นความชอบส่วนบุคคลทั้งในด้านรสชาติ คุณภาพ และลักษณะของอาหาร [25]

ในการศึกษารุ่นนี้ได้รับการตอบกลับในระดับสูง (High respond rate) แต่เนื่องจากการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ทำการศึกษา ณ ช่วงเวลาในเวลานึง เป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และอคติที่เกิดจากการลืม (Recall bias) อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารจานด่วนได้ อย่างไรก็ตามเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของบุคลากร ควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย จำกัดชั่วโมงการทำงาน เพิ่มพูนทักษะการประกอบอาหาร สนับสนุนร้านอาหารให้มีเมนูเพื่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และเสริมสร้างแรงจูงใจในการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

## ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้จัดสรรพื้นที่สำหรับจำหน่ายอาหารสุขภาพ ที่มีราคาเหมาะสม เป็นทางเลือกให้กับผู้ที่ต้องการบริโภคอาหารที่มีผักและผลไม้มากขึ้น สร้างแรงจูงใจด้วยบริการส่งอาหาร (Delivery) และส่วนลดพิเศษ
2. ส่งเสริมให้เวชกรรมสังคม จัดกิจกรรมออกกำลังกาย โดยการวิ่ง เดินเร็ว และเดินแอโรบิก โดยจัดสรรพื้นที่สำหรับออกกำลังกายและประชาสัมพันธ์กระตุ้น และแจกรางวัลสำหรับบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม
3. ส่งเสริมให้ดำเนินนโยบายกำหนดขอบเขตชั่วโมงการทำงานและชั่วโมงพักต่อวันของบุคลากรทางการแพทย์
4. ส่งเสริมการจัดกิจกรรม workshop สอนประกอบอาหารเฉพาะโรค จากโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ช่วยประสานงานการเก็บข้อมูล จนทำให้การศึกษานี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. De Vogli R, Kouvonen A, Gimeno D. The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis. *Bull World Health Organ.* 2014; 92(2): 99-107A.
2. Puwastien P, Judprasong K, Sridonpai P, Saiwan T. Fast Foods :Franchise Foods In: David Owens, Anadi Nithithamyong, editors. Thai Composition table. Bangkok: Judthong; 2015. p. 163-171. Thai.
3. Bureau of Nutrition Department of Health. DIETARY REFERENCE INTAKE FOR THAIS 2020. Bangkok: A.V. PROGRESSIVE; 2020. p. 39. Thai.
4. Kriengsinyos W. Recommended daily Sodium intake In: Low Sodium Prolong Life. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His majesty the King; 2012. p. 4. Thai.
5. Alsabieh M, Alqahtani M, Altamimi A, Albasha A, Alsulaiman A, Alkhamshi A, et al. Fast food consumption and its associations with heart rate, blood pressure, cognitive function and quality of life. Pilot study. *Heliyon.* 2019; 5(5): e01566.
6. Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005; 365(9453): 36-42.
7. Xu H, Wu X, Wan Y, Zhang S, Yang R, Wang W, et al. Interaction effects of co-consumption of fast food and sugar-sweetened beverages on psychological symptoms: Evidence from a nationwide survey among Chinese adolescents. *J Affect Disord.* 2020; 276: 104-111.
8. Chalermdan N. Consumers' Behavior on Buying Delivery Food Via Mobile Application During New Species of Corona Virus 2019 (COVID-19) in Bangkok. *Journal of Industrial Business Administration.* 2020; 2(1): 92-106. Thai.
9. Al Hazmi T, Alghamdi A, Abdulmajeed I. Eating Habit among Healthcare Providers during Working Hours at National Guard Health Affair-Riyadh, Saudi Arabia. *IJMRHS* 2018; 7(9): 1-14.
10. Health Promotion Division. Annual report of health examination among personal in Srinagarind Hospital, faculty of medicine, Khon Kean University in 2563. Khon Kean; 2563.
11. The proportion of normal body mass index among working age population: 18-59. [internet] [update 2020 Nov 18; cited 2021 Mar 3]. Available from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/nutri1929fat?year=2020>
12. Abramson JH. WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. *Epidemiol Perspect Innov.* 2011; 8(1):1.



13. Subphonkulanan L. Type of consumer behavior. In: Thongchua P, Thongchua R, editors. Principle of Marketing: The modern Business Management Lead to successful. Bangkok; stranger book; 2015. p. 58.
14. Food and Agriculture Organization of the United Nation. Dietary assessment: A resource guide to method selection and application in low resource settings. Rome; 2018.
15. Podichetty VK, Booher J, Whitfield M, Biscup RS. Assessment of internet use and effects among healthcare professionals: a cross sectional survey. *Postgrad Med J.* 2006; 82(966): 274–279.
16. Kunene SH, Taukobong NP. Dietary habits among health professionals working in a district hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2017; 9(1): e1-e5.
17. Sutidhanakul A. Marketing mix factors affecting the purchasing decision of western fast food in bangkok. [MBA thesis]. Bangkok: Thai-Nichi Institute of Technology; 2560. Thai.
18. Arunrangsiwed P, Noonkaew R, Kosolkuppong P, Romketphikun T, Kaewprasert P, Plengudomkit K, et al. The Effect of Nutrition Knowledge and Perceived Healthiness on Fast Food Intake. *Lampang Rajabhat University Journal.* 2020; 7(1): 117–129. Thai.
19. JB, Reynolds K, Shakib S, Spruijt-Metz D, Sun P, Johnson CA. Acculturation, Physical Activity and Fast-Food Consumption Among Asian-American and Hispanic Adolescents. *J Community Health.* 2004; 29(6): 467–481.
20. Anderson B, Rafferty AP, Lyon-Callo S, Fussman C, Imes G. Fast-food consumption and obesity among Michigan adults. *Prev Chronic Dis.* 2011 Jul;8(4):A71.
21. Shah T, Purohit G, Nair SP, Patel B, Rawal Y, Shah RM. Assessment of Obesity, Overweight and Its Association with the fast-food Consumption in Medical Students. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8(5): 5–7.
22. Thornton LE, Jeffery RW, Crawford DA. Barriers to avoiding fast-food consumption in an environment supportive of unhealthy eating. *PHN.* 2013; 16(12): 2105–2113.
23. Moore LV, Diez Roux AV, Nettleton JA, Jacobs DR, Franco M. Fast-Food Consumption, Diet Quality, and Neighborhood Exposure to Fast Food: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Am J Epidemiol.* 2009; 170(1): 29–36.
24. Samrong A. Marketing Mix. Psychology of marketing and consumer: Ramkhamhaeng University Press; 2008. p. 5. Thai.
25. Janphol P. Marketing mix factors and consumption behavior of fast-food consumers at Big C Nakhon pathom supercenter [MBA thesis]. Nakhon Pathom Rajabhat University; 2012. Thai.