

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบในการศึกษาดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร
3. การประเมินภาวะโภชนาการ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะทางสุขภาพของบุคคลที่มีผลต่อเนื่องมาจากการรับประทาน อาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสมและผลของการเผาผลาญสารอาหารใน ระดับเซลล์ สารอาหารดังกล่าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เกลือแร่ วิตามินและน้ำ ภาวะโภชนาการจะปกติหรือบกพร่องนั้นขึ้นอยู่กับ การได้รับสารอาหาร การมีภาวะโภชนาการที่ดี จะช่วยให้ร่างกาย เจริญเติบโต แข็งแรง มีความต้านทานสูง การทำงานมีประสิทธิภาพ อายุยืน สุขภาพจิตดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ กระตือรือร้นและสดชื่นแจ่มใส (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) นอกจากนี้ GreenL.W., Marilyn & Joann Harry (1987) ได้สรุปว่า ภาวะโภชนาการ คือ สภาพร่างกายที่มีผลจากการใช้ประโยชน์ของสารอาหารที่ย่อยแล้วจากอาหาร ซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับสุขภาพของบุคคล ภาวะโภชนาการที่ดีเกิดจากการได้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารและมีสารอาหารที่จำเป็นครบถ้วน ภาวะโภชนาการไม่ดีเกิดจากการบริโภคอาหารที่ขาดสารอาหารก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ จะเห็นได้ว่าภาวะโภชนาการมีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของประชาชน ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศให้ประสบความสำเร็จทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2535) เนื่องจากภาวะโภชนาการ

3. คาร์โบไฮเดรต คนปกติควรได้รับคาร์โบไฮเดรตประมาณร้อยละ 50 - 55 ของพลังงานที่ใช้ต่อวัน หรือไม่น้อยกว่าวันละ 100 กรัม ควรได้รับจากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน แป้งเชิงซ้อน เช่น ก๋วยเตี๋ยว ถั่วเมล็ดแห้ง มันและข้าวกล้อง เพราะนอกจากร่างกายจะได้รับคาร์โบไฮเดรตแล้วยังได้วิตามินและแร่ธาตุอีกด้วย

4. ไขมัน ถึงแม้จะมีความสำคัญต่อสุขภาพในด้านปริมาณและคุณภาพ แต่การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากเนื้อสัตว์จะทำให้เสี่ยงต่อการมีคอเลสเตอรอลสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและความดันโลหิตสูง ปริมาณไขมันที่แนะนำให้บริโภคไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ และไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15 ของพลังงานที่ได้รับ

5. วิตามินและเกลือแร่ ผู้ใหญ่จำเป็นต้องได้รับอาหารที่ให้วิตามินและเกลือแร่ให้เพียงพอเพื่อใช้ในการเสริมสร้างเซลล์ที่สึกหรอ วิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญมีดังนี้

1) วิตามินเอ ควรได้รับวิตามินเอ วันละ 700 RE ถ้าผู้ใหญ่ขาดวิตามินเอ จะเกิดอาการบกพร่องเกี่ยวกับการปรับสายตาในที่มืด (dark adaptation) มีการเปลี่ยนแปลงของ electroretinogram มีพยาธิสภาพที่ผิวหนังเป็นแบบ ผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด (follicular hyperkeratosis)

2) วิตามินบีหนึ่ง ชายและหญิงควรได้รับวิตามินบีหนึ่งวันละ 1.4 - 1.5 มิลลิกรัม และ 1 มิลลิกรัม ตามลำดับ ความต้องการวิตามินบีหนึ่งสัมพันธ์กับพลังงานที่ใช้ เมื่อใช้พลังงานมากก็จำเป็นต้องได้รับวิตามินบีหนึ่งเพิ่มมากขึ้นด้วย

3) วิตามินบีสอง ความต้องการวิตามินบีสอง สัมพันธ์กับพลังงานที่ใช้ ชายและหญิง ควรได้รับวันละ 1.6-1.7 มิลลิกรัม และ 1.2 มิลลิกรัม ตามลำดับ

4) วิตามินซี ต้องการวันละ 60 มิลลิกรัม ถ้าขาดอาจเกิดโรคเลือดออกตามหลอดเลือดฝอยต่างๆ

5) เหล็ก ในวันหนึ่งๆ ร่างกายต้องการเหล็กปริมาณน้อย เพราะมีการสูญเสียเหล็กเพียงเล็กน้อยทางเหงื่อและปัสสาวะ (ประมาณวันละ 1.2 มิลลิกรัม) จึงแนะนำให้ผู้ชายได้รับเหล็กวันละ 10 มิลลิกรัม และผู้หญิงได้รับวันละ 15 มิลลิกรัม เพื่อชดเชยกับเหล็กที่เสียไปกับการมีประจำเดือน

6) แคลเซียม ต้องการวันละ 800 มิลลิกรัม ได้จากน้ำนม ปลาเล็กปลาน้อย ที่กินได้ทั้งกระดูกและผักใบเขียว

ความต้องการอาหารในวัยผู้ใหญ่ นั้น ออบเชย วงศ์ทอง(2541) ให้ข้อเสนอแนะว่า วัยผู้ใหญ่เริ่มตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ในวัยนี้ร่างกายจะไม่มีการสร้างเสริมการเจริญเติบโตอีก แต่ยังมีการสร้าง

เซลล์ต่างๆเพื่อรักษาสมรรถภาพการทำงานในร่างกายให้คงที่ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการทำงานของเซลล์ต่างๆจะลดลงเรื่อยๆ ส่วนจะลดลงมากหรือน้อยเพียงใดนั้นเป็นผลมาจากภาวะโภชนาการและการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ในผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการดี สุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีสภาวะแวดล้อมไม่เครียดจนเกินไป เซลล์ต่างๆ ของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆหรือเป็นไปตามธรรมชาติ ในทางตรงกันข้าม หากวัยนี้มีภาวะโภชนาการไม่ดีจะส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร

วศินา จันทรศิริ (2539) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วยความเชื่อ ค่านิยม รวมกันเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถ่ายทอดกันมาเป็นกฎบังคับหรือบรรทัดฐานทางสังคม เพื่อให้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมถูกต้อง ว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่สำคัญในชีวิต เครื่องแต่งกายประเภทไหนที่ต้องสวมใส่ ต้องรับประทานอะไร ชื้อหรือบริโภคอะไร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยอันเกิดจากวัฒนธรรมทั้งสิ้น รวมทั้งความแตกต่างของระดับชั้นในสังคมที่ทำให้พฤติกรรมการณ์ซื้อของผู้บริโภคแตกต่างกันไปตามวิถีทางการดำเนินชีวิตของคนในแต่ละสังคม

2. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ กลุ่มอ้างอิงและครัวเรือน เนื่องจากกลุ่มที่คนเราต้องเกี่ยวข้องกับอยู่เป็นประจำ กลายเป็นกลุ่มอ้างอิงโดยไม่รู้ตัว เช่น กลุ่มเพื่อนและครอบครัว เป็นต้น หรือกลุ่มบุคคลชั้นนำทำให้มีการเลียนแบบในการบริโภคสินค้าและบริการเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัวถือว่ามีอิทธิพลมากที่สุดต่อทัศนคติ ความคิดและค่านิยมของบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการณ์ซื้อของครอบครัว ดังนั้นผู้ผลิตจึงให้ความสนใจเกี่ยวกับลักษณะที่สำคัญของครอบครัวเป็นพิเศษ คือขนาดของครอบครัว บทบาทในการตัดสินใจในครอบครัว เพื่อวิเคราะห์ว่าในการซื้อมีใครบ้างที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจซื้อ

3. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ผู้บริโภคยังได้รับอิทธิพลจากขบวนการด้านจิตวิทยา ซึ่งเกิดจากการรับรู้ การรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการณ์เลือกซื้อของผู้บริโภคด้วยเหตุนี้ นักการตลาดจึงใช้แนวทางด้านจิตวิทยามาเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและการจำหน่ายด้วยการโฆษณาให้เกิดการรับรู้และการกระตุ้นใจให้เกิดการซื้อ ความเชื่อและทัศนคติจะเกิดต่อเนื่องกัน

4. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะของผู้บริโภคเป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้บริโภคสินค้าหรือบริการว่าเป็นคนกลุ่มใด เพศ รายได้ การศึกษา ความต้องการ บุคลิก ความเชื่อ ค่านิยม

วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป้าหมายของชีวิต แหล่งที่อยู่ ชนชั้นหรือกลุ่มในสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของบุคคลได้ตลอดเวลา

นิธิยา รัตนาปนนท์ และวิบูลย์ รัตนาปนนท์ (2537) ให้ข้อมูลว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคมีดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา ความผิดปกติของการย่อยและการดูดซึมอาหารหรือเมตาบอลิซึมภายในร่างกายผิดปกติจะมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร ซึ่งสังเกตได้ว่าในฤดูหนาวคนทั่วไปจะรู้สึกหิวเร็วและรับประทานอาหารได้มาก แต่ในฤดูร้อนคนทั่วไปไม่มีความอยากรับประทานอาหาร
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจ จิตใจมีอิทธิพลต่อการกินอาหารทำให้มีผลต่อศูนย์อิ่มและศูนย์หิวทั้งทางตรงและทางอ้อม
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับการบริโภคอาหารนั้นยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เพราะบางคนรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นหลังจากการออกกำลังกาย บางคนไม่เปลี่ยนแปลง การรับประทานอาหารจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ขึ้นอยู่กับความถี่ของการรับประทาน

นอกจากนี้ วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์ (2541) ได้สรุปถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับแนวคิดของ Green, Kreuter, Deeds & Partridge (1980) ที่สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีอยู่หลายด้านซึ่งล้วนแล้วแต่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ปัจจัยภายนอก (External Influences) และปัจจัยภายใน (Internal Influences) ดังต่อไปนี้

ปัจจัยภายนอก (External Influences) ได้แก่ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยม กลุ่มอ้างอิง เช่น กลุ่มเพื่อน ครอบครัว สื่อสารมวลชน รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนและส่งเสริมจากชุมชนที่อาศัยอยู่ โรงเรียนหรือสถานศึกษา และองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีรายละเอียดพอสังเขปต่อไปนี้

เศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของสมาชิกในครอบครัวด้วย ข้อมูลจากสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา ค่าใช้จ่ายรวมด้านอาหารของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยมีมูลค่าการซื้ออาหารพวกข้าวและแป้งมาก มาเป็นการซื้ออาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นมและเนย มากขึ้นทั้งในเขตชนบทและ

ในเมือง ผู้ที่มีรายได้สูงหันไปสนใจซื้ออาหารที่มีราคาแพงมารับประทาน ทำให้เกิดค่านิยมและรสนิยมใหม่ๆ ตามมาด้วย เช่น การซื้อผลไม้ต่างประเทศมารับประทาน หรือใช้เป็นของฝากของเยี่ยมรวมทั้งรับประทานแทนผลไม้ที่มีในพื้นที่

วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีและค่านิยม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินนั้น มีอยู่หลายด้าน ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เพราะหากเป็นไปในทางที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมก็จะก่อให้เกิดปัญหาต่อภาวะโภชนาการและปัญหาสุขภาพทั้งสิ้น ในอดีตประชากรของประเทศมีจำนวนน้อย การศึกษาและการให้บริการทางการแพทย์หรืออื่นๆ ยังไม่เจริญรุดหน้าอย่างเช่นในปัจจุบัน เพราะฉะนั้นปัจจัยด้านวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อและค่านิยมที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการกิน แม้จะสัมพันธ์เชื่อมโยงและสืบทอดกันมา แต่ก็มี ความแตกต่างกันทั้งในอดีตและปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคแต่ละสมัย ซึ่งอาจจะมากบ้างน้อยบ้างตามกระแสของสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยดังกล่าวนี้ อีกทอดหนึ่ง นอกจากนี้ความแตกต่างของพฤติกรรมการกินที่มีผลจากปัจจัยเหล่านี้ยังมีความแตกต่างกันระหว่างสังคมเมืองกับสังคมชนบทอีกด้วย ทั้งนี้เพราะ ความเจริญด้านต่างๆ ไม่เท่าเทียมกัน เมื่อก่อนคนในชนบทส่วนใหญ่จะทำอาหารจากแหล่งธรรมชาติ แต่ปัจจุบันมีการพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูปเป็นส่วนใหญ่ทำให้รูปแบบของวัฒนธรรม ประเพณีการกินเปลี่ยนแปลงไป การศึกษาในเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่และยากที่จะระบุชัดเจนว่าควรเริ่มต้นในเรื่องใดก่อน เพราะทุกเรื่องมีความเชื่อมโยงกันดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

คนไม่ว่าในยุคใดจะมีความเชื่อว่าอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต และมีอีกส่วนหนึ่งที่เข้าใจว่าอาหารเป็นพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นความเชื่อและความเข้าใจที่ถูกต้อง คนในหลายสังคมซื้ออาหารเป็นสัญลักษณ์ของพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อของตน เมื่อมีความเชื่อก็ถือปฏิบัติจนกลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีและสิ่งที่สืบทอดกันมาในชั่วอายุ หรือหลายชั่วอายุคนจนเป็นวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ อาจก่อให้เกิดความเชื่อขึ้นได้ ความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละสังคมจะแตกต่างกันออกไป ซึ่งล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการกินเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการเลือกซื้อชนิดของอาหาร การจัดอาหารหรือรูปแบบการกิน และความเชื่อบางอย่างมีกฎเกณฑ์จนกลายเป็นข้อห้ามซึ่งก็แตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและกลุ่มอายุ ความรุนแรงของข้อห้ามในเรื่องอาหารนี้ขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อของกลุ่มคนในสังคมนั้นๆ

ส่วนค่านิยมเป็นการให้ค่าของสิ่งนั้นๆ ในเรื่องอาหาร ค่านิยมมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการกินแม้จะมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรมการกินของสังคมนั้นๆ ไปแล้วแต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลง หรือลดหย่อนในด้านความเคร่งครัดของวัฒนธรรมนั้นได้ ทั้งนี้

เนื่องจากค่านิยมมีอิทธิพลมาจากกระแสของสังคมและความเจริญด้านเทคโนโลยีต่างๆ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน เคยมีผู้กล่าวว่า พฤติกรรมการกินเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมานานยากที่จะปรับเปลี่ยนได้ หรือจะต้องใช้เวลานานและจะต้องดำเนินการให้อยู่ในวิถีชีวิตของคนกลุ่มนั้น จึงจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่ในปัจจุบันพฤติกรรมการกินอาหารบางอย่างสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยง่าย เพียงเพราะคนบางกลุ่มมีค่านิยมว่าเป็นเรื่องโก้หรูเป็นอาหารของคนมีระดับ (สูง) ตามกระแสของการโฆษณาประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะความเชื่อที่ส่งผลถึงค่านิยมด้านอาหารเพื่อสุขภาพด้วยแล้ว ยิ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้องได้ง่าย

ตัวอย่างค่านิยมที่ไม่พึงประสงค์ เป็นความเชื่อของคนในชนบทซึ่งไม่นิยมคิมนม เพราะมีความเชื่อและมีค่านิยมว่า นมเป็นอาหารสำหรับเด็กทารกเท่านั้น หากใครคิมนมจะถูกมองว่าเป็นเด็กหรือเป็นคนอ่อนแออาจถูกหัวเราะเยาะได้ ส่วนคนในสังคมเมืองคิมนมกันมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะวัยรุ่น เพราะเข้าใจและตระหนักถึงประโยชน์ของนมที่มีต่อร่างกาย ปัจจุบันในชนบทเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมนี้ อันเนื่องมาจากได้รับอิทธิพลการโฆษณาประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ ทั้งจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ผลิตซึ่งต้องการกระจายผลผลิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้บริโภคอย่างทั่วถึง รวมทั้งอาหารเพื่อสุขภาพจำนวนมากที่มีโฆษณาตามสื่อต่างๆ ปัจจุบันมีผู้นิยมซื้อนมบริโภคในราคาที่ค่อนข้างแพง เพราะมีความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีแข็งแรงมีผลต่อการเรียนและการทำงานตามรูปแบบการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ความเชื่อเช่นนี้ได้ขยายวงกว้างออกไปอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นธรรมเนียมประเพณี ว่าหากต้องการให้คนที่ตนรักและนับถือมีสุขภาพที่ดีต้องจัดหาอาหารเพื่อสุขภาพมาให้รับประทาน ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงแล้วสุขภาพที่ดีคือการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ คือรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเพียงพอ กับความต้องการของร่างกายรวมทั้งต้องออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอด้วยจึงจะทำให้สุขภาพดีอย่างถาวร

อิทธิพลที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือเป็นวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยภายนอก คือ อิทธิพลจากวัฒนธรรมข้ามชาติ ปัจจุบันการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะในสังคมเมืองเห็นได้ชัดว่าได้รับอิทธิพลมาจากการบริโภคอาหารจากวัฒนธรรมการกินของผู้คนในประเทศตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ ทั้งประเภทอาหารบริการ รูปแบบการบริโภคและการจัดสถานที่ อาหารประเภทเร็วทันใจ (fast food) มีอยู่เกือบทั่วไปในเขตเมืองของทุกจังหวัด เป็นที่นิยมของผู้บริโภครุ่นใหม่่มากแม้จะมีราคาแพงก็ตาม แสดงให้เห็นว่าอิทธิพลของสังคมปัจจุบันที่ได้รับการถ่ายทอดวัฒนธรรมจากต่างประเทศสามารถเปลี่ยนค่านิยมของคนไทยได้โดยง่ายซึ่งทำให้คนไทยทุกกลุ่มอายุมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ กลุ่มเพื่อน ครอบครัวและสื่อ นับเป็นปัจจัยส่งเสริมและสนับสนุนจากภายนอกที่ทำให้คนมีพฤติกรรมการกินเปลี่ยนไป โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนถือว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมกรบริโภค เพราะเป็นปัจจัยโน้มน้าวที่อาจนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติที่ดีต่ออาหารและการเลือกอาหาร หรืออาจเป็นข้อเสียในรูปของการปฏิเสธไม่บริโภคอาหารหรือการเลือกรับประทานอาหารที่อยู่ในความนิยม พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อาจเกิดขึ้นในสังคมเพื่อน เนื่องจากการกระทำตามอย่างกันในกลุ่มเพื่อน ค่านิยมในการบริโภคอาหารตามร้าน Fast Food ตามแบบอย่างตะวันตก เพราะเห็นว่าเป็นสิ่งที่บอกถึงความทันสมัย บางคนเห็นเพื่อนดื่มนมก็ดื่มตาม หรือเมื่อเพื่อนไม่รับประทานผักตนเองก็ไม่รับประทานด้วย เป็นต้น การเลียนแบบมักเกิดขึ้นกับเด็กเล็กและวัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่

ครอบครัว โดยเฉพาะ พ่อแม่ ถือว่ามีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัย เพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่างๆ ให้แก่บุตร รวมทั้งการปฏิบัติและพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ก้วน ขาวหนู (2534) ได้กล่าวไว้ว่า ครอบครัวจะถ่ายทอดหรือสื่อสารเรื่องราวต่างๆ ในขอบเขตจำกัด ในสิ่งที่เขาเชื่อ ในสิ่งที่เขารู้ สิ่งที่เขากระทำและสิ่งที่เขารู้สึก เพราะฉะนั้นแต่ละครอบครัวจะถ่ายทอดหรือให้ความรู้ในลักษณะที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในสังคมที่มีขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมเดียวกันก็ตาม การถ่ายทอดเป็นสิ่งสำคัญเพราะลูกจะได้ทั้งความมีเหตุผล และการแสดงออกซึ่งอารมณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ รวมทั้งทัศนคติในการยอมรับหรือปฏิเสธความชอบหรือไม่ชอบในอาหารนั้นๆ พ่อแม่จะเหมือนเป็นตัวอย่างแก่ลูก เช่น พ่อแม่ที่ชอบรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ลูกก็มักจะชอบรับประทานและคุ้นเคยกับอาหารสุกๆ ดิบๆ ไปด้วย

สื่อ โลกปัจจุบันถือว่าเป็นโลกแห่งการใช้ข้อมูลข่าวสารที่แท้จริง ผู้ประกอบธุรกิจต่างให้ความสนใจต่อการเลือกใช้ช่องทางส่งข่าวสารมาก เพื่อเจาะให้ถึงกลุ่มเป้าหมายทางการตลาด โดยเฉพาะการโฆษณาสินค้าทางโทรทัศน์ซึ่งเป็นช่องทางที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด เพราะเสนอได้อย่างรวดเร็วและแพร่กระจายทั่วถึงผู้บริโภค โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของสินค้าอุปโภคบริโภค ซึ่งล้วนแต่เป็นสินค้าฟุ่มเฟือยหรืออาหารที่ไม่มีประโยชน์ในด้านโภชนาการ เช่น อาหารประเภทที่ให้น้ำตาล ไขมันหรือพลังงานสูง อาหารที่มีโซเดียมสูง ขนมประเภทขบเคี้ยวบรรจุในซองหรือถุงที่พิมพ์อย่างสวยงาม ลูกอมหรือหมากฝรั่ง เป็นต้น จึงนับว่าสื่อต่างๆมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้าของผู้บริโภคทั้งสิ้น ผู้บริโภคบางรายยึดตามการโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่เห็นจากสื่อต่างๆ เช่นวิทยุ โทรทัศน์ นิตยสารหรือภาพยนตร์ รวมทั้งการเลียนแบบกลุ่มคนที่มีชื่อเสียงหรือบุคคล

ที่ตนเองชื่นชม เช่น ดารา นักร้อง นักแสดงและนักกีฬา เป็นต้น หรือทำตามกันหรือเอาแบบอย่างมาจากเพื่อนในกลุ่ม เป็นต้น

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ด้านความรู้และการศึกษา ตัวบุคคล ความเชื่อ การรับรู้ ทักษะพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้ ความรู้เป็นสิ่งที่บุคคลรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นส่วนประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่จูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ (กาญจนา บุตรจันทร์, 2542) ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับ และเก็บรวบรวมสะสมไว้ ตามที่ภัทรา นิคมานนท์ (2543) ได้จำแนกความสามารถในการเรียนรู้จากระดับความสามารถขั้นต่ำไปถึงสูงไว้ 6 ระดับ ดังนี้

1. ความรู้ ความจำ คือความสามารถในการระลึกได้ถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนโดยวิธีใดก็ตาม
2. ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการผสมผสานความรู้ ความจำและขยายความคิดออกไปอย่างสมเหตุสมผล โดยสามารถแปลความตีความและขยายความได้อย่างกว้างขวางถูกต้อง
3. การนำไปใช้ เป็นความสามารถนำความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เรียนรู้มาแก้ปัญหาที่แปลกใหม่ หรือสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน แต่อาจใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกับเรื่องที่เคยพบเห็นมาก่อน
4. การวิเคราะห์ เป็นความสามารถแยกแยะเรื่องราว สิ่งต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ได้ทำให้สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ สามารถค้นหาความจริงต่างๆ ได้
5. การสังเคราะห์ เป็นการนำส่วนประกอบย่อยตั้งแต่ 2 สิ่งขึ้นไปเข้าร่วมเป็นเรื่องเดียวกัน เพื่อให้เห็นโครงสร้างที่ชัดเจน แปลกใหม่จากเดิม ลักษณะคล้ายความคิดสร้างสรรค์ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แปลกใหม่ มีคุณค่าและประโยชน์
6. การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของเนื้อหาและวิธีการต่างๆ และสรุปอย่างมีหลักเกณฑ์ว่าสิ่งนั้นดี เลว เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม การประเมินค่าเป็นความสามารถในการประเมินคุณค่าของสิ่งต่างๆ ด้วยปัญญาของแต่ละคน

ดังนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การเสริมสร้างความรู้จะช่วยเสริมพฤติกรรมปฏิบัติด้วยเสมอ (พงษ์ลดา นวชัย, 2544)

ตัวบุคคล ในที่นี้หมายถึง ปัจจัยด้านตัวผู้บริโภคนั้นเกี่ยวข้องกับและสัมพันธ์กับสุขภาพ หรืออาจเกิดจากสภาวะเจ็บป่วยของผู้บริโภคเองทั้งทางร่างกายและสภาวะทางจิตใจ อาหารที่กินใน

แต่ละวัน ร่างกายจะย่อยและดูดซึมเพื่อนำไปใช้สร้างเนื้อเยื่อและส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ การเจริญเติบโต เป็นปกติและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข คนที่ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ไม่น้อยเกินไปหรือมากเกินไป แต่การย่อยและการดูดซึมไม่ดีก็อาจทำให้เป็นโรคขาดสารอาหารได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีส่วนทำให้เกิดโรคขาดสารอาหาร รวมทั้งสภาพความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้วย ภาวะโภชนาการที่ดีหมายถึงสภาวะของร่างกาย และจิตใจซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการกินอาหารและการที่ร่างกายใช้สารอาหารต่างๆ ที่กินเข้าไปให้เป็นประโยชน์ได้มากที่สุด ถ้าร่างกายสามารถใช้ประโยชน์จากอาหารที่กินเข้าไปได้มากที่สุดร่างกายก็จะสมบูรณ์ สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติสุข หมายความว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะโภชนาการดี ซึ่งจะประกอบด้วยสิ่งต่างๆ ดังนี้

- 1) มีการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจ
- 2) น้ำหนักโดยเฉลี่ยพอเหมาะกับอายุและส่วนสูง
- 3) ผิวพรรณสดใส สมบูรณ์ มีเลือดฝาดดี
- 4) กล้ามเนื้อเจริญ และร่างกายล่ำสัน รูปร่างดี
- 5) ไขมันใต้ผิวหนังมีปริมาณพอเหมาะ
- 6) เส้นผมมันเป็นเงางาม ไม่แตกปลาย
- 7) ร่าเริงมีชีวิตชีวา

วศินา จันทรศิริ (2539) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการกินอาหารว่า ในบางกรณีบุคคลมีการกินอาหารครบถ้วนในปริมาณที่เพียงพอ แต่สภาพร่างกายผิดปกติ เช่น มีความผิดปกติเกิดขึ้นในขบวนการย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่งและการเผาผลาญอาหาร อาจทำให้อาหารที่กินนั้นใช้ประโยชน์ไม่ได้ อาหารที่กินเข้าไปในร่างกายต้องอาศัยขบวนการต่างๆ ในการได้รับอาหาร ซึ่งประกอบด้วยการนำอาหารเข้าสู่ร่างกาย หรือการกินอาหาร การกลืน การย่อยอาหาร การดูดซึมและการใช้ประโยชน์ ตลอดจนการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารผิดจากปกติ แบ่งออกดังนี้

- 1) ปัจจัยที่ทำให้ร่างกายมีความต้องการอาหารเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะที่มีไข้ ทำให้การเผาผลาญอาหารมากขึ้น การออกกำลังกายหนักๆ ทำให้ร่างกายต้องการพลังงานและสารอาหารมากขึ้น การมีโรคติดเชื้อ โรคพยาธิ มีการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ สภาพแวดล้อมผิดปกติ เช่น อุณหภูมิต่ำกว่าปกติ (อุณหภูมิต่ำลง 1 องศาเซลเซียส ร่างกายจะต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 5) เมื่อเกิดความเครียด ภาวะการขาดออกซิเจน

2) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูดซึมอาหาร ได้แก่ โรคทางพันธุกรรม โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียนหรือท้องเดิน เป็นต้น โรคเกี่ยวกับตับ การใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคกินอาหารที่มีวิตามินซีต่ำ มีผลต่อการดูดซึมแคลเซียมและเหล็ก ในภาวะที่ร่างกายมีความต้องการสารอาหารมาก เช่น กำลังเติบโต มีครรภ์หรืออยู่ในระยะการพักฟื้น เป็นต้น

3) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกาย ได้แก่ การทำงานของตับผิดปกติมีโรคเนื้องอกและมะเร็ง ถ้าขาดสารอาหารที่เหมาะสมในการขนส่งสารอาหาร เช่น แอลบูมิน วิตามินดี เป็นต้น

4) ปัจจัยที่มีผลต่อการขับถ่ายสารอาหารออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายน้ำออกจากร่างกายมากผิดปกติ เช่น อาเจียน ท้องเดิน การกินยาถ่าย เป็นโรคเบาจัดหรือเบาหวาน เป็นต้น ภาวะเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น โรคไต การผ่าตัด การมีประจำเดือนมากเกินไป การออกกำลังกายและการเสียเหงื่อ เป็นต้น

ความเชื่อ เป็นการยอมรับข้อเท็จจริงต่างๆ เป็นแนวความคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อม แนวความคิดนี้เกิดจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆ มา แล้วฝังแน่นอยู่ในจิตใจทำให้เกิดความเชื่อและความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ขึ้น ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจนี้จะมีบทบาทสำคัญต่อทัศนคติของบุคคล และเป็นตัวกำหนดแนวทางหรือรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลได้ บุคคลแต่ละคนจะมีความเชื่อและความเข้าใจที่แตกต่างกันออกไป ถ้าบุคคลมีความเชื่อและความเข้าใจที่ถูกต้องและมีเหตุผล ก็มีผลทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกมาเหมาะสม ในทางกลับกัน ถ้าบุคคลนั้นมีความเข้าใจและความเชื่อที่ผิด นั้นหมายถึงความเชื่อและความเข้าใจที่เกิดจากแนวคิดซึ่งได้มาจากประสบการณ์หรือความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีเหตุผล คลุมเครือ ไม่แน่ชัด จึงทำให้บุคคลมีแนวความคิดซึ่งก่อให้เกิดความเชื่อมงายหรือความเข้าใจผิดขึ้น เช่น การรับประทานเผือกทำให้เป็นโรคเรื้อน เป็นผีห้ามรับประทานข้าวเหนียว หรือน้ำใบบับวกแก้โรคร้ำในได้ เป็นต้น ซึ่งเมื่อความเชื่อและความเข้าใจผิดนี้เกิดขึ้นแก่ผู้ใดมักจะฝังอยู่ในจิตใจอย่างเหนียวแน่น และกลายเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งยากต่อการแก้ไข ภายหลัง คนอายุน้อยๆ จะสามารถแก้ไขได้ง่ายกว่าคนที่มียุมาก

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเอาแบบจำลองพีริสดีด-โพริสดีด (PRECEDE-PROCEED Model) ของ Green & Kreuter (1991) มาเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีแนวคิดที่สำคัญว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายๆ ด้านประกอบกัน โดย

จะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เสียก่อน จึงจะสามารถนำมาวางแผนและกำหนดวิธีการที่ต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำว่า PRECEDE นี้เป็นคำย่อมาจากข้อความเต็มว่า Predisposing Reinforcing and Enabling Cause in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง การใช้ปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเสริม (Reinforcing) และปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling) ในการวินิจฉัยและประเมินผลทาง พฤติกรรมนั่นเอง

PEDCEDE-PROCEED Model สามารถนำไปใช้ในงานสุขศึกษาได้อย่างกว้างขวางในสถานการณ์ของปัญหาต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์เข้ากับการอธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ อีกด้วย อีกทั้งยังเชื่อว่ากรอบแนวคิดนี้สามารถวิเคราะห์ให้มองเห็นปัญหาทางการศึกษา สามารถแก้ไขปัญหาและวางแผนได้ต่อเนื่อง ซึ่งกรอบแนวคิดนี้มีความสามารถสูงหรือเป็นรูปแบบที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้ในทุกสภาวะการณ์

การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE-PROCEED Model นั้น เป็นการเริ่มต้นจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Out come) แล้วพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุหรือปัจจัยนำเข้า (Input) ว่ามาจากอะไร กระบวนการนี้ไม่ใช่วิธีวิเคราะห์จากปัจจัยนำเข้าไปหาผลลัพธ์ แต่สามารถใช้วิธีเริ่มต้นจากผลลัพธ์ก่อน โดยอาจใช้คำว่า “ทำไม” ถึงเป็นอย่างนั้น ก่อนที่จะใช้คำถามว่า จะทำ “อย่างไร” กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นได้มีองค์ประกอบหรือปัจจัยอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพที่เป็นอยู่ การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE-PROCEED Model เริ่มจากผลย้อนกลับไปที่เหตุ หรือปัจจัยนำเข้าซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ถึงคุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาของประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งปัญหาที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญอยู่ในสังคมหรือในกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นใหม่ โดยวิธีการต่างๆ แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 ทำการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์แล้วในขั้นตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่จะต้องเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้จำแนกปัจจัยออกเป็น 2 กลุ่มด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคล (Preference) ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางโครงการทางพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่คนจะแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้นี้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่พอเพียงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นประจักษ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อหลักดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้น ในด้านของ ความเจ็บปวด ทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ

ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลาและสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าว ทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย ทักษะ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกนั้นมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้นมีทั้งสิ่งที่ให้รางวัล (Reward) สิ่งยวนใจ (Incentive) และการลงโทษ (Punishment) ผลสะท้อนเหล่านี้บุคคลจะได้รับจาก

คนอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน หัวหน้างาน คนไข้ แพทย์ เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย เช่น สถานบริการทางสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน เป็นต้น รวมทั้งสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้นด้วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา และอื่นๆ สิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้แสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นของการเลือกและกำหนดกลวิธี เทคนิคในการดำเนินงานสุขศึกษา ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ประการ ในขั้นตอนที่ 5

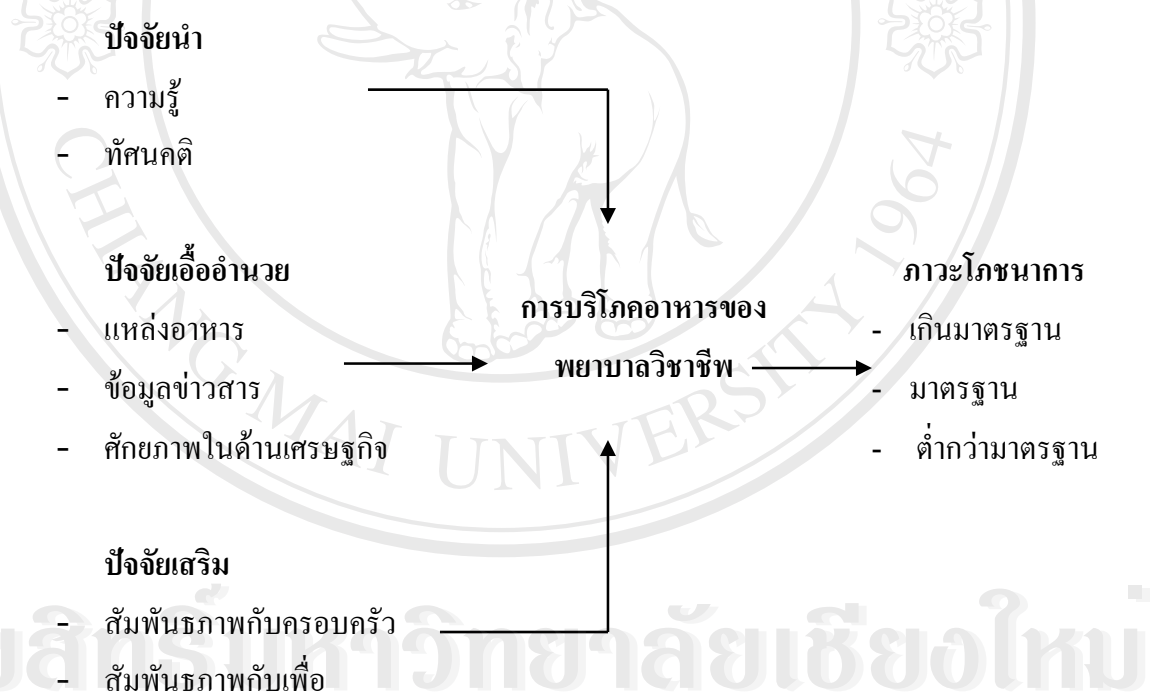
ขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นของการวิเคราะห์ระบบบริหารต่างๆ ก่อนที่จะลงมือดำเนินงานตามโครงการประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ทรัพยากรที่ต้องใช้ ระยะเวลา ความสามารถและปัจจัยอื่นๆ ที่จะช่วยให้โครงการดำเนินไปตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผล ซึ่งจะต้องผสมผสานอยู่ทุกขั้นตอน ทั้งนี้ต้องมีการกำหนดมาตรฐานที่ต้องการไว้ก่อน

การดำเนินงานตามกระบวนการ PRECEDE-PROCEED Model ต้องอาศัยวิทยาการในสาขาต่างๆ รวม 4 สาขาด้วยกัน คือ วิทยาการระบาด วิทยาการทางสังคมหรือพฤติกรรมศาสตร์ วิทยาการบริหารและวิทยาการทางการศึกษา ดังนั้นในการนำไปใช้ ผู้ใช้จำเป็นจะต้องมีความรู้พื้นฐานในวิทยาการต่างๆ ดังกล่าวแล้ว สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือจะต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้นสำหรับการใช้ PRECEDE-PROCEED Model ใน 2 ประการด้วยกัน คือ ประการแรก ต้องเข้าใจว่าสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยรวมกัน มิใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น และประการที่สอง คือ ต้องเข้าใจว่า การดำเนินงานเพื่อที่จะให้ได้ผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริงต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่างๆ ร่วมกัน ในลักษณะของการผสมผสานหรือบูรณาการ ซึ่ง PRECEDE-PROCEED Model ได้นำมาใช้ในรูปแบบสังเคราะห์ เป็นวิธีการที่นำความรู้ในหลายๆ ด้านมาพัฒนาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจพื้นฐานและสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำในขั้นตอนที่ 4 มาเป็นกรอบแนวคิด โดยศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ในลักษณะของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยเสริม

ซึ่งปัจจัยแต่ละประเภทจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในลักษณะที่แตกต่างกัน (Green, et al., 1980) กล่าวคือ ปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม จะให้เหตุผลหรือแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งผู้ศึกษาได้เลือกศึกษา ความรู้ และทัศนคติ ส่วนปัจจัยเอื้ออำนวยเป็นปัจจัยที่เอื้อให้พฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้หรือเกิดขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยนี้เป็นแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจให้พฤติกรรมนั้นๆ เกิดเป็นจริง ส่วนปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมหรือกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดแล้ว และได้รับผลในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่อง การว่ากล่าว การแนะนำ ตลอดจนปฏิบัติการต่างๆ ที่ได้รับจากบุคคลอื่น เป็นสิ่งที่ยอมรับกันว่าพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจาก อิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องใดก็ตามจะต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวร่วมกันเสมอ ต้องไม่คำนึงถึงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น (Green, et al., 1980) ดังแผนผัง 2.1



แผนผัง 2.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคและมีผลต่อ

ภาวะโภชนาการ

(ดัดแปลงมาจาก Lawrence W. Green อังใน วิณะ วีระไวทยะและสง่า คามาพงษ์, 2541, หน้า 117)

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการสามารถประเมินได้หลายวิธี โดยอาศัยลักษณะการรับประทาน อาหาร และผลจากการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคล แบ่งได้เป็น 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2538)

1. การตรวจอาการทางคลินิก (Clinical Assessment) การตรวจทางการแพทย์ หรือการตรวจร่างกาย เป็นวิธีการที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการของบุคคล โดยการตรวจร่างกายเพื่อดูความผิดปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น ผิวหนัง เนื้อเยื่อ ไขมัน ตา ริมฝีปาก เหงือก ฟัน ต่อมไทรอยด์ เล็บ เป็นต้น (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) แต่วิธีการนี้มีข้อเสียคือ ต้องอาศัยผู้ตรวจที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะโรค และการตรวจวิธีนี้ยังไม่มีความไวในการบ่งชี้ปัญหาโภชนาการ เนื่องจากลักษณะอาการที่แสดงอาจไม่เด่นชัดว่าเป็นการขาดสารอาหารชนิดใด

2. การตรวจสารทางชีวเคมีในร่างกาย (Biochemical Assessment) เป็นวิธีการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารอาหารในเลือด ปัสสาวะ หรืออุจจาระ พร้อมทั้งทดสอบหน้าที่ทางชีวภาพ แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่าปกติ ซึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการนี้จะช่วยบอกให้รู้ว่าร่างกายเริ่มมีความผิดปกติเกี่ยวกับการขาดสารอาหารหรือไม่ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น สำหรับวิธีนี้มีข้อเสียคือ ต้องระวังในการแปลผลให้รอบคอบ และค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง (ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์, ทนงศักดิ์ ศรีอนุชิต, ประภาศรี ภูเสถียร, และรัฐ เจริญศิริ, 2540)

3. การสำรวจอาหารที่รับประทาน (Dietary Assessment) เป็นการศึกษาถึงปริมาณของอาหารต่างๆที่รับประทาน และปริมาณอาหารดังกล่าวเมื่อนำมาเทียบกับค่ามาตรฐานแล้ว สามารถบอกได้ว่าร่างกายได้รับสารอาหารเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 5 วิธี ดังต่อไปนี้ (สิริวัฒน์ อายุวัฒน์, 2539)

3.1 การซักถามเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมง (24 Hour Dietary Recall) เป็นการซักถามเกี่ยวกับชนิด และปริมาณของอาหาร น้ำ เครื่องดื่มทุกชนิดที่รับประทานในวันที่ผ่านมา (24 ชั่วโมง) ซึ่งวิธีนี้เป็นที่นิยมใช้กันแพร่หลาย เนื่องจากข้อมูลต่างๆ ได้รับมาอย่างรวดเร็ว ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สามารถทราบถึงพฤติกรรมการกิน ตลอดจนรายละเอียดความชอบอาหารเป็นพิเศษได้

3.2 การบันทึกรายการอาหารที่กินในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง (24 Hour Dietary Record) เป็นวิธีการที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุดถ้าทำได้อย่างถูกต้อง ซึ่งวิธีการนี้จะให้บันทึกรายการอาหารน้ำที่กินในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่นิยมให้บันทึกเป็นระยะเวลา 3-7 วัน (วันปกติ 2 วัน และวัน

สุดสัปดาห์ 1 วัน) อีกทั้งยังเป็นวิธีการบอกภาวะโภชนาการได้ถูกต้องมากกว่าวิธีการซักถามเกี่ยวกับอาหารที่กินในรอบ 24 ชั่วโมง เพราะไม่ต้องอาศัยความจำ และวิธีการนี้ก็ใช้ระยะเวลาที่นานกว่า เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและสมบูรณ์

3.3 การซักประวัติอาหาร (Dietary History) เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับความถี่ของการได้รับอาหารชนิดนั้นๆ ซึ่งคิดว่าเป็นสาเหตุของการขาดหรือการเกินได้ วิธีการนี้มักใช้ในคลินิกแพทย์หรือโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริโภคนิสัยในอดีตและปัจจุบัน ความชอบเกี่ยวกับอาหารชนิดต่างๆ ตลอดจนอาการแพ้อาหารบางชนิด ข้อมูลที่ได้จากวิธีการนี้สามารถตรวจเช็คชนิดของอาหารที่กินในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาได้ ฉะนั้นจึงสามารถใช้ร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ การได้รับอาหารมากยิ่งขึ้น แต่วิธีการนี้ขึ้นอยู่กับความจำของผู้กิน และผู้สัมภาษณ์ควรได้รับการฝึกอบรมวิชาการ และเทคนิคในการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์มาอย่างดีด้วย

3.4 การชั่งน้ำหนักของอาหารที่รับประทาน (Weighted Intake) เป็นวิธีการศึกษาที่มีการชั่งปริมาณอาหารที่รับประทานทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งต้องมีการชั่งอาหารทั้งที่บ้านและนอกบ้าน และชั่งโดยบุคคลที่ได้รับการฝึกหรือผู้วิจัย ปริมาณอาหารที่ได้รับจะขึ้นกับการชั่งน้ำหนัก วิธีการนี้เป็นวิธีการที่มีความเชื่อถือมากที่สุด แต่มีค่าใช้จ่ายสูงที่สุด

3.5 ความถี่ของการรับประทานอาหาร (Food Frequency) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ซักถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่รับประทานอาหารแต่ละชนิดต่อวัน สัปดาห์ เดือนหรือช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งแบบสอบถามนี้เป็นวิธีการที่ใช้ประเมินอาหารเฉพาะที่ต้องการก็ได้ และจะไม่ใช้ในกรณีที่ต้องการรายละเอียดของการรับประทานอาหาร

4. การวัดสัดส่วนต่างๆของร่างกาย (Anthropometric Assessment) การวัดสัดส่วนของร่างกายที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการตามปกติต่างๆ ไปจะประกอบด้วย การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก การวัดเส้นรอบวงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น เส้นรอบแขนและเส้นรอบเอว การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง บริเวณกล้ามเนื้อ เป็นต้น (นิธิยา รัตนานนท์ และ วิบูลย์ รัตนานนท์, 2537)

4.1 การวัดส่วนสูง (Height) การวัดส่วนสูงจะเป็นตัวบ่งชี้การเจริญเติบโตของร่างกายของโครงกระดูกของร่างกาย อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดส่วนสูงคือแท่งเหล็กสำหรับวัดส่วนสูงติดกับเครื่องชั่งแบบสปริง ชนิดเลื่อนขึ้นลงได้ ซึ่งคนที่จะวัดส่วนสูงต้องถอดรองเท้า และควรยืนบนพื้นราบ สันเท้าชิดกัน ยึดตัวขึ้นไปข้างบนให้เต็มที่ หายใจลึกๆ หลังควรจะตรง และไม่เกร็ง อยู่ในท่าสบายๆ ไหล่ไม่ ห่อแขนเหยียดตรงข้างลำตัว ศีรษะ หลัง ก้นและสันเท้า ควรสัมผัสกับไม้วัด ตามองตรงไป

ข้างหน้าอยู่ในระดับ Frandfort Plane ซึ่งเป็นระดับเส้นตรงจากกระดูกส่วนบน เลื่อนไม้ที่ใช้ในการวัด ส่วนสูงให้ตกลงบนยอดศีรษะพอดี

4.2 การชั่งน้ำหนัก (Weight) เป็นวิธีการที่นิยมกันมากที่สุดในการประเมินภาวะโภชนาการ เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายในการวัดและการประเมินผล อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดคือ เครื่องชั่งแบบสปริงชนิดละเอียด ซึ่งวิธีที่ดีที่สุดในการชั่งน้ำหนักตัว คือควรชั่งในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้า และควรจะได้มีการตรวจสอบเครื่องชั่ง และวิธีการวัดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเพื่อที่จะลดค่าความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นให้น้อยที่สุด

4.3 การวัดความยาวรอบแขน วิธีนี้จะบอกถึงปริมาณของกล้ามเนื้อ ที่ทำได้สะดวกและรวดเร็ว คนที่มีกล้ามเนื้อน้อย จะมีรอบแขนเล็ก ผู้ที่มีภาวะขาดโปรตีน จะมีการพัฒนาของกล้ามเนื้อน้อยกว่าปกติ ดังนั้นการวัดความยาวรอบแขนจึงใช้เป็นตัวบ่งชี้ภาวะทุพโภชนาการได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งตำแหน่งของแขนที่วัดจะอยู่ที่จุดกึ่งกลางของแขนท่อนบน

4.4 การวัดความหนาของผิวหนัง (Triceps Skin-Fold) ด้านหลังของแขนท่อนบนมีกล้ามเนื้อชื่อ Triceps การวัดความหนาของผิวหนังที่ด้านหลังแขน จะวัดที่ตำแหน่งกึ่งกลางของลำแขน จากช่วงไหล่ถึงข้อศอก ค่าที่วัดได้จะนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน ซึ่งควรใช้ค่ามาตรฐานเดียวกัน สำหรับผู้ที่มีเชื้อชาติและอาศัยอยู่ในท้องถิ่นเดียวกัน

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง ซึ่งใช้ดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการแปลผล คือ ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เป็นดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการที่ใช้ประโยชน์ในการประเมินภาวะขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกินในผู้ใหญ่โดยการวัดสัดส่วนร่างกาย ทำโดยวิธีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง แล้วนำไปคำนวณค่าดัชนีมวลกายตามสูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก(กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(เมตร)}^2}$$

แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตัดสินค่า BMI ซึ่งกำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (Expert Committee) โดยแบ่งภาวะโภชนาการออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์	มีค่า BMI ต่ำกว่า 18.5
ภาวะโภชนาการปกติ	มีค่า BMI อยู่ในช่วง 18.5-24.99
ภาวะโภชนาการสูงกว่าเกณฑ์	มีค่า BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25.0

ตาราง 2.1 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) และค่าเกณฑ์การตัดสินใจในการประเมินภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย
ผอมระดับ 3	น้อยกว่า 16.0
ผอมระดับ 2	16.0-16.99
ผอมระดับ 1	17.0-18.49
ปกติ(Normal)	18.5-24.99
น้ำหนักเกินระดับ 1	25.0-29.99
น้ำหนักเกินระดับ 2	30.0-39.99
น้ำหนักเกินระดับ 3	มากกว่า 40

ที่มา : WHO(1995, p.452)

ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการของบุคคลหรือกลุ่มชน ทำให้ทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับชนิด ปริมาณและคุณภาพของอาหารที่บริโภคว่า บุคคลหรือกลุ่มชนบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาตรฐานหรืออาหารหมู่ใดร่างกายได้รับในปริมาณที่ไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้ทราบนิสัยการบริโภคอาหารของบุคคลหรือกลุ่มชน ตลอดจนการระบาดของโรคที่สืบเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการในแต่ละชุมชนหรือท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงภาวะโภชนาการให้เหมาะสมกับบุคคลหรือกลุ่มชนนั้นๆ โดยมีความมุ่งหมายปลายทางเพื่อเป็นแนวทางในการให้โภชนศึกษาแก่บุคคล รวมไปถึงชุมชนด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ อรุวรรณ เข้มบริสุทธิ และคณะ (2539) เรื่อง ความรู้ทางโภชนาการ และการบริโภคอาหารของผู้หญิงวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาย่านสีลม และรัฐวิสาหกิจ ทำการสุ่มตัวอย่างผู้หญิงวัยทำงานในย่านสีลม จำนวน 308 คน และรัฐวิสาหกิจ จำนวน 178 คน ช่วงอายุ 20-25 ปี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จากบันทึกอาหาร 24 ชั่วโมง ผู้หญิงวัยทำงานทั้ง 2 กลุ่มได้รับพลังงานจากอาหารที่รับประทานอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 75-79 ของปริมาณที่แนะนำ สัดส่วนการบริโภคไขมันอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ในขณะที่ปริมาณคาร์โบไฮเดรตจากอาหารลดลง ค่าเฉลี่ยปริมาณวิตามินเอ ธาตุเหล็ก และฟอสฟอรัส ทั้ง 2 กลุ่มได้รับอยู่ในเกณฑ์เพียงพอร้อยละ 50 ของปริมาณที่แนะนำ และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าและสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานกับตัวแปรสารอาหารต่างๆ

เบญจพร สุขประเสริฐ และคณะ (2541) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะด้านอาหารและโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติทางด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 458 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า บุคลากรด้านการสาธารณสุข และประชาชนที่มีความรู้ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีความรู้และทัศนคติทางด้านอาหารและโภชนาการสูงกว่าประชาชนที่มีความรู้ต่ำกว่าปริญญาตรี

วิชัย ดันไพจิตร และคณะ (2543) ได้ศึกษาเรื่อง ดัชนีความหนาแน่นของร่างกายในการวัดโรคอ้วนของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเจ้าหน้าที่จำนวน 972 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โดยทำในกลุ่มอายุ 20-61 ปี พบว่า ภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 58.6 ภาวะโภชนาการต่ำ ร้อยละ 19.2 ภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ

อาพร ว่องสุขสวัสดิ์ (2541) ศึกษา วิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่เลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 317 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า บุคลากรมีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ยกเว้นการออกกำลังกายอยู่ในระดับต้องแก้ไข ภาวะสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรถูกวัดด้วยตัวชี้วัดต่างๆ ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้น

ระดับโคเลสเตอรอล และพบภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 65.06 ภาวะโภชนาการต่ำ ร้อยละ 12.18 และภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 22.76

ยุพิน ตันอนุชิตกุล (2544) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 82 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำ ร้อยละ 34.1 รับประทานธัญพืชเป็นประจำ ร้อยละ 8.50 รับประทานพืชผักและผลไม้ทุกวันเป็นประจำร้อยละ 39.0 รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ทุกวัน เป็นประจำ ร้อยละ 20.7 ดื่มนมวันละ 1 แก้วเป็นประจำ ร้อยละ 17.1 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไขมันสูงเป็นประจำร้อยละ 9.8 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัดเป็นประจำร้อยละ 20.7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นประจำร้อยละ 56.1 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูปเป็นประจำร้อยละ 2.4 ระบุปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติดังนี้ การปฏิบัติงานในลักษณะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปเนื่องจากหาซื้อได้ง่ายและสะดวกในการปรุงรับประทาน และรับประทานธัญพืชน้อยเนื่องจากต้องใช้เวลาในการปรุงมากทำให้ไม่สะดวกในการรับประทาน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงเวลานอนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ

สุวรรณ สัจจาช่วยชัย (2544) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 161 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำร้อยละ 44.7 รับประทานธัญพืชเป็นประจำร้อยละ 16.1 รับประทานพืชผักและผลไม้เป็นประจำร้อยละ 49.1 รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ทุกวันเป็นประจำร้อยละ 23.1 ดื่มนมวันละ 1 แก้วหรือโยเกิร์ต 1 ถ้วย หรือปลาเล็กปลาน้อย 2 ซ้อนโต๊ะ หรือผักใบเขียว 4 ทักษะเป็นประจำร้อยละ 24.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำร้อยละ 14.9 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร รสจัดเป็นประจำร้อยละ 26.7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นประจำร้อยละ 65.8 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูปเป็นประจำร้อยละ 13 ระบุปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ดังนี้ การมีภาระที่ต้องรับผิดชอบมากทำให้ไม่มีเวลา เช่น การขึ้นเวรบ่อย ดึก การดูแลบุตร การปฏิบัติงานนอกเวลา ความชอบไม่ชอบรับประทานส่วนตัว ความไม่สะดวกในการจัดหา ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ ไม่มีสถานที่ประกอบอาหาร ไม่มีความรู้สึกริษยาและไม่มีการฝึกปฏิบัติ เช่น อาการเจ็บป่วย เป็นต้น

Millen et al. (1996) ศึกษาเรื่องแบบแผนการรับประทานอาหารของชายและหญิงที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1,828 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-70 ปี พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้หญิงที่ต้องให้ความสนใจ คือ รับประทานอาหารจำพวก ผัก ผลไม้และแป้งน้อย มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่มีไขมัน และยังไม่ได้รับคำแนะนำวิธีการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

Inoguchi et al. (2000) ศึกษาเรื่อง การได้รับสารอาหารในหญิงวัยทำงาน กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาแบบแผนการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 52 คน รวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ผลการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารกลางวันและอาหารเย็นมีปริมาณอาหารเท่ากัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งหรือจำนวน 26 คน ได้รับอาหารประเภทโปรตีนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ได้รับพลังงานจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย