

613.2
ด759พ
ร.2

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
มิถุนายน 2555
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

S 420223

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มิถุนายน 2555

เครือวัลย์ แก้วเขียน. (2555). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุมรองศาสตราจารย์: ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภค อาหารจำแนกตามเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพงาน ระยะเวลาทำงาน การรับรู้ ภาวะสุขภาพ ระดับความเครียด เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละสำนัก/กอง/กลุ่มตามความสะดวกจำนวน 451 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วย การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับดี ร้อยละ 64.4 ระดับดีมาก ร้อยละ 29.8 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย
- 2) กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี
- 3) กลุ่มตัวอย่างปริญญาตรีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มตัวอย่างปริญญาโทและเอก
- 4) กลุ่มตัวอย่างรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าทุกกลุ่มรายได้
- 5) กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาทำงาน 5 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีระยะเวลาทำงาน 11-15 ปี
- 6) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มแพทย์ พยาบาล เภสัชกร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่ม ตัวอย่างในกลุ่มนักวิชาการ และกลุ่มเจ้าพนักงาน
- 7) กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับปานกลางและระดับสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดีกว่ากว่าตัวอย่างในกลุ่มที่มีความเครียดระดับน้อย
- 8) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาสุขภาพมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี ปัญหาสุขภาพ
- 9) พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ เจตคติ

THE FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR OF STAFF IN DEPARTMENT OF HEALTH
SERVICE SUPPORT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



Presented in Partial Fulfillment to the Requirements for the
Master of Science Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

June 2012

Kruawan Kaowiean. (2012). *The Food Consumption Behavior of Staff in Department of Health Service Support, Ministry of Public Health*. Master's Project, MS.. (Health Education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr.Krithakorn Pratumvong, Assist. Prof. Dr.Kamonmarn Virutsettazin.

This study aimed to investigate food consumption behavior according to gender, age, education level, income, work position, work experience, health state, and stress level. The subjects comprised 451 personnel in the Department of Health Service Support. Questionnaire was administered and then data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, t-test, One Way Analysis of Variance, and Pearson correlation.

Major findings revealed that the most of the respondents' behavior (64.4%) was at a good level and at a good level (29.8%). When tested hypothesis, it was found that (1) female gained better food consumption behavior than male, (2) the subjects with 40-49 years gained better food consumption behavior than those with 20-29 years, (3) the subjects with bachelor degree gained better food consumption behavior than those with master and doctoral degree, (4) the subjects with income of 10,000 baht gained better food consumption behavior than other groups, (5) the subjects with 5 years of experience gained better food consumption behavior than those with 11-15 years of experience, (6) the subjects in group of physician, nurse, and pharmacist gained better food consumption behavior than those in academic and staff group, (7) the subjects with moderate stress gained better food consumption behavior than those with low stress, (8) the subjects with no health problem gained better food consumption behavior than those with health problem, (9) there were positive between food consumption behavior and knowledge except attitude.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

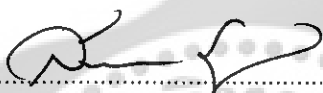
ของ

เครือข่าย แก้วเขียน

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



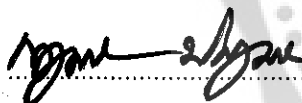
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่ 8 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555

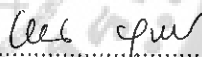
คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า



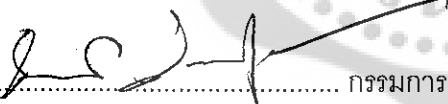
..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์)



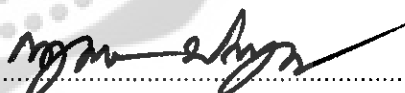
..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์)



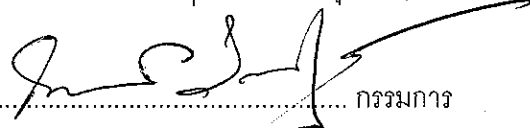
..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน)



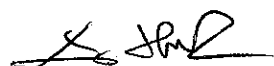
..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์)



..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน)



..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ท่านทั้งสองได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนการทำให้ปริญญานิพนธ์ ด้วยการเอาใจใส่และเมตตาต่อผู้วิจัยเป็นอย่างดี ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง สำหรับผู้บริหาร บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ ประธานกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ แต่งตั้งเพิ่มเติมได้ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงปริญญานิพนธ์ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การสร้างเครื่องมือได้รับความอนุเคราะห์จากรองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวท อาจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ อาจารย์ สุธีรา เมืองนาโพธิ์ อาจารย์ ดร.สุวิมล ททรัพย์วโรบล นายแพทย์พรเพชร ปัญญาปิยะกุล ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตลอดจนให้ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขข้อบกพร่อง ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาสุขศึกษา รวมถึงอาจารย์ของผู้วิจัยทุกท่านที่ได้ร่วมประสิทธิ์ประสาทวิชา ให้คำแนะนำที่ดียิ่ง และมอบความห่วงใยเสมอมาโดยตลอด ตั้งแต่ในชั้นเรียนจนถึงกระบวนการวิจัย

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ท่านทั้งสองเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ในเรื่องการศึกษา และบุคคลในครอบครัวทุกคน ที่เป็นกำลังใจในการศึกษาต่อระดับปริญญาโท และอยู่เบื้องหลังความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

คุณค่าทั้งหมดที่เกิดจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบรำลึกและบูชาพระคุณแก่บิดา มารดา และผู้มีพระคุณของผู้วิจัยทุกๆ ท่านทั้งที่ได้กล่าวถึงและไม่ได้กล่าวถึงมา ณ ที่นี้ด้วย ที่อยู่เบื้องหลังในการวางรากฐานความสำเร็จให้กับผู้วิจัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

เครือข่าย เก้าเอี้ยน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
ความสำคัญของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
สมมติฐานในการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	9
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	16
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ	21
ความรู้โภชนาการกับปัญหาสุขภาพ	24
โภชนาการสำหรับผู้ใหญ่	39
เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
3 การดำเนินการวิจัย	51
การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล	58
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	73
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า.....	73
การสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	75
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	78
บรรณานุกรม	80
ภาคผนวก	86
ภาคผนวก ก รายงานผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	87
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถาม	89
ประวัติย่อผู้วิจัย	103

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ตำแหน่งวิธีการวัดรอบเอวแนะนำโดยสถาบันต่างๆ	35
2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน เช่น ลำนัก กอง และกลุ่ม กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	52
3 ผลการทดลองใช้แบบสอบถามการวิจัยกับบุคลากรกรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข จำนวน 50 คน จำแนกตามคำอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น	57
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง 451 คนจำแนกตามระดับพฤติกรรมบริโภค อาหาร	61
5 จำนวน(ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	61
6 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามข้อมูลสุขภาพ	64
7 จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามข้อมูลความรู้และเจตคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	65
8 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม เพศ	66
9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม ช่วงอายุ	67
10 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม ระดับการศึกษา	67
11 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม ระดับรายได้	68
12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม ระยะเวลาการทำงาน	69
13 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม สถานภาพงาน	69
14 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม ระดับความเครียด	70
15 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ	71

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
16 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภค อาหารของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน	71
17 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภค อาหารของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน	72
18 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) แบบสอบถาม	102



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	7
2 สถานะสุขภาพของบุคคลตลอดช่วงชีวิต	29
3 วิธีการวัดรอบเอวหญิงและชาย	35
4 ค่าไกลซีมิก อินเด็กซ์ของผลไม้	39
5 ค่าไกลซีมิกอินเด็กซ์ของอาหารประเภทแป้ง	39



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ประเทศไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าปัญหาทุพโภชนาการและโภชนาการเกินทำให้ประชาชนเกิดโรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ น้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ เช่น โรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนโรคเมแทบอลิซึมบางประเภท จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและตายเป็นอันดับต้นๆ กล่าวคือปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในวัยผู้ใหญ่จะมีปัญหาอ้วนลงพุง พบในผู้ชายร้อยละ 15 ผู้หญิงร้อยละ 36 ในขณะที่เพศชายจะมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 17.8 และ 4.8 ตามลำดับ ในเพศหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 25.4 และ 7.3 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 20-25 ทั้งในเพศชายและหญิงจะมีปัญหาไขมัน (คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์) ในเลือดสูงและมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เพศชายเป็นเบาหวาน ร้อยละ 6.4 ขณะที่พบในเพศหญิงร้อยละ 7.3 (ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์, 2550: 43)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ จัดทำการสำรวจพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของประชากร ปี 2552 ด้านการบริโภคอาหารจานด่วนตามอย่างชาวตะวันตกในกลุ่มคนไทย พบว่ามีผู้ที่อยู่ในวัยทำงานรับประทานจานด่วนทุกวันร้อยละ 31.3 และรับประทานกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 47.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

สำหรับคนในวัยทำงานจะได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม การใช้ชีวิตประจำวันต้องเร่งรีบมากขึ้น โอกาสประกอบอาหารรับประทานเองสำหรับครอบครัวน้อยลง ประกอบกับได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมด้านอาหารของชาวตะวันตก เช่น อาหารจำพวกจานด่วน ลักษณะอาหารที่บริโภคจึงเปลี่ยนแปลงไป สัดส่วนของปริมาณสารอาหารที่ได้รับจะมีไขมันมากขึ้น โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว โดยเฉพาะอาหารจากร้านสะดวกซื้อ เช่น แซนวิช แฮมเบอร์เกอร์ ลูกกีฬิชซ่า ไก่ทอด หรือขนมเค้ก (ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2550) ประกอบกับมีสารอาหารไม่ครบ ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นสังคมในเมือง จึงทำให้ประชากรกลุ่มนี้ มีอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้น การบริโภค อาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรีสูง ส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable Disease) เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเมแทบอลิซึม (คุณาสิริ เกตุปมา, 2548) สำหรับคนที่อ้วนลงพุงและเป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 5 เท่า

หากสามารถลดน้ำหนักตัวลงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวเดิม จะช่วยทำให้ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดีขึ้นได้และถ้าลดรอบเอวลงได้ทุกๆ 5 ซม. จะลดโอกาสการเกิดเบาหวาน 3-5 เท่า (วนิชากิจวรพัฒน์, 2551)

จากการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า 2 ใน 3 ของประชากรกลุ่มอายุ 40-59 ปี พบว่ามีปัญหาไขมันในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน จนถึงโรคอ้วน การบริโภคเกิน ความเครียด ไม่ออกกำลังกาย และพบว่านอกจากจะรับประทานอาหารมีเอชแอลแล้วมักจะรับประทานอาหารมีเอวว่าง ขนมหวานอื่นๆ ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมันสูง แป้ง น้ำตาล และร่วมกับการขาดออกกำลังกาย จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ดังที่กล่าวไว้ในข้างต้น (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2551)

นอกจากนี้ คนที่อาศัยในเมืองทุกกลุ่มรายได้ ยังคงเผชิญกับเรื่องความปลอดภัยในการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารถุงพลาสติก อาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป และการขาดความรู้และจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัยของผู้บริโภค ทำให้ประชาชนทั่วไปเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค สารพิษจากเชื้อรา ยาฆ่าแมลง สีสผสมอาหาร สารกันบูด เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้บริโภคเจ็บป่วยได้ อาจมีทั้งอาการเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ที่เกิดจากการปนเปื้อนอาหารและพฤติกรรมการบริโภค ดังนั้น การป้องกันและรักษาจึงควรให้ความสำคัญในกลุ่มบุคคลวัยทำงานที่อยู่ในเมืองใหญ่ๆ ก่อน โดยเน้นให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (กรมอนามัย, 2551)

บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นับว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการและโภชนาการเกิน อันเนื่องจากพฤติกรรมการทำงานที่แข่งกับเวลา ขาดการออกกำลังกาย มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย มีภาวะเครียดจากการทำงาน ประกอบกับมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้านมากกว่าการปรุงอาหารรับประทานเอง ทำให้ไม่มีทางเลือกในการบริโภคอาหารให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ เพราะอาหารและเครื่องดื่มที่วางจำหน่ายใกล้ที่ทำงานส่วนใหญ่เป็นอาหารจานด่วนที่มีคุณค่าทางโภชนาการในสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม แต่ความจำเป็นในการทำงานที่แข่งกับเวลาจึงต้องบริโภคอาหารที่สามารถหาซื้อได้ง่ายและรวดเร็วจากร้านค้าใกล้ตัว สถานะการทำงานดังกล่าวเป็นปัจจัยที่บีบบังคับให้ต้องบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มเพิ่มขึ้น มีอาหารขบเคี้ยว อาหารจานด่วน น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มประเภทกาแฟและน้ำผลไม้ ที่เติมน้ำตาลมากมายให้เลือกซื้อตามร้านสะดวกซื้อทั่วไปมากกว่า อาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายอย่างเช่น เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ที่ปลอดภัยจากสารพิษ และน้ำดื่มบริสุทธิ์ วิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช่นนี้ ส่งผลทำให้บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนของสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย และเหมาะสมกับวัย อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและโภชนาการเกินได้

จากปัญหาการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non communicable Disease)ดังที่กล่าว ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีภารกิจต่อสุขภาพของประชาชน และเป็นบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในหลายศาสตร์ หลายสาขา จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างไร มีปัญหาสุขภาพด้านทุพโภชนาการและโภชนาการเกินหรือไม่อย่างไร ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมและผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554 พบว่า บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีระดับไขมันคลอเลสเตอรอลในเลือดสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 31.7 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 13.4 ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 5.0 ระดับความดันโลหิตสูง (SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 24.2 และมีดัชนีมวลกายอ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ 25 (กิโลกรัม/ตารางเมตร) ร้อยละ 36.9 (รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2553 สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์. 2554: 7-8) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสุขภาพของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีอัตราการเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น

บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรจะเป็นตัวอย่างหรือเป็นแบบอย่างทางสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้การจัดทำแนวทางการปรับเปลี่ยนการเลือกซื้ออาหารพร้อมบริโภค พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ตลอดจนเป็นข้อมูลที่จะเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบให้มีมาตรการ การกำกับ/ควบคุมคุณภาพอาหารปรุงสำเร็จที่จำหน่ายแก่บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หรือเพื่อจะเป็นข้อมูลให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งจุดมุ่งหมายไว้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษารายได้ หน่วยงาน สภาวะสุขภาพ ภาวะเครียด

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยจะนำผลการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลการจัดทำแนวทางการปรับเปลี่ยน การเลือกซื้ออาหารพร้อมบริโภค พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ตลอดจนเป็น ข้อมูลที่จะเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบให้มีมาตรการ การกำกับ/ควบคุมคุณภาพอาหารปรุงสำเร็จที่จำหน่ายแก่บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อเป็นข้อมูล ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ยึดหลักความรู้เกี่ยวกับ Metabolic syndrome ความรู้เกี่ยวกับ ไขมันทรานส์ (Trans Fatty acid) ความรู้เกี่ยวกับไกลซีมิก อินเด็กซ์ (Glycemic Index) และโภชนาการ สำหรับผู้ใหญ่ (Nutrition during Adulthood) และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโภชนบัญญัติ 9 ประการของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นเกณฑ์ประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 1,213 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 451 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่

- 1.1 เพศ
- 1.2 ช่วงอายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 สถานภาพงาน
- 1.5 ระยะเวลาการทำงาน
- 1.6 รายได้
- 1.7 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 1.8 ระดับความเครียด
- 1.9 เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
- 1.10 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เพศ หมายถึง ลักษณะทางเพศของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 - 1.1 ชาย
 - 1.2 หญิง
2. ช่วงอายุ หมายถึง จำนวนปีตั้งแต่ปีเกิดจนถึงปัจจุบันของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (จำนวนปีเต็มนับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม)
3. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับ ทั้งในและนอกระบบการศึกษา จำแนกเป็น
 - 3.1 ปริญญาตรี หรือต่ำกว่าปริญญาตรี
 - 3.2 ปริญญาโท
 - 3.3 ปริญญาเอก
4. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินหรือสิ่งตอบแทนที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่ได้เป็นประจำ โดยยังมีได้หักค่าใช้จ่าย จำแนกออกเป็น
 - 4.1 ต่ำกว่า 10,000 บาท
 - 4.2 10,001 – 15,000 บาท
 - 4.3 15,001 – 20,000 บาท

4.4 20,001 – 25,000 บาท

4.5 25,001 – 30,000 บาท

4.6 สูงกว่า 30,001 บาทขึ้นไป

5. สถานภาพงาน หมายถึง ตำแหน่งที่บุคคลได้รับจากการเป็นบุคลากรของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเป็นสถานภาพทางสังคม ได้แก่

5.1 นายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร

5.2 นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสถิติ นักวิชาการพัสดุ นักวิชาการสุขศึกษา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักจัดงานทั่วไป วิศวกร สถาปนิก

5.3 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี เจ้าพนักงานสถิติ เจ้าพนักงานพัสดุ เจ้าพนักงานธุรการ

5.4 พนักงานขับรถ พนักงานธุรการ พนักงานพิมพ์ พนักงานเก็บเอกสาร แม่บ้าน

6. ระยะเวลาการทำงาน หมายถึง การปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ ที่บ่งบอกถึงลักษณะของงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติ จนถึงปัจจุบัน ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพทางกาย ผลการตรวจสุขภาพ ความเครียด โรคประจำตัว การดำเนินชีวิตประจำวัน

8. ระดับความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามจากภายนอกและภายในร่างกาย รวมถึงความกดดันหรือขัดขวางการทำงาน ทำให้เกิดการพึ่งพากลไกการป้องกันตนเองมาใช้ เพื่อทำให้ความเครียดเหล่านั้นลดลง

9. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการซึ่งประกอบด้วย อาหารหลัก 5 หมู่ หลักในการรับประทานอาหาร ประโยชน์และโทษของสารอาหาร

10. เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หมายถึง เป็นความรู้สึกทางด้านบวกหรือลบที่มีต่อการบริโภคอาหารและจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

11. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำ การแสดงออก หรือการปฏิบัติของบุคคล เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยทั่วไปในชีวิตประจำวัน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร วิธีการรับประทานอาหาร และสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร

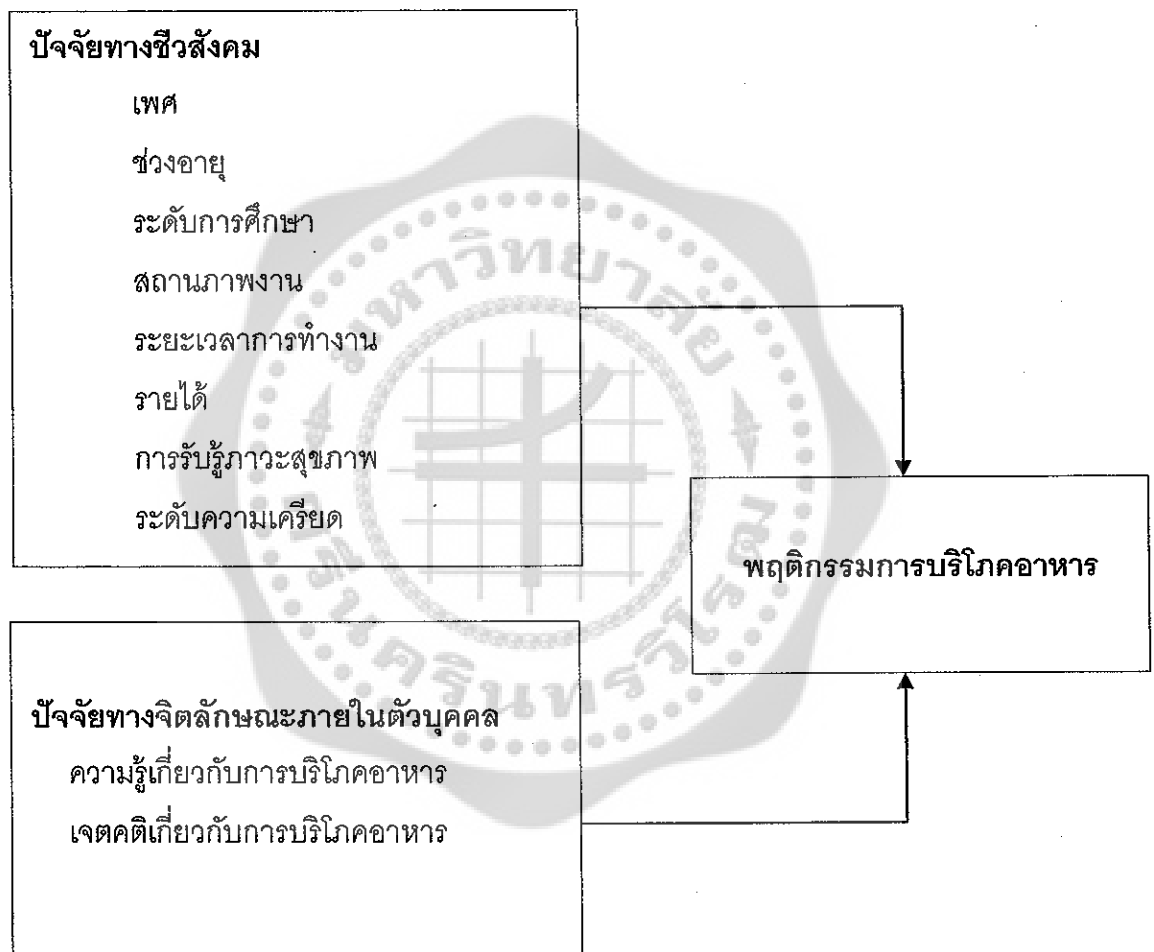
12. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนัก/กอง จำนวน 9 หน่วยงาน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในปีงบประมาณ 2554

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
2. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีช่วงอายุต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
3. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
4. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
5. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีสถานภาพงานต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
6. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีระยะเวลาการทำงานต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
7. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีภาวะเครียดต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
8. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีภาวะสุขภาพต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
9. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในทางบวก
10. เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในทางบวก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 การประเมินภาวะโภชนาการ
4. ความรู้โภชนาการกับปัญหาสุขภาพ
 - 4.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
 - 4.2 ความหมายของอาหาร โภชนาการ สารอาหาร หน้าที่และบทบาทของ สารอาหารต่อร่างกาย
 - 4.3 ภาวะโภชนาการกับสุขภาพ
 - 4.4 ความรู้เกี่ยวกับ Metabolic syndrome
 - 4.5 ความรู้เกี่ยวกับไขมันทรานส์ (Trans Fatty acid)
 - 4.6 ความรู้เกี่ยวกับไกลซีมิก อินเด็กซ์ (Glycemic Index)
5. โภชนาการสำหรับผู้ใหญ่(Nutrition during Adulthood)
6. เจตคติต่อการบริโภคอาหาร
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 7.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการปฏิบัติส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การส่งเสริมให้บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องตามสุขบัญญัติแห่งชาติจะช่วยให้

บุคลากรกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากภาวะทุพโภชนาการน้อยลง ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคลากรดังกล่าว สามารถเป็นตัวอย่างด้านการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง และเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนต่อไป

ความหมายของพฤติกรรม

ราชบัณฑิตยสถาน และนักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่า"พฤติกรรม" ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2546: 768) ให้คำจำกัดความไว้ว่า พฤติกรรม คือ การกระทำหรือการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541: 2) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือไม่สามารสังเกตได้ ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) คือการกระทำที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย
2. พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536: 43) พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรมโดยมักจะได้อิทธิพลจากความกดดันความคาดหวังของบุคคลรอบตัวสถานการณ์ในขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีตพฤติกรรมของมนุษย์แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสมและสั่งการที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัด หรือ สังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องบางอย่างวัดได้
2. พฤติกรรมภายนอก หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง การเดิน การขับรถ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถเข้าใจได้ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ ในสิ่งนั้น ๆ

จากคำจำกัดความต่างๆ ของพฤติกรรมดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่แสดงออกของบุคคลที่กระทำการตอบสนองสิ่งกระตุ้น ซึ่งการกระทำที่แสดงออกมานั้นมีทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมหรือการแสดงออกนั้นสามารถวัดได้ ทั้งนี้เป็นการแสดงออกที่สังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้

ทั้งนี้พฤติกรรมมีพื้นฐานมาจากวิทยาศาสตร์หลายสาขา เช่น พฤติกรรมศาสตร์อันประกอบด้วย จิตวิทยา สังคมวิทยา มานุษยวิทยา รวมทั้งศาสตร์ทางด้านการศึกษา ตัวแปรหนึ่งที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรม คือ ความรู้ และเจตคติหรือเจตคติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2536: 212-217; อ้างอิงจาก Bloom. 1975)

องค์ประกอบของพฤติกรรม

บลูม (Bloom. 1971: 65-197) ได้แบ่งพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive domain) เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 6 ชั้น ดังนี้

1.1 การรู้ (Knowing) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ ซึ่งประมวลประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ 2) ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เช่น รู้วัน เดือน ปี เหตุการณ์ สถานที่ ฯลฯ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีทางและวิธีการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ประกอบด้วย 1) ความรู้ในเรื่องระเบียบแบบแผนประเพณี 2) ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและลำดับก่อนหลัง 3) ความรู้ในการแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ 4) ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและกระบวนการ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

1.4 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ แยกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การแปลความ เป็นการจับใจความให้ถูกต้องกับสิ่งที่สื่อความหมายหรือจากอีกภาษาหนึ่งของการสื่อสารไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง 2) การตีความหมาย เป็นการอธิบายความหมาย หรือสรุปเรื่องราวโดยการจัดระเบียบใหม่รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาใหม่ 3) การขยายความ เป็นการขยายเนื้อความที่เหนือไปกว่าขอบเขตที่รู้เป็นการขยายขีดการอ้างถึง หรือแนวโน้มที่เกินเลยจากข้อมูล

1.5 การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริงหรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมจะอยู่ในรูปของความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิคและทฤษฎี ฯลฯ

1.6 การสังเคราะห์ (Analysis) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ๆ หรือเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นตอนของความคิดความสัมพันธ์กับการวิเคราะห์เช่นนี้ ก็เพื่อจะมุ่งให้การสื่อความหมายมีความชัดเจนยิ่งขึ้นอาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) การวิเคราะห์ส่วนประกอบ เป็นการชี้ให้เห็นหน่วยย่อยที่เป็นส่วนประกอบ อยู่ในสิ่งที่สื่อความหมาย 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยกการประสานหรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ในสิ่งที่สื่อความหมาย 3) การวิเคราะห์หลักในเชิงจัดการดำเนินงาน เป็นการชี้ให้เห็นระบบจัดการและวิธีรวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

1.7 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนต่าง ๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียบเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการผูกข้อความขึ้นโดยการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์ไปยังผู้อื่น 2) การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนาหรือเสนอแผนการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของงานที่ได้รับมอบหมาย หรือที่คิดทำขึ้นเอง 3) การสังเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นการพัฒนาหรือสร้างชุดของความสัมพันธ์เชิงนามธรรมขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องจำแนกหรืออธิบายข้อมูลหรือประสบการณ์บางอย่างจากข้อความเบื้องต้น

1.8 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหาวัสดุอุปกรณ์ และวิธีการ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะกำหนดเกณฑ์ขึ้นเองหรือผู้อื่นกำหนด จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายใน เป็นการประเมินค่าความถูกต้องของวัสดุอุปกรณ์ ข้อความเหตุการณ์ ตามคุณสมบัติประจำตัวของวัสดุอุปกรณ์ข้อความหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายนอก เป็นการประเมินค่าโดยอ้างอิงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตพิสัย (Affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การยอมรับ (Receiving) เป็นความสามารถในการรู้จักหรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การรับรู้ 2) ความรู้สึกเต็มใจที่จะรับรู้ 3) การควบคุมความสนใจต่อสิ่งเร้า

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจเต็มใจและพอใจในสิ่งเร้า จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การยินยอมที่จะตอบสนอง 2) การเต็มใจที่จะตอบสนอง 3) ความพอใจในการตอบสนอง

2.3 การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (Value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งความรู้สึกหรือสำนึกในคุณค่าหรือคุณธรรมในสิ่งต่าง ๆ จนกลายเป็นความนิยมชมชอบและเชื่อในสิ่งนั้น จำแนกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

2.4 การจัดระบบ (Organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เข้ามาเป็นระบบ จำแนกเป็น 1) มโนทัศน์เกี่ยวกับค่านิยม 2) การจัดระบบของค่านิยม

2.5 การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยมหรือลักษณะนิยม เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะ หรือบุคลิกภาพแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากระบบค่านิยมที่ยึดมั่น จำแนกเป็น 1) การสรุปรวมถึงกลุ่มค่านิยม และ 2) การมีลักษณะนิสัย

3. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายแยกย่อยได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ 2) การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ 3) การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแผนที่เห็นว่าถูกต้อง 4) การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้น อย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง 5) การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

จากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมของบลูม สรุปได้ว่า การทำความเข้าใจพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถศึกษาพฤติกรรมได้อย่างน้อย 3 มิติ ซึ่งเป็นเหตุที่ส่งผลต่อกันและกัน กล่าวคือ พฤติกรรมเชิงพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เช่น การเรียนรู้ทำให้คนมีความรู้เกี่ยวกับอาหาร การบริโภคอาหารตามสุขบัญญัติ ความรู้ดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึก (Affective Domain) ต่อสิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้ แสดงออกในรูปแบบของการให้การยอมรับหรือการปฏิเสธ และส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมตอบสนอง (Psychomotor Domain) เมื่อบุคคลต้องบริโภคอาหาร เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องตามโภชนบัญญัติ หรือบริโภคอาหารตามความสะดวกโดยไม่คำนึงถึงโภชนบัญญัติ เป็นต้น

คอห์นบาค (Cronbach, 1990: 125) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมมีองค์ประกอบ 7 ประการ ได้แก่

1. ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรมคนต้องทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการที่เกิดขึ้นกิจกรรมบางอย่างก็ให้ความพอใจ หรือสนองความต้องการได้ทันที แต่ความต้องการหรือวัตถุประสงค์บางอย่างที่ต้องใช้เวลา จึงจะสามารถบรรลุผลตามความต้องการหลายอย่างในเวลาเดียวกันและมัก จะต้องเลือกสนองความต้องการที่รีบด่วนก่อนและสนองความต้องการที่ห่างออกไปในภายหลัง

2. ความพร้อม (Readiness) ระดับวุฒิภาวะ หรือความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการคนเราไม่สามารถความต้องการ ได้หมดทุกอย่าง ความต้องการบางอย่างอยู่นอกเหนือความสามารถของเขา

3. สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ

4. การแปลความหมาย (Interpretation) ก่อนที่คนเราจะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งลงไป เขาจะต้องพิจารณาสถานการณ์เสียก่อนแล้วตัดสินใจเลือกวิธีที่คาดว่าจะได้ความพอใจมากที่สุด

5. การตอบสนอง (Response) เป็นการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยวิธีการที่ได้เลือกแล้วในขั้นการแปลความหมาย

6. ผลที่ได้รับหรือผลที่ตามมา (Consequence) เมื่อทำกิจกรรมแล้วย่อมได้รับผลการกระทำนั้น ผลที่ได้รับอาจจะตามที่คาดคิดไว้ (Confirm) หรืออาจตรงกันข้ามกับความคาดหมาย (Contradict) ก็ได้

7. ปฏิกริยาต่อความคาดหวัง หากคนเราไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ก็กล่าวได้ว่าเขาประสบกับความผิดหวัง ในกรณีเช่นนี้ เขาอาจจะย้อนกลับไปแปลความหมายของสถานะเสียใหม่ และเลือกวิธีการตอบสนองใหม่ก็ได้

จะเห็นว่า องค์ประกอบของพฤติกรรม นั้น มีความหลากหลาย แต่ผู้วิจัยจะยึดหลักของ บลูม คือ ความรู้ เจตคติ นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการวิจัยในครั้งนี้ และการปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่รู้จักในรูปของ "KAP" จากรูปแบบความสัมพันธ์ ของพฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่า องค์ประกอบแต่ละด้านส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและการปฏิบัติตามมาในตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นการกระทำของสิ่งมีชีวิตที่สามารถวัดได้หรือสังเกตได้มนุษย์มีพฤติกรรมต่าง ๆ มากมายพฤติกรรมที่นับว่ามีความสำคัญอย่างหนึ่ง คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นการปฏิบัติของบุคคลเกี่ยวกับอาหารเพื่อช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโตและสามารถดำเนินชีวิต ได้อย่างสุขภาพดี ดังนั้น บุคคลควรควรมีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับอาหาร ซึ่งปัจจุบัน ความรีบเร่ง แข่งกับเวลา ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น เศรษฐกิจ ภาวะเครียด อาหารจานด่วน จึงเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น ถึงแม้ มีความรู้ มีเจตคติ พร้อมอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ก็เป็นมนุษย์เงินเดือน ที่ต้องมีเวลาทำงานตามเวลาราชการ และปัญหาการเดินทาง ทำให้การปฏิบัติหรือพฤติกรรม อาจจะสัมพันธ์กันเสมอไป

สิ่งที่กำหนดพฤติกรรมมนุษย์

จากความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆของมนุษย์นั้นจะต้องมีสิ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์แต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ดังนั้น ควรเข้าใจถึงสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมมนุษย์ดังต่อไปนี้

สุชา จันทน์อม (2536: 86) สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ มีดังนี้

1. ความเชื่อ (Belief) คือการที่บุคคลยอมรับข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งความผิดพลาดของเขาอาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงก็ได้ ความเชื่อเป็นสิ่งที่หักห้ามได้ยากและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก บุคคลใดมีความเชื่ออย่างใด ก็จะมีพฤติกรรมเป็นไปตามความเชื่อของเขา

2. ค่านิยม (Value) เป็นเครื่องมือชี้แนวปฏิบัติของบุคคลว่าจะอะไรเป็นจุดมุ่งหมายของชีวิต ค่านิยมอาจมาจากการอ่าน คำบอกเล่า หรือคิดขึ้นมาเอง

3. บุคลิกภาพ (Personality) เป็นคุณลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

4. สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรม (Stimulus Object) สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรมนี้ จะเป็นอะไรก็ได้ เช่น ความสวย ความหิว อาหาร ฯลฯ สิ่งที่มากระตุ้นพฤติกรรมอย่างหนึ่งก็อาจมีพลัง กระตุ้นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

5. เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคลวัตถุสิ่งของหรือสถานการณ์ต่างๆ เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล เจตคติ จึงเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ ที่บุคคลได้รับ

6. สถานการณ์ (Situation) หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือสภาวะที่บุคคลกำลังจะมีพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

นักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่า "พฤติกรรมการบริโภคอาหาร" ไว้หลายท่าน ซึ่งมีทั้งที่คล้ายกันและแตกต่างกัน ดังนี้

สุวัฒน์ ลิ้มยุ่นทอง (2550: 21) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกทั้งด้านการกระทำ ความคิด ความรู้สึก โดยเริ่มตั้งแต่การเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร การรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การได้อาหารอร่อย สะอาด และมีประโยชน์ต่อร่างกาย

องค์การอนามัยโลก (2544) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ว่าเป็นการประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน เช่น รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมื้อที่รับประทาน และอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังรับประทานอาหาร

ศิริลักษณ์ สินธุวาลัย (2533: 86) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าเป็นเรื่องของลักษณะและวิธีการรับประทานอาหารว่ารับประทานอะไร รับประทานอย่างไร มากหรือน้อย บ่อยหรือไม่ในรอบวันหรือเดือน มีระเบียบมารยาทการรับประทานอาหารเป็นอย่างไร ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจำแนกไปตามลักษณะหรือประเภทของบุคคล ได้แก่ เด็ก ผู้ใหญ่ คนชรา หรือ หรืออาจจำแนกการรับประทานตามโอกาส อาจจะเป็นที่บ้าน หรือร้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ไปถึงเรื่องเกี่ยวกับการหา และทำอาหารก่อนที่จะนำไปรับประทานว่าได้วัสดุอาหารนั้นมาจากไหน วิธีใดรักษาหรือเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการได้ดีที่สุด วิธีใดทำลายหรือลดคุณค่าทางโภชนาการ

พิษณุ อุตตะมะเวทิน และคณะ (2543: 3) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การแสดงออกของบุคคล ทั้งคำพูด และการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการได้มา การเลือก การประกอบอาหารการรับประทาน การเก็บและการถนอมอาหาร ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมการบริโภคส่วนบุคคลหรือได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ

ชิตชนก กัณกุล (2548: 5) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกหรือการปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกต้องวิธี

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมา สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำ การแสดงออก หรือการปฏิบัติของบุคคล เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยทั่วไปในชีวิตประจำวัน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร วิธีการรับประทานอาหาร และสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

บุคคลจะมีภาวะโภชนาการที่ดีได้นั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี เลือกบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสมกับสภาพและความต้องการของร่างกายตนเองจนมีความเชื่อ ค่านิยม และนิสัยบริโภคที่ถูกต้องด้วย ได้มีผู้เชี่ยวชาญได้รวบรวม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคไว้ ดังนี้

2.1 เพศ

ผู้ชายมีความต้องการพลังงานและสารอาหารต่างๆ สูงกว่าผู้หญิงในอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน เนื่องจาก โดยธรรมชาติผู้ชายมักมีรูปร่างสูงใหญ่กว่าผู้หญิง และผู้ชายมักทำงานหนักมากกว่าผู้หญิง ซึ่งผู้หญิงมักได้ทำงานที่เบาหรือใช้พลังงานน้อยกว่า ผู้หญิงจึงมีพฤติกรรมการบริโภคแตกต่างจากเพศชาย เช่น เพศชาย รับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยไม่รับประทานจุบจิบ ส่วนเพศหญิงมักรับประทานจุบจิบ และบางครั้งรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และอาจจะไม่รับประทานอาหารที่มีไขมัน

ปรมะ สตะเวทิน (2532: 220) ได้กล่าวว่า ได้มีการวิจัยหลายเรื่อง ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันมากในเรื่องความคิด ค่านิยม และเจตคติ ทั้งนี้ เพราะวัฒนธรรมและสังคมกำหนด บทบาท และกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน ผู้หญิงมักมีจิตใจอ่อนไหวหรือเจ้าอารมณ์ (Emotional) โอนอ่อนผ่อนตาม (Submissive) และเป็นแม่บ้าน แม่เรือน (Home-oriented) ผู้ชายเป็นผู้ที่ใช้เหตุผลมากกว่าผู้หญิง ในขณะที่ผู้หญิงยังจิตใจคนได้มากกว่าผู้ชาย ความแตกต่างอีกอย่างหนึ่ง คือ เมื่อมีความผิดพลาดผู้หญิงมักโทษตัวเองแต่ผู้ชายมักโทษผู้อื่น และที่สำคัญผู้หญิงมักถูกชักจูงได้ง่ายกว่าผู้ชาย ดังนั้น ความแตกต่างของสิ่งต่างๆ เหล่านี้ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเพศชายและเพศหญิง

2.2 อายุ

อายุเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร เนื่องจากวัยต่างๆ มีความชอบและความเหมาะสมกับอาหารแตกต่างกัน ดังนั้น จึงสามารถมีผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคแตกต่างกันได้ เช่น เด็กต้องรับประทานอาหารที่ไม่เผ็ด วัยรุ่นและวัยทำงานจะนิยมบริโภคอาหารรสจัด ส่วนผู้สูงอายุจะบริโภคอาหารอ่อนเคี้ยวง่ายและย่อยง่าย ดังจะเห็นจากการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ.2548 เรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 50.2 อายุ 15-59 รับประทานอาหารจืด ร้อยละ 25.05 ส่วนผู้สูงอายุ รับประทานอาหารจืด ร้อยละ 55.7 นอกจากนี้ วิธีการปรุง พบว่า กลุ่มอายุ 6-14 ปี รับประทานอาหารทอด ร้อยละ 11.4 ขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป รับประทานอาหารทอด ร้อยละ 4.5 และอาหารต้มตุ๋น กลุ่มอายุ 6-12 รับประทานร้อยละ 57 ส่วนผู้สูงอายุ รับประทานร้อยละ 73.6 เป็นต้น

ปรมะ สตะเวทิน (2532: 222) ได้กล่าวว่า อายุทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่อง ความคิด และพฤติกรรม โดยทั่วไปแล้ว คนที่มีอายุน้อยมักมีความคิดเสรีมากกว่า (More liberal) คนที่มีอายุมากกว่า ในขณะที่คนอายุมากกว่ามักมีความคิดอนุรักษ์นิยมมากกว่า (More Conservative) คนที่มีอายุน้อย และคนอายุน้อยมักเป็นคนที่ยึดอุดมการณ์กว่า (More idealistic) ใจร้อนกว่า (More impatient) และมองโลกในแง่ดีกว่า (More optimistic) คนที่มีอายุมาก ในขณะที่คนอายุมาก มักจะยึดการปฏิบัติมากกว่า (More pragmatic) มีความระมัดระวังกว่า (Cautious) และมองโลกในแง่ร้าย (Pessimistic)

นอกจากมีความแตกต่างด้านความคิดแล้ว อายุยังเป็นตัวกำหนดความแตกต่างในการถูกชักจูงได้ง่ายหรือยากด้วยการวิจัยทางจิตวิทยา พบว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้นโอกาสที่คนจะเปลี่ยนใจหรือถูกชักจูงจะน้อยลง และโดยปกติคนที่มียัยต่างกันจะมีความสนใจหรือความต้องการในสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไปด้วย

นอกจากนี้ลักษณะของการใช้สื่อของคนที่มีอายุต่างกันก็แตกต่างกันด้วย คนที่มีอายุมาก มักจะใช้สื่อมวลชนเพื่อแสวงหาข่าวสารที่เป็นสาระมากกว่าเพื่อความบันเทิง คนที่มีอายุมากมักจะอ่านข่าว การบ้าน การเมือง หรือบทบรรณาธิการ มากกว่าที่จะอ่าน เรื่อง ตลก หรือข่าวกีฬา

2.3 การศึกษา

การศึกษานับว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ตลอดจนการกำหนดพฤติกรรมการบริโภค การตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยรู้ว่าอาหาร สิ่งใดมีประโยชน์แก่ร่างกายควรซื้อมารับประทาน อาหารสิ่งใดไม่มี

ประโยชน์ไม่ควรซื้อมาบริโภค นอกจากนี้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาดี แม้ขาดความรู้ทางโภชนาการ ก็สามารถหาเอกสารในเรื่องนี้มาอ่านได้ ดังจะเห็นได้จากการการศึกษาของ

ปรเม สตะเวทิน (2532: 222) กล่าวว่า การศึกษาหรือความรู้ เป็นปัจจัยอีกประการหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อประชาชน ดังนั้น คนที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาที่แตกต่างกัน ในสาขาวิชาที่ต่างกัน ย่อมมีความรู้สึกรู้คิด อุดมการณ์และความต้องการที่แตกต่างกันไป

คนที่มีการศึกษาสูงหรือความรู้ดี ทั้งนี้เพราะคนเหล่านี้มีความรู้กว้างขวางมีความเข้าใจศัพท์มาก และมีความเข้าใจในสารดี แต่คนเหล่านี้มักจะเป็นคนที่ไม่ค่อยเชื่ออะไรง่ายๆ สารที่ไม่มีหลักฐานหรือเหตุผล สนับสนุนเพียงพอ มักจะได้รับการโต้แย้งจากบุคคลเหล่านี้

ประหยัด สายวิเชียร (2547: 32) กล่าวว่า ระดับการศึกษาจะช่วยให้คนมีความรู้เรื่องคุณค่าและประโยชน์ของอาหารต่างๆ อาหารตามฤดูกาล รวมถึงราคา เวลา และสถานที่ ที่จะซื้อด้วย การเลือกอาหาร และการกินอาหาร จึงเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้และปฏิบัติให้เป็นนิสัย โดยผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งการเรียนในระบบ นอกโรงเรียนและตามอัธยาศัย

ดังนั้น การศึกษา จึงน่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร ของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.4 รายได้

รายได้ หมายถึง ผลตอบแทนที่กิจการได้รับจากการดำเนินงาน การขายสินค้าหรือบริการตามปกติของกิจการรวมทั้งผลตอบแทนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินงานตามปกติ รายได้ของบุคคล เป็นเครื่องบ่งบอกฐานะทางเศรษฐกิจกล่าว คือ การมีรายได้ดี จะมีอำนาจในการซื้อและมีโอกาสเลือกซื้ออาหารมาบริโภคมากกว่าบุคคลอื่นที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้บุคคลที่มีฐานะดี พบว่า มีการบริโภคอาหารมากเกินความต้องการ เป็นผลให้เกิดปัญหาโภชนาการเกินตามมา ในขณะที่บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะมีปัญหาภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากอำนาจในการซื้ออาหารต่ำ

ปรเม สตะเวทิน (2532: 221) ได้กล่าวว่า คนที่มีรายได้ต่างกันมีความรู้สึกรู้คิดตลอดจนความสามารถแตกต่างกันด้วย ดังนั้น การแนะนำให้ชาวบ้านที่ยากจนบริโภคเนื้อสัตว์ในปริมาณที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ คงจะกระทำได้ยากกว่าการแนะนำให้คนที่มีฐานะดีกว่ากระทำ เช่นนั้น ในแง่ของการแสวงหาข่าวสาร คนที่มีฐานะดีหรือมีรายได้สูงมักจะใช้สื่อมวลชนมากและการใช้สื่อมวลชนของคนที่มีรายได้สูง มักจะใช้เวลาเพื่อแสวงหาเรื่องราวข่าวสารเป็นสาระ เช่น อ่าน ดู หรือฟัง เรื่องการบ้านการเมือง ปัญหาสังคม และเศรษฐกิจ หรือแม้แต่ความรู้เรื่องโภชนาการ เป็นต้น ดังนั้น เมื่อผู้มี

รายได้สูงรับข่าวสารมากกว่า ย่อม มีความรู้มากกว่า ทั้งอำนาจการซื้อก็มากกว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารย่อมแตกต่างจากคนที่มีรายได้ต่ำ

2.5 กลุ่มบุคลากร

ในการวิจัยครั้งนี้จะเป็นกลุ่มบุคลากรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยบุคลากร 4 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 นายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร กลุ่มที่ 2 นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสถิติ นักวิชาการพัสดุ นักวิชาการสุขศึกษา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักจัดงานทั่วไป วิศวกร สถาปนิก กลุ่มที่ 3 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี เจ้าพนักงานสถิติ เจ้าพนักงานพัสดุ เจ้าพนักงานธุรการ กลุ่มที่ 4 พนักงานขับรถ พนักงานธุรการ พนักงานพิมพ์ พนักงานเก็บเอกสาร แม่บ้าน จาก 9 หน่วยงาน ที่มีตำแหน่ง หน้าที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน แตกต่างกันไป ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติ จึงแตกต่างกัน มีผลทำให้บุคลากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค

2.6 ภาวะเครียด (Stress)

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามจากภายนอกและภายในร่างกาย รวมถึงความกดดันหรือขัดขวางการทำงาน ทำให้เกิดการฟุ้งฟางกลไกการป้องกันตนเองมาใช้ เพื่อทำให้ความเครียดเหล่านั้นลดลง หรือเป็นอาการที่เมื่อเราเกิดความตึงเครียดในความรู้สึก หรือไม่ได้รับการตอบรับในสิ่งที่ต้องการอย่างเพียงพอ (Sarason, 1980) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน หรือ สิ่งที่เราไม่สามารถควบคุมได้ และเมื่อเราไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้เราจะเกิดความเครียดได้เช่นกัน นั้นหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงในด้านดีก็สามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ การได้รับการสนับสนุนอาจก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นเดียวกัน กับการถูกไล่ออกถูกตำหนิ หรือได้รับงานมากเกินไป และความพยายามในการสร้างความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น การเปลี่ยนงานใหม่ การทะเลาะโต้เถียงเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน ราคาของที่แพงขึ้น การมาทำงานสายสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งนั้น

2.7 ภาวะสุขภาพ

ข้อมูลที่น่าสนใจจากการสำรวจชีวิตจิตใจ ได้สะท้อนให้เห็นว่า คนส่วนใหญ่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยงดรับประทานอาหารรสจัด อาหารทอด อาหารคลอเลสเตอรอลสูง เนื้อสัตว์บางชนิด และรับประทานผักผลไม้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งรับประทานอาหารเช้าครบถ้วนไปด้วย แต่จะกลับไปกินอาหารตามชอบมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ

หลังจากที่หายป่วยแล้ว แสดงให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพน่าจะเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2548)

2.8 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความรู้ เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมขั้นต้นที่บุคคลรับรู้ข้อเท็จจริงหรือกฎเกณฑ์ต่างๆ แล้วสะสมไว้เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ที่ตนเองมีอยู่ ก็จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมขั้นสูงกว่าขึ้นไป เกิดการรับรู้ ปรับแนวคิด เจตคติ และเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ ตามความรู้ ความเข้าใจ หรือเจตคติที่ตนเองมีอยู่ ซึ่งมีผู้รู้ได้กล่าวถึงความรู้ไว้ ดังนี้

บลูม (Bloom. 1971) กล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีการและกระบวนการต่างๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้เน้นย้ำในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ ในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่

อรรถวรรณ ปิณฑธนโฆวาท (2542: 34) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึงการได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รูปแบบ วิธีการ กฎเกณฑ์ แนวปฏิบัติ สิ่งของ เหตุการณ์ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์จากสื่อต่างๆ ประกอบกัน

จากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่า ความรู้ของผู้บริโภคมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย ซึ่งจะนำไปสู่ การตัดสินใจ และเกิดพฤติกรรม หน่วยงานกรมสนับสนุน ประกอบด้วย 7 กลุ่ม/สำนัก ซึ่งมีหน้าที่แตกต่างกัน บุคลากรมาจากสายงานที่หลากหลาย ดังนั้น ความรู้ในการบริโภคของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคได้

2.9 เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

เจตคติ หมายถึงอะไรซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536: 331) กล่าวว่า เจตคติ เป็นผลรวมของความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบ หรือไม่ชอบ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย

อรรถวรรณ ปิณฑธนโฆวาท (2542: 25) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง แนวโน้มของคนๆหนึ่งที่มีต่อสิ่งเร้าหรือเรื่องบางเรื่อง รวมถึงผลรวมของความรู้สึก อคติ ความคิด และความรู้สึกอื่นๆ ที่มีต่อสิ่งต่างๆ และมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเชื่อในเรื่องต่างๆหรือโลกทัศน์ที่ปลูกฝังอยู่ก่อนแล้ว

“เจตคติ” คือ สภาพความรู้สึทางด้านจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล อันเป็นผลทำให้เกิดมีท่าทีหรือมีความคิด เห็นรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นหรือไม่เห็นด้วย เจตคติมี ๒ ประเภทคือ เจตคติทั่วไป เจตคติเฉพาะอย่าง

โรเคช (Rokeach. 1970: 10) ให้ความหมายเจตคติ คือการผสมผสานหรือจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์โดยผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวทางของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

ดังนั้นอาจสรุปความหมายของเจตคติ คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดๆ ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในลักษณะชอบ ไม่ชอบ อาจเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย พอใจ ไม่พอใจ ต่อสิ่งใดๆ ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของเจตคติที่มีอยู่ และทำให้จะเป็นตัวกำหนดแนวทางของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อการบริโภคอาหาร และจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ ดังที่กล่าวมาแล้ว บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วยบุคลากรจำนวนมาก และมีความหลากหลายในสาขาวิชาชีพ ดังนั้น เจตคติแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมการบริโภคได้

พฤติกรรมการบริโภคจะมีผลต่อปริมาณ และคุณค่าของอาหารที่บุคคลจะได้รับ หากบุคคลได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะไม่ทำให้เกิดปัญหาโภชนาการ แต่ถ้าได้รับอาหารในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน ดังนั้น

พฤติกรรมการบริโภคจึงมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะในวัยทำงาน ซึ่งการเผาผลาญของร่างกายจะเริ่มลดลง หากมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินได้

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

3.1 ความหมาย

ราชบัณฑิตยสถาน (2546: 827) ให้ความหมายภาวะโภชนาการ คือความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจริญเติบโตของสิ่งมีชีวิต

ปราณีต ผ่องแผ้ว (2539: 8) อธิบายว่าภาวะโภชนาการ เป็นสภาวะทางสุขภาพของบุคคลที่มีผลมาจากการรับประทานอาหาร ย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสมและการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์

ภาวะโภชนาการ (nutritional status) หมายถึง สภาวะของร่างกายในส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร ซึ่งแบ่งเป็นภาวะโภชนาการที่ไม่ดีและภาวะโภชนาการที่ดี ดังนี้

ภาวะโภชนาการที่ดี หมายถึง สภาพของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่ถูกต้องหลักโภชนาการ คือ มีสารอาหารครบถ้วน และมีปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี หรือทุพโภชนาการ (malnutrition) หมายถึง สภาพของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่มีสารอาหารไม่ครบ และปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีผลทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นได้

สาเหตุที่ทำให้ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี

1. เกิดจากการบริโภคโดยตรง เช่น การบริโภคอาหารน้อยไม่พอ อาจเนื่องมาจากอาหารมีจำกัด หรือเพราะมีความยากจน เศรษฐกิจไม่ดีหรือ ลัทธิประเพณี ความนิยม ความเคยชินหรือแม้แต่นิสัยการบริโภค การอบรมที่ได้รับถ่ายทอดกัน ทำให้บริโภคอาหารที่ด้อยในทางคุณค่าทางโภชนาการ หรืออาจเป็นเพราะอาหารมีจำกัดทั้งชนิดและจำนวนทำให้เกิดการขาดแคลนในการที่จะนำมาบริโภคอย่างเพียงพอ

2. เกิดจากสภาพทางด้านร่างกายของผู้บริโภค เช่น การเคี้ยว การกลืน การย่อย การซึมผ่าน และการใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกาย รวมทั้งโรคต่างๆ ที่อาจเกิดแก่อวัยวะของระบบการย่อย ระบบขับถ่าย ระบบประสาท บางโรคทำให้เบื่ออาหารหรือร่างกายบางคนแพ้อาหาร แต่ในบุคคลบางกลุ่มพบว่า มีสภาพต้องการอาหารมากกว่าปกติ เช่น หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร หรือ ผู้ประกอบงานหนัก อย่างเช่น กรรมกรแบกหามต่างๆ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามภาวะโภชนาการย่อมมีความสำคัญต่อสุขภาพเป็นอย่างมากเพราะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรของประเทศชาติโดยเฉพาะภาวะโภชนาการที่ไม่ดีหรือทุพโภชนาการที่เกิดจากการได้รับอาหาร ที่มีสารอาหารไม่ครบและปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายมีผลทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นย่อมเป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและสังคมตามมาดังนั้นในลำดับต่อไปจะเป็นการกล่าวถึงภาวะทุพโภชนาการที่เกิดจากการขาดสารอาหารต่างๆที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

นริศรา พึ่งโพธิ์ (2551: 7) ได้ให้ความหมายภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะร่างกายของบุคคลที่เป็นผลจะกระบวนการที่ร่างกายได้รับสารอาหารและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเจริญเติบโต การสร้างเสริมเซลล์ต่างๆ ในร่างกาย การทำงานของอวัยวะและการป้องกันโรคเพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาวะสมบูรณ์

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะสุขภาพร่างกายของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร การย่อยสลายอาหาร การดูดซึมอาหาร เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างการทำงานของอวัยวะต่างๆ และการรักษาความสมดุลของร่างกายของบุคคล

ประเภทของภาวะโภชนาการ แบ่งเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ ภาวะโภชนาการปกติ ภาวะโภชนาการต่ำ และภาวะโภชนาการเกิน แต่ละประเภทมีลักษณะดังนี้ ภาวะโภชนาการปกติ เป็นภาวะที่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเหมาะสมกับส่วนสูงตามเพศและวัยของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนตามสัดส่วน ปริมาณ ตามความต้องการของร่างกาย ภาวะโภชนาการต่ำ เป็นภาวะที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หรือ เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และภาวะโภชนาการเกิน เป็นภาวะที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นั่นคือ ร่างกายได้รับสารอาหารมากกว่าความต้องการของร่างกายทำให้น้ำหนักของร่างกายเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือมีไขมันได้ผิวหนังในปริมาณมาก ภาวะน้ำหนักเกินสามารถแบ่งเป็นภาวะท่วมเริ่มเข้าสู่ภาวะอ้วน และภาวะอ้วน (นริศรา พิงพิธิ, 2553: 8)

3.2 การประเมินภาวะโภชนาการ

ประณีต ผ่องแผ้ว (2539: 35-38) กล่าวว่า ส่วนสูง และน้ำหนัก เป็นดัชนีชี้วัดของสภาวะโภชนาการที่สำคัญที่สุด เพราะจะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ขนาดของร่างกาย ในการประเมิน ความต้องการสารอาหารของแต่ละบุคคลได้

การวัดสัดส่วนของร่างกายในผู้ใหญ่ เป็นการประเมินที่เป็นภาวะคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อย (Static) ข้อมูลที่วัดได้แต่ละชนิดจึงมีข้อจำกัด เช่น ส่วนสูง อาจจะมีค่าเท่าๆ กันในคนที่มีรูปร่างลักษณะต่างกัน หรือน้ำหนักอาจจะเหมือนกันในคนที่มีสัดส่วนของไขมันและกล้ามเนื้อต่างกัน และสำหรับเส้นรอบอวัยวะต่างๆ (body circumference) ก็เช่นเดียวกัน ข้อมูลเฉพาะน้ำหนักอย่างเดียวไม่มีความหมายอะไร จะต้องเอามาสัมพันธ์กับอายุและส่วนสูง และได้มีการนำเอาวิธีการวัดสัดส่วนของร่างกายหลายๆ ชนิดมาใช้ร่วมกัน โดยการเทียบเป็นสัดส่วน เช่น น้ำหนัก/ส่วนสูง ดังค่า Body Mass Index (BMI) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้กันมากที่สุด หรือใช้น้ำหนักตัวร่วมกับ Body Circumference หนึ่งหรือสองชนิด เช่น วัดค่าน้ำหนักตัวร่วมกับปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง (Skin fold thickness) จะกลายเป็นดัชนีบ่งชี้ของปริมาณกล้ามเนื้อและไขมัน ซึ่งเป็นส่วนประกอบของร่างกายสามารถทำนายโครงสร้างของร่างกาย และหน้าที่ได้ด้วย

วิธีการวัดสวนสูง

วิธีการที่ใช้ในการวัดสวนสูงทำได้ง่าย แต่ต้องการความระมัดระวังอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำ อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัด อาจจะเป็นไม้วัดหรือเทปที่มีมาตรฐานโดยติดไว้กับฝาผนัง ให้สูงกว่าพื้นประมาณ 2 เมตร หรือติดยึดไว้กับเครื่องชั่ง อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดสวนสูงในปัจจุบันนี้ จำแนกออกได้ดังนี้

- เทปวัดสวนสูงโดยเฉพาะใช้ติดกับผนัง (Stanley microdots)
- แท่งเหล็กสำหรับวัดสวนสูงติดกับเครื่องชั่งแบบสปริงชนิดยื่นเลื่อนขึ้นลงได้ (Detector scale)
- ไม้วัดสวนสูง (Stationmasters board with a scale attached)

การวัดสวนสูงจะต้องถอดรองเท้าและยืนบนพื้นราบ สันเท้าชิดกัน ยึดตัวขึ้นไปข้างบนให้เต็มที่ หายใจลึกๆ หลังตรงและไม่เกร็งอยู่ในท่าที่สบาย ไหล่ไม่ห่อ แขนเหยียดตรงข้างตัว ศีรษะ หลัง ก้น และสันเท้า ควรจะสัมผัสกับไม้วัด ตามองตรงไปข้างหน้า แล้วจึงเลื่อนไม้ที่ใช้ในการวัดสวนสูงให้กดลงบนยอดศีรษะพอดี

การชั่งน้ำหนัก

วิธีที่ดีที่สุดในการชั่งน้ำหนักตัวคือ ควรจะชั่งในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้า โดยใช้เครื่องชั่งที่เหมาะสม เครื่องชั่งที่ใช้ในการชั่งน้ำหนักนั้นควรหมั่นตรวจสอบเครื่องชั่งให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานก่อนทำการชั่ง และการควบคุมคุณภาพในการชั่งน้ำหนักเป็นมาตรฐาน ต้องคิดถึงปัจจัยภายนอก ที่อาจจะทำให้น้ำหนักไม่ถูกต้อง เช่น เสื้อผ้าที่สวมใส่ รองเท้า ของเล่น กระเป๋าถือ พวงกุญแจ ฯลฯ ควรจะได้ตรวจตราให้มีความถูกต้องมากที่สุด เพราะสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความถูกต้องเที่ยงตรงของข้อมูลที่จะบันทึก และควรใช้เครื่องชั่งเครื่องเดียวกันในการวัดน้ำหนักเพื่อการติดตามประเมินภาวะโภชนาการในระยะยาว

4. ความรู้โภชนาการกับปัญหาสุขภาพ

4.1 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

วิภาวี บัณฑิตศรี (2550: 76) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง การตีความ และประมวลความรู้ที่อยู่รอบตัว ซึ่งความรู้จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยบางตัว เช่น การเรียนรู้ ประสบการณ์ แรงจูงใจ อารมณ์ เป็นต้น

บลูม (Bloom, 1971: 89 – 96) ได้อธิบายความหมายของ ความรู้ ไว้ว่า “ความรู้” หมายถึง พฤติกรรมและสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเน้นการจำ ไม่ว่าจะเป็นการระลึกถึงหรือระลึกได้ก็ตาม เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอันสืบเนื่องมาจากการเรียนรู้โดยเริ่มจากการรวบรวมสาระต่าง ๆ เหล่านั้น

จนกระทั่งพัฒนาไปสู่ขั้นที่มีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้นไป โดยความรู้นี้ อาจแยกออกเป็น ความรู้เฉพาะสิ่ง ความรู้ในเรื่องระเบียบการ และความรู้เรื่องสากล เป็นต้น

ชิฟแมน และคานุก (Schiffman; & Kanuk. 2000: 200) กล่าวถึง องค์ประกอบด้านนี้ว่า เป็นส่วนหนึ่งของความเข้าใจ (Cognitive Component) คือ ความรู้ (Knowledge) การรับรู้ (Perception) ความเชื่อ (Beliefs) อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งในส่วนของความรู้ และการรับรู้จะได้รับจากประสบการณ์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหลายแหล่งข้อมูลและความรู้ี้จะมีผลกระทบต่อความเชื่อ (Beliefs)

จากข้างต้น พอสรุปได้ว่า "ความรู้" หมายถึง ความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆหรือเรื่องราว โดยการนึกได้มองเห็น ได้ยินหรือได้ฟังไปใช้เพื่อเป้าหมายบางประการ ดังนั้นการที่เรามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีนั้น จะต้องมีความรู้ในเรื่องของอาหารด้วย เพื่อจะได้รู้ถึงผลที่จะได้รับจากการบริโภคอาหาร ซึ่งการมีความรู้มากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับการศึกษา ค้นคว้า ความสนใจ รวมถึงความเชื่อและประสบการณ์

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จึงหมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารหรือโภชนาการที่จะได้รับจาก การศึกษา ค้นคว้า ความสนใจ รวมถึงความเชื่อและประสบการณ์ด้วย เพื่อจะได้รู้ถึงผลที่จะได้รับจากการบริโภคอาหาร

4.2 ความหมายของอาหาร โภชนาการ สารอาหาร หน้าที่และบทบาทของสารอาหารต่อร่างกาย

อาหารและโภชนาการเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต โภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่สุขภาพและชีวิตที่มีคุณภาพความต้องการอาหารและโภชนาการ สำหรับคนวัยทำงาน หรือวัยผู้ใหญ่ ความสำคัญจะอยู่ที่การรับประทานอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี ทั้งที่เป็นกลุ่มประชากรที่ส่วนมากจะมีความรู้ด้านอาหารและโภชนาการในระดับหนึ่ง แต่ถึงอย่างไรคนในกลุ่มนี้พบว่ายังมีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง

4.2.1 ความหมายของอาหาร

กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์ (2550: 24) อาหาร (Food) หมายถึง สิ่งที่เราบริโภคได้ มีส่วนประกอบต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ต่อร่างกาย ซึ่งเรียกว่า "สารอาหาร" และยังมีส่วนประกอบอื่นๆ ที่ร่างกายไม่ต้องการและอาจไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายแต่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเฉพาะของอาหารนั้นๆ โดยอาจจะมีการปรุงแต่งเพิ่มเติมลงไปในอาหารธรรมชาติ เช่น สี กลิ่น รส ปัจจุบัน พบว่าส่วนประกอบในธรรมชาติของอาหารบางอย่างที่ไม่ได้จัดว่าเป็นสารอาหารแต่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น สารต้านออกซิเดชั่น และใยอาหาร เป็นต้น

ธนิดา กิริติสุธน และคณะ (2549: 68) ได้ให้ความหมาย ของ อาหาร หมายถึง สิ่งที่มีมนุษย์ ดื่मหรือกินเข้าสู่ร่างกาย โดยไม่มีพิษและมีประโยชน์ต่อร่างกายช่วยซ่อมแซมอวัยวะและส่วนที่สึกหรอ และทำให้กระบวนการต่างๆในร่างกายดำเนินไปอย่างปกติ ซึ่งรวมถึงน้ำด้วย อาหารประจำวันของมนุษย์ จึงจำเป็นต้องประกอบด้วยอาหารหลายประเภท เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายครบถ้วน อาหาร จึงเป็นได้ทั้งของแข็ง ของเหลว หรือก๊าซ เช่น อากาศที่เราหายใจเข้าไป เลือด น้ำเกลือหรือยาฉีดที่แพทย์จัดให้ก็นับว่าเป็นอาหารด้วย

4.2.2 ความหมายของโภชนาการ

โภชนาการ หมายถึง บทบาทหน้าที่และกระบวนการเปลี่ยนแปลงสารอาหาร โดยเริ่มตั้งแต่อาหารที่เข้าสู่ร่างกายผ่านกระบวนการย่อย ดูดซึม การนำไปใช้ การเก็บสะสม และการขับถ่ายของเสียจากร่างกาย

และโภชนาการเป็นศาสตร์ ที่ว่าด้วยการศึกษา สารอาหาร ที่มีอยู่ในอาหารว่า เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายแล้ว ร่างกายมีการบริหารจัดการอย่างไร กับสารอาหารต่างๆเหล่านี้ และนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร ซึ่งขบวนการที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริโภค การย่อย การดูดซึม การนำไปใช้ การขนถ่าย การเก็บสะสม การขับถ่ายของเสีย และทำปฏิกิริยากับสารอื่นๆ เป็นต้น (วรรณทิ ศุภพิพัฒน์. 2538: 1)

นอกจากนี้ กองโภชนาการ กรมอนามัย (2551) ได้ให้ความหมาย โภชนาการ หมายถึง อาหารที่เรารับประทานเข้าไป แล้วร่างกายนำไปใช้เพื่อสร้างความเจริญเติบโต การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย เราสามารถแบ่งอาหารออกเป็นประเภท โดยอาศัยหลักการโภชนาการ

4.2.3 ความหมายของสารอาหาร

สารอาหาร คือ สารเคมีที่มีความสำคัญและจำเป็นแก่ร่างกายได้รับสารอาหารจากอาหารต่างๆ สารอาหารทำหน้าที่ได้หลายอย่าง เช่น โปรตีน ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายเจริญเติบโตก็ได้ ซ่อมแซมส่วนที่ชำรุดทรุดโทรมของร่างกาย นอกจากนั้นยังช่วยควบคุมให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ได้ตามปกติ และเมื่อร่างกายได้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันไม่พอ ร่างกายสามารถใช้โปรตีนให้เป็นพลังงานได้เหมือนกัน (วิณะ วีระไวทยะ; และสง่า มาดาพงษ์. 2541)

สารอาหาร คือ องค์ประกอบของสารประกอบทางเคมีของธาตุต่างๆ ที่มีอยู่ในอาหารโดย สารอาหารมีโครงสร้างโมเลกุลเฉพาะตัว มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า อาหารแต่ละชนิดประกอบด้วยโมเลกุลของสารอาหารหลายๆชนิด ร่างกายต้องการสารอาหารกว่า 50 ชนิด และเพื่อให้เข้าใจง่ายจึงจัดสารอาหารที่สำคัญมี 6 จำพวก ได้แก่ สารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ สารอาหารแต่ละชนิดมีหน้าที่เฉพาะที่แตกต่างกัน

4.2.4 หน้าที่และบทบาทของสารอาหารต่อร่างกาย

การจำแนก สารอาหารต่างๆตามหน้าที่ต่อร่างกายได้ ดังนี้

1. ประเภทสร้างและซ่อมแซมร่างกาย ได้แก่ โปรตีน กลีโคแร น้ำ
2. ประเภทให้กำลังงาน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน
3. ประเภทควบคุมการทำงานต่างๆของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ ได้แก่ กลีโคแร วิตามิน น้ำ

กลุ่มอาหารที่ให้พลังงาน

พลังงานจากอาหารมีหน่วยวัดเป็น กิโลแคลอรีหน้าที่ของพลังงานอาหารสามารถให้ความร้อนและพลังงานแก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายอบอุ่น อวัยวะต่างๆในร่างกายสามารถทำงานได้อย่างปกติ เช่น การหายใจ การย่อยอาหาร การส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ส่วนพลังงานที่เกินหรือเหลือจากการใช้ประโยชน์จากร่างกายแล้ว จะถูกเก็บไว้ในรูปของไขมัน ได้ผิวหนัง และแทรกอยู่ในอวัยวะต่างๆภายในร่างกาย โดยเฉพาะที่ผนังหน้าท้อง ลำไส้ ตับ ไต หัวใจ ไขมันที่เก็บไว้ในร่างกายและที่ผนังหน้าท้องเมื่อเก็บไว้มากๆจะทำให้ร่างกายอ้วน ถ้าอ้วนมากจะทำให้เหนื่อยง่าย เดิน หรือ วิ่งไม่สะดวกรูปร่างไม่สวย และเจ็บป่วยได้ง่ายโดยเฉพาะการเป็นโรคเบาหวาน ถ้าเก็บไว้ในโดยเฉพาะตับและหัวใจมากๆ จะทำให้อวัยวะภายในเหล่านั้นทำงานไม่สะดวกทำให้เกิดโรคต่างๆ ขึ้น เช่น โรคตับ โรคหัวใจ โรคหัวใจในถุงน้ำดี

ไขมันที่รับประทานเกิน จะเข้าสู่หลอดเลือด เกาะตามผนังเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดอุดตันเลือดไหลไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่สะดวก ทำให้อวัยวะนั้นขาดเลือด เช่น หัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดภาวะโรคหัวใจเฉียบพลัน หากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ จะเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ขาดก มือตก เดินไม่ได้ บางรายอาจปากเบี้ยว พูดไม่ได้ หรือพูดไม่ชัด ขึ้นอยู่กับว่า สมองส่วนไหนที่ขาดเลือดไปเลี้ยง การรับประทานอาหารที่ให้พลังงาน จึงต้องระมัดระวังไม่ควรรับประทานมากหรือน้อยเกินไป

กลุ่มอาหารที่เสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกายให้ปกติ

โดยปกติร่างกายจะใช้อาหารกลุ่มนี้สำหรับซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและการเจริญเติบโตเท่านั้น ส่วนที่เหลือจากการใช้ประโยชน์ ร่างกายจะไม่เก็บสะสมไว้เหมือนสะสมไขมัน แต่ร่างกายจะขับทิ้งตับและไตจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการขับส่วนเกินของเนื้อสัตว์ออกไปในรูปของปัสสาวะและอุจจาระ ดังนั้นคนที่กินเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อวัว เนื้อหมูมากๆ ตับและไตจะทำงานหนักมาก ทำให้เป็นโรคตับและไตได้ง่าย นอกจากนี้ ในเนื้อสัตว์มีไขมันอิ่มตัวมาก การกินเนื้อสัตว์มาก ยังทำให้ร่างกายอ้วน และเป็นโรคไขมันในเลือดสูงได้ง่ายด้วย

กลุ่มอาหารที่ช่วยควบคุมการทำงานของร่างกายให้ปกติ

โดยทั่วไปการย่อยอาหารพวกแป้ง ไขมัน หรือ เนื้อสัตว์ต่างๆ เพื่อให้ได้สารอาหารที่จำเป็นสำหรับการทำงานที่เป็นปกติของร่างกาย จำเป็นต้องใช้วิตามินและเกลือแร่ต่างๆ เช่น ย่อยข้าว แป้ง ต้องใช้วิตามินกลุ่มบี สร้างกระดูกและฟัน ต้องใช้ โปรตีน แร่ธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัส วิตามินซี วิตามินดี ร่วมกัน การบำรุงดวงตาคือวิตามินเอ การบำรุงเลือดคือธาตุเหล็ก การบำรุงสมองให้ฉลาดคือไอโอดีน หรือการสร้างร่างกายให้เจริญเติบโตสมวัย นอกจากจะรับประทานโปรตีนแล้ว ต้องรับประทานวิตามิน เกลือแร่ต่างๆ เช่น เหล็ก แคลเซียม ไอโอดีน วิตามินเอร่วมด้วย หากขาดวิตามินหรือเกลือแร่ตัวใด ตัวหนึ่ง ร่างกายจะทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดอาการของโรคขาดสารอาหาร เช่น โรคโลหิตจาง โรคคอพอก โรคตาบอดกลางคืน โรคกระดูกอ่อน หรือตัวเตี้ย ตัวสูงไม่สมวัย (บุญตาทิพย์นันท์, 2551)

4.3 ภาวะโภชนาการกับสุขภาพ

การที่คนเราจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้การควบคุมของคนๆนั้นเอง ส่วนที่นอกเหนือการควบคุมมีน้อย เช่น กรรมพันธุ์ และปัจจัยที่ควบคุมได้ เช่น การเลี้ยงดูตั้งแต่เด็ก การดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องคนส่วนใหญ่จะช่วยกันดูแลสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพดี คือ มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี และสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ การเอาใจใส่เรื่องความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ซึ่งจะสามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมเพียงพอกับวัย และภาวะร่างกาย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สุขภาพดีถ้วนหน้า

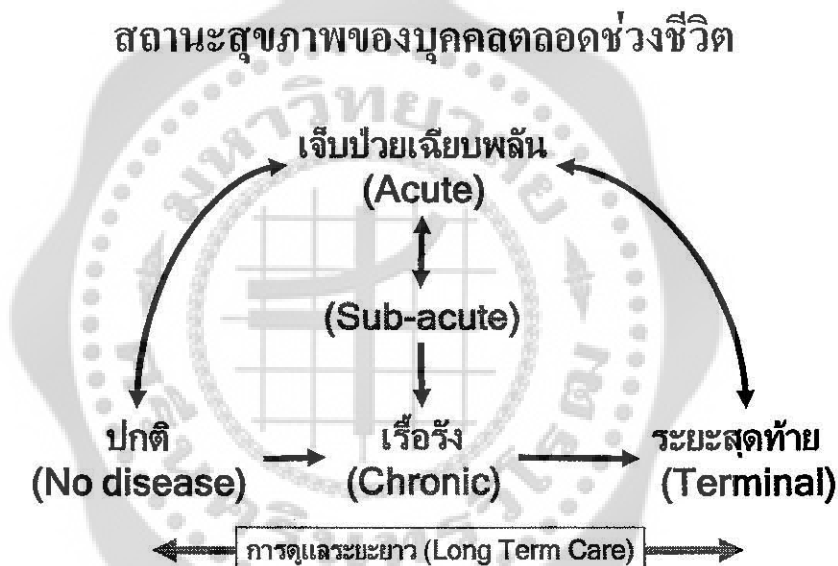
นอกจากนี้ นัยนา บุญทวีวัฒน์ (2546) กล่าวว่า การได้รับสารอาหารพอเพียงและสมดุลจะมีภาวะโภชนาการที่ดีแต่หากได้รับอาหารไม่สมดุลจะมีภาวะโภชนาการที่ขาดหรือเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของกลไกทางชีวเคมีและทำให้เกิดโรคในที่สุด

ภาวะโภชนาการดี (Desirable Nutrition) เป็นภาวะที่ได้รับสารอาหารทั้งชนิดและปริมาณตามที่ร่างกายต้องการ เพื่อทำหน้าที่ในเมตาโบลิซึม (Metabolism) และเก็บสะสมพลังงานไว้ใช้ในวิถีปกติ ตามปริมาณของสารอาหารแต่ละชนิดขึ้นอยู่กับเพศ วัย และน้ำหนักตัว

ภาวะโภชนาการขาด (Under Nutrition) เป็นภาวะที่ได้รับสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และเนื่องจากการหมุนเวียนการใช้สารอาหารจะเกิดขึ้นตลอดเวลา หากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอร่างกายจะใช้สารอาหารจากแหล่งสะสมในร่างกายได้ระยะเวลานานหนึ่ง แต่ถ้าแหล่งสะสมพลังงานหมด จะเกิดภาวะการขาดและเกิดพยาธิสภาพของโรคได้

ภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition) เป็นภาวะที่ได้รับสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือ หลายชนิดมากเกินไปความต้องการของร่างกายถ้าเป็นระยะเวลาภายใน 1-2 สัปดาห์ อาจจะไม่ปรากฏลักษณะ

และอาการผิดปกติให้เห็น แต่ถ้าได้รับมากเป็นระยะเวลานานจะเกิดความผิดปกติและทำให้เกิดโรคได้ ภาวะโภชนาการเกินที่พบมาก คือ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปจนเกินความต้องการ ทำให้มีน้ำหนักตัวเกินและเกิดโรคอ้วน การมีน้ำหนักตัวและระดับไขมันในเลือดสูง จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น โรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของคนไทยในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา กลุ่มโรคเรื้อรังและมีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ/ภาวะโภชนาการบกพร่อง มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ที่อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงต่อไปได้ หากไม่มีการวางแผนป้องกันที่ดี สถานะสุขภาพของบุคคลตลอดช่วงชีวิต จะมีวงจรสุขภาพในภาวะปกติ ในภาวะสุขภาพเจ็บป่วย และ ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือการป้องกันสุขภาพ สุขภาพก็จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ไปจนถึงภาวะสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ดังแสดงในภาพประกอบ 2



ดัดแปลงจาก Kongstvedt, Peter R. editor.
The Managed Health Care Handbook. 4th edition

ภาพประกอบ 2 สถานะสุขภาพของบุคคลตลอดช่วงชีวิต
ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง

ดังนั้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพ
สำหรับวัยทำงาน หรือวัยผู้ใหญ่ควรให้ความสำคัญและ
(Education) โภชนาการ(Nutrition) สภาพแวดล้อมอื่นๆ(Over
มีอิทธิพลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย (ณรงค์ศักดิ์ อังค์
สาธารณสุข ได้วางแผนด้านการป้องกัน การส่งเสริม และ
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านอาหารและโภชนาการ

เพื่อสุขภาพที่ดี 9 ข้อ หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการ" เพื่อเผยแพร่ให้ใช้เป็นแนวทางในการรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ก็จะช่วยลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ดีของคนไทย ดังนี้

โภชนบัญญัติ 9 ประการ หมายถึง ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หมายถึง ข้อแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทยเพื่อนำไปใช้เป็นรูปแบบในการบริโภคอาหารที่จะทำให้ได้รับประโยชน์สูงสุดกับสุขภาพของร่างกาย และถูกต้องตามหลักโภชนาการ ในการจัดทำโภชนบัญญัติ 9 ประการ หรือข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการทั้งการขาดสารอาหาร โรคเรื้อรังเกี่ยวกับโภชนาการ และคำนึงถึงความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร ดังนี้

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว รายละเอียดดังนี้

1.1 กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ คือ ในแต่ละวันต้องบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่เนื่องจากร่างกายต้องการสารอาหารที่มีอยู่ในอาหารได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ แต่ไม่มีอาหารชนิดใดที่ให้สารอาหารครบทุกชนิด ในปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย จึงจำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย จึงจะได้สารอาหารครบถ้วน และเพียงพอสำหรับความต้องการของร่างกาย

1.2 หมั่นดูแลน้ำหนักตัว คือ น้ำหนักต้องอยู่ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดเพราะน้ำหนักตัวเป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญในการบอกถึงภาวะสุขภาพของคนว่าดี หรือไม่ดี โดยถ้าน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หรือผอมไปจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย และประสิทธิภาพในการเรียน การทำงานด้อยลงกว่าปกติ และหากมีน้ำหนักมากกว่าปกติ หรืออ้วนไปก็จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งบางชนิด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ของคนไทย การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควบคุมโดยการชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยเดือนละครั้ง การกินอาหารให้เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องนาน 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น (ไกรสิทธิ์, 2540) การประเมินน้ำหนักตัวว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่นั้น ใช้หลักเกณฑ์ ผู้ใหญ่ ชาย หญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ใช้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) เป็นเกณฑ์อ้างอิง โดยคำนวณจากสูตร

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

การแปลผลค่าดัชนีมวลกาย (วนิชา กิจวรพัฒน์, 2548)

ค่าดัชนีมวลกาย <18.5	กิโลกรัมต่อตารางเมตร	ถือว่า น้ำหนักน้อย
ค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 18.5-22.9	กิโลกรัมต่อตารางเมตร	ถือว่า น้ำหนักปกติ

ค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 23.0-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่า ท้วม

ค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่า อ้วนระดับ 1

ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่า อ้วนระดับ 2

อย่างไรก็ตาม มีผลการศึกษาภาวะน้ำหนักเกินของประชาชนชาวเอเชีย และคนไทยต่ออัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ที่เกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ สูง

2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางครั้ง ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรต ร่างกายนำไปใช้เป็นพลังงาน ในข้าวยังมีวิตามิน แร่ธาตุ และเส้นใยอาหาร การบริโภคข้าวควรเลือกข้าวที่ผ่านการขัดสีแต่น้อย เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ เพราะมีเส้นใยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุในปริมาณสูง โดยอาจบริโภคสลับกับผลิตภัณฑ์จากข้าว และธัญพืชอื่นๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน เส้นหมี่ บะหมี่ วุ้นเส้น ขนมปัง เผือก และมัน

3. กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ ผักและผลไม้ นอกจากให้วิตามิน และแร่ธาตุรวมทั้งสารอื่นที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น เส้นใยอาหารซึ่งช่วยให้ระบบขับถ่ายดี ช่วยลดคอเลสเตอรอล และสารพิษที่ก่อมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย การบริโภคผัก ผลไม้เป็นประจำจะไม่ทำให้อ้วน เพราะให้พลังงานต่ำ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง และโรคหัวใจ ปัจจุบันมีรายงานระดับโลก เรื่องอาหารและโภชนาการกับการป้องกันโรคมะเร็ง

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ เนื้อสัตว์ทุกชนิดให้สารอาหารโปรตีน แต่ควรเลือกบริโภคชนิดไม่มีไขมันหรือมีในปริมาณน้อย เพื่อลดการสะสมไขมันในร่างกาย และควรกินปลาอย่างสม่ำเสมอ ไข่ เป็นอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีน หาซื้อง่าย เด็กสามารถบริโภคได้ทุกวัน แต่ผู้ใหญ่ไม่ควรบริโภคเกินสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์ ถั่ว เป็นอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนคุณภาพสมบูรณ์ และราคาถูกจึงควรบริโภคสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมเป็นแหล่งของแคลเซียม และฟอสฟอรัส ช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ยังมีโปรตีน กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย น้ำตาลแลคโทส และวิตามินต่างๆ เช่น วิตามินเอช่วยในการมองเห็นในที่แสงสลัว และช่วยเพิ่มความต้านทานโรค วิตามินบี 2 ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต ช่วยให้ระบบอวัยวะเยื่อต่างๆ ทำหน้าที่ปกติ โดยเฉพาะช่วยป้องกันโรคปากนกกระจอก นมจึงเป็นอาหารที่เหมาะสมกับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย แต่ถ้าต้องการควบคุมน้ำหนักก็อาจต้องดื่มนมพร่องมันเนย ส่วนผู้ใหญ่โดยเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือนควรดื่มนมเสริมแคลเซียม ถ้ามีน้ำหนักมากก็อาจดื่มนมพร่องมันเนยเสริมแคลเซียม

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพให้พลังงาน และความอบอุ่นแก่ร่างกาย ไขมันในอาหารมีทั้งชนิดที่ให้กรดไขมันอิ่มตัว และกรดไขมันไม่อิ่มตัว กรดไขมัน

อิ่มตัวพบมากในเนื้อสัตว์ หนักร้ำมัน และเครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะตับ ไข่แดง อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม จะมีคอเลสเตอรอลสูง ถ้าบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลมากจะทำให้เกิดโรคอ้วน และโรคไขมันในเลือดสูงเป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่วนน้ำมันจากพืชจะมีปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวน้อยกว่า กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว) จึงแนะนำให้บริโภคไขมันจากพืชแทนไขมันจากสัตว์ ไขมันมีความสำคัญต่อร่างกาย เพราะช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ ดี อี เค แต่ไม่ควรบริโภคมากเพราะจะทำให้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และเกิดโรคอ้วน ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวาน และเค็มจัด คนไทยส่วนใหญ่นิยมปรุงรสอาหารเพื่อให้มีรสชาติอร่อย โดยเฉพาะปัจจุบันนี้พบว่าคนไทยนิยมบริโภครสหวานมากขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพราะอาจเป็นสาเหตุเป็นโรคเบาหวาน และยังส่งเสริมให้มีการสร้างไขมันประเภทไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งจะมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นจึงควรจำกัดการบริโภคน้ำตาลไม่ให้เกินวันละ 40-45 กรัมหรือ 3 - 4 ช้อนโต๊ะ และควรหลีกเลี่ยงขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม ส่วนรสเค็มในอาหารได้จากการเติม น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เกล็ดแกง อาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม และขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบทอด เป็นต้น การบริโภคอาหารที่มีเกลือแกงมากกว่า วันละ 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชาขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และทำให้เกิดอาการบวมน้ำได้

8. กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน อาหารที่บริโภคต้องสะอาดปราศจาก จุลินทรีย์ และสารเคมีที่จะทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย เช่น แบคทีเรีย ไวรัส พยาธิ และสารเคมีที่ปนเปื้อนในอาหาร เช่น สารกันบูด สารแต่งสี กลิ่น และรสอาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน ควรบริโภคอาหารที่ปรุงสุกโดยใช้ความร้อนสูง ถ้าต้องบริโภคอาหารนอกบ้านควรพิจารณา อาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ๆ มีการปกปิดอาหารเพื่อป้องกันแมลง และฝุ่นละออง บรรจุอยู่ในภาชนะที่สะอาด ผู้สัมผัสอาหารมีสุขลักษณะที่ดี ใช้วัตถุดับภาชนะ และอุปกรณ์ที่สะอาดในการปรุง และหยิบจับอาหารที่ปรุงเสร็จ ไม่ใช้มือสัมผัสอาหารโดยตรง ส่วนที่ใช้ปรุง และเก็บอาหารไม่อยู่ใกล้แหล่งเพาะเชื้อโรค เช่น กองขยะ ตลาดสด ขยะมีภาชนะที่มีฝาปิดรองรับ

9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโทษแก่ร่างกาย ทำให้การทำงานของสมอง และระบบประสาทช้าลง สมรรถภาพการทำงานลดลง ขาดสติทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ตลอดจนเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ มะเร็งหลอดอาหาร และโรคขาดสารอาหาร จึงควรงด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพราะมีอันตรายมากกว่าที่จะให้ประโยชน์ต่อร่างกาย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ตลอดจนเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ มะเร็งหลอดอาหาร และโรคขาดสารอาหาร จึงควรงด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพราะมีอันตรายมากกว่าที่จะให้ประโยชน์ต่อร่างกาย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2552)

ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึงลักษณะของการไม่เป็นโรค สุขภาพเป็นความสมบูรณ์ของคนใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ(ปัญญา) หากสมบูรณ์อย่างสมดุลแล้ว ก็จะเรียกว่าสุขภาพะ

องค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization) ได้ให้ความหมายของสุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสุขภาพะจิตวิญญาณ (องค์การอนามัยโลก. 2544)

กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย ไขมันในช่องท้องมากเกินไป ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือดตีบตัน นำไปสู่การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือด

อย่างไรก็ตาม มีผลการศึกษาระบุว่าน้ำหนักเกินของประชาชนชาวเอเชียและคนไทย ต่ออัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ที่เกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ สูง

นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือด จะทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น 2-3 เท่า ทำให้ผนังหลอดเลือดทำงานผิดปกติ ยึดหยุ่นน้อยลง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และลดประสิทธิภาพของการละลายเลือดที่แข็งตัว ทำให้เกิดผลึกไขมัน (Plaque) ที่หลอดเลือดเร็วขึ้น นำไปสู่การเกิดหลอดเลือดตีบตัน

4.4 ความรู้เกี่ยวกับ โรคอ้วนลงพุง หรือเมตาบอลิก ซินโดรม (Metabolic syndrome)

Metabolic syndrome หมายถึงกลุ่มโรคที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารที่ผิดปกติ และความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งพบร่วมกันได้บ่อย ความผิดปกติดังกล่าวได้แก่ ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ผู้ที่เป็น metabolic syndrome จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุของ metabolic syndrome ในปัจจุบันเชื่อว่าเป็นผลจากโรคอ้วนและภาวะดื้อต่ออินซูลิน การรักษา metabolic syndrome มุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตเป็นอันดับแรก การลดน้ำหนัก การออกกำลังกายและปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน ความสำคัญของ Metabolic syndrome ผู้ที่มีภาวะ metabolic syndrome เป็นที่ทราบแล้วว่า จะมีโอกาสหรือ “ความเสี่ยง” สูงมากต่อการเป็น

โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทั้งสองโรคนี้มีอันตรายต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ปัจจุบันวิถีชีวิตประจำวัน และพฤติกรรมการบริโภคที่เน้นความสะดวก และรสชาติแบบตะวันตก ทำให้เกิดภาวะ metabolic syndrome มากขึ้น นอกจากนั้น ด้วยวิทยาการการแพทย์ที่ก้าวหน้า ซึ่งส่งผลให้อายุประชากรยาวนานขึ้น ก็ยิ่งทำให้พบ metabolic syndrome มากขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากอายุเพิ่มมากขึ้น ความถี่ในการเป็น metabolic syndrome จะเพิ่มขึ้นด้วย

เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มโรคที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารที่ผิดปกติ (Metabolic syndrome)

ปัจจุบันมีเกณฑ์วินิจฉัย Metabolic syndrome อยู่หลายเกณฑ์ด้วยกัน โดยเกณฑ์การวินิจฉัยของ NCEP ATPIII 2001 , WHO เป็นเกณฑ์ที่ได้รับความนิยมที่สุด เป็นที่ยอมรับค่อนข้างมาก โดยระบุว่าผู้ที่มีกลุ่มอาการ Metabolic syndrome จะมีภาวะอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ ดังนี้

1. อ้วนลงพุง มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขึ้นไป หรือมีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) สำหรับผู้ชายหรือมากกว่า 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) สำหรับผู้หญิง
2. มีความดันโลหิตสูงกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท หรือได้รับยาลดความดันโลหิต
3. ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูง มีค่ามากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือได้รับยาลดไขมันในเลือดอยู่
4. ไขมัน HDL-Cholesterol ต่ำ คือน้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชายหรือน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้หญิง
5. ระดับน้ำตาลในเลือด ขณะท้องอาหาร สูงกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ตามเกณฑ์ของ IDF ใช้ค่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) (กิตติยศ ศุภสมบัติ, 2553)

ประเทศไทย เกณฑ์ในการวินิจฉัย metabolic Syndrome อิงตามเกณฑ์ของ IDF โดย IDF กำหนดตำแหน่งการวัดรอบเอวที่ระดับกึ่งกลาง ระหว่างชายโครงซี่สุดท้าย กับส่วนบนสุดของกระดูกเชิงกราน (ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า ตำแหน่ง IDF) แต่เนื่องจากตำแหน่งดังกล่าวค่อนข้างวัดยากโดยเฉพาะคนอ้วน และต้องใช้ Bony Land mark ถึง 2 ตำแหน่งเพื่ออ้างอิง แต่ตำแหน่งที่ใช้วัดกลับไม่มี Bony Land mark กระทรวงสาธารณสุขจึงเกรงว่าจะเป็นการยากในการทำความเข้าใจกับบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข หรือประชาชนทั่วไป ตกลงที่จะวัดที่ระดับสะดือแทน ซึ่งการวัดที่ตำแหน่งสะดือนั้นแม้จะง่ายในการสื่อสารทำความเข้าใจ แต่ก็เกิดผลเสียคือ เราใช้นิยามตาม IDF รวมถึงขนาด Cut off point ที่จะระบุความผิดปกติที่ 90 เซนติเมตรในชายหรือ 80 เซนติเมตรในหญิง การวัดที่เส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรในชาย หรือ 80 เซนติเมตรในหญิง ไม่ว่าจะเกณฑ์การวินิจฉัยจะยึดตาม IDF คือต้องมีภาวะอ้วนลงพุง ร่วมกับการมีเกณฑ์อื่นร่วมด้วยอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ FBS

100 มิลลิกรัม/เดซิลิตรหรือเป็นโรคเบาหวาน HDL<40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในชาย หรือ < 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในหญิงมีค่า Triglyceride ≥ 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ความดัน Systolic ≥130 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือเป็นความดันโลหิตสูง(ทีมวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ราชบุรี. 2550) จากวิธีการวัดรอบเอวหญิง และ ชาย ดังแสดงในภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 วิธีการวัดรอบเอวหญิงและชาย

หลักเกณฑ์ทั่วไปในการวัดรอบเอวคือ วัดในท่ายืน

- 1. ขณะที่ยายใจออกจนสุด (End Expire)
- 2. สายวัดให้ขนานกับพื้น
- 3. รัดกำลังดีไม่แน่นหรือหลวมเกินไป
- 4. หน่วยวัดให้ใช้หน่วยเป็นเซนติเมตร
- 5. ส่วนตำแหน่งของรอบเอวที่ใช้วัดนั้น

ตาราง 1 ตำแหน่งวิธีการวัดรอบเอวแนะนำโดยสถาบันต่างๆ

สถาบัน	ตำแหน่งที่ใช้วัด	Lumbar
กระทรวงสาธารณสุข	ระดับสะดือ (Umbilicus)	L4-L5
IDF 2005	จุดกึ่งกลางระหว่างซี่โครงซี่สุดท้ายกับส่วนบนสุดของกระดูกตะโพก (Mid way Between lowest rib and top of iliac crest)	L2-L3
NCEP ATP III & AHA 2005	ส่วนบนสุดของกระดูกตะโพก (Highest point of Iliac Crest) ส่วนนี้จะตรงกับระดับเข็มขัด	L1

ที่มา: ทีมวิจัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ราชบุรี. (2550).

ความผิดปกติที่พบร่วมกับ Metabolic syndrome

นอกจากความผิดปกติที่เป็นเกณฑ์วินิจฉัย แล้วยังพบว่าผู้ป่วย metabolic syndrome จะมีภาวะเลือดแข็งตัวได้ง่าย (หรือเรียกว่าเลือดหนืด) อาจพบการอักเสบน้อยๆ ที่หลอดเลือด ซึ่งทั้งภาวะที่เลือดแข็งตัวได้ง่าย และภาวะที่พบการอักเสบในร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยส่งเสริมการเกิด Metabolic syndrome

ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิด Metabolic syndrome คือความอ้วน และภาวะดื้อต่ออินซูลิน ความอ้วน ทำให้เกิด Metabolic syndrome เนื่องจากไขมันซึ่งสะสมในช่องท้อง จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และภาวะดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการทำงานของฮอร์โมนอินซูลินลดลง ฮอร์โมนอินซูลิน มีหน้าที่ในการนำน้ำตาลที่ลอยอยู่ในหลอดเลือด เข้าไปส่งในเซลล์กล้ามเนื้อไปเผาผลาญเป็นพลังงาน และฮอร์โมนอินซูลินทำหน้าที่เป็นตัวส่งสัญญาณไปบอกเซลล์ตับให้ลดการสร้างกลูโคสลง ผลโดยรวมของอินซูลินต่อร่างกายคือทำให้เกิดสมดุลของการใช้และการสร้างน้ำตาลในร่างกาย ไม่ให้เกิดช่วงที่น้ำตาลในเลือดสูงเกิน หรือเรียกว่าเป็นเบาหวาน ในคนอ้วนที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่างกายจะเกิดปัญหาในการใช้ประโยชน์จากน้ำตาล ซึ่งในช่วงแรกอาจพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเล็กน้อย และลดลงสู่ระดับปกติได้ เรียกว่า "ภาวะที่พร้อมจะเป็นเบาหวาน: pre-diabetes" เมื่อเวลาผ่านไป "ภาวะที่พร้อมจะเป็นเบาหวาน" ก็จะกลายเป็นเบาหวานจริงๆ ซึ่งเป็นที่ทราบดีถึงผลเสียต่อร่างกายหลายด้าน (กิตติยศ ยศสมบัติ. 2553)

การป้องกันอันตรายจาก Metabolic syndrome

การควบคุมน้ำหนัก โดยการลดปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหารลง ประมาณ 500-1000 กิโลแคลอรี พร้อมทั้งเพิ่มการใช้พลังงาน เช่นการออกกำลังกาย โดยมีเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักให้ลดลงประมาณร้อยละ 5-10 ในช่วง 6-12 เดือน พบว่าทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่

- ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง และระดับเอช-ดี-แอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น

- การออกกำลังกาย ควรจะทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาทีด้วยความแรงของการออกกำลังกายที่เหมาะสม (moderate intensity) นอกจากนี้การออกกำลังกายในระยะเวลานั้นๆครั้งละ 10-15 นาที เช่น การเดินเร็วๆ การทำงานบ้าน แต่ทำบ่อยๆวันละหลายครั้งก็พบว่ามีความประโยชน์เช่นกัน

ปรับพฤติกรรมการบริโภค โดยลดสัดส่วนปริมาณอาหารในกลุ่มไขมันอิ่มตัว และคาร์โบไฮเดรตชนิดโมเลกุลเดี่ยวเช่นน้ำตาลทราย ซึ่งจะให้พลังงานสูง และดูดซึมเข้าสู่ร่างกายอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการสะสมได้ง่าย และอ้วนลงพุง (กิตติศ ยศสมบัติ. 2553)

ทั้งนี้การปรับพฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต พร้อมกับเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในสังคมเขตเมืองการได้รับสารอาหารประเภทแป้ง ไขมันสูง และขาดออกกำลังกาย ทำให้ประชากรในเขตเมืองมีน้ำหนักเกินและอ้วนมากขึ้น ซึ่งจากการวิจัยของนักโภชนาการและผู้สนใจในสุขภาพได้ศึกษาวิจัย ค้นพบสิ่งใหม่ๆ มากยิ่งขึ้นในตำรับอาหารไทย เป็นต้นว่าอาหารตำรับไทยมักมีส่วนประกอบของอาหารครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสมอย่างยิ่ง กล่าวคือ มีโปรตีน ในปริมาณพอเหมาะและเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดี เช่น เนื้อปลา กุ้ง ไข่ เป็นต้น มีไขมัน ปริมาณต่ำ ปริมาณพอเหมาะกับความต้องการของร่างกายและไม่เพิ่มความเสี่ยงของการมีไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีข้าวและอาหารหมู่คาร์โบไฮเดรตที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนมากมายหลายชนิด และยังเต็มไปด้วยผักนานาพรรณที่ประกอบกันเป็นอาหารแต่ละจาน ซึ่งมีปริมาณเกลือแร่ และวิตามิน ที่ทำให้อวัยวะลดความเสี่ยงในการขาดสารอาหารต่างๆ และยังเป็นแหล่งของใยอาหารที่ช่วยลดการดูดซึมไขมัน และลดการดูดซึมสารพิษต่างๆ ที่อาจเจือปนเข้ามาให้ลดน้อยลงจนหมดไป ผักที่ใช้ประกอบอาหารไทยนั้นมักเป็นพืชสมุนไพร นอกจากเพิ่มรสชาติ กลิ่นหอม และสีสันทัดอาหารแล้ว ยังมีสรรพคุณทางยา ช่วยย่อย ช่วยขับลม ช่วยการขับถ่าย ตลอดจนช่วยลดพิษที่แฝงมาในรูปอนุมูลอิสระหลายชนิด โดยเชื่อว่าลดความเสี่ยงจากการเป็นมะเร็งชนิดต่างๆ ได้ไม่มากนักน้อย ยังไม่นับเครื่องเทศ และเครื่องปรุงรสอื่นๆ อีกหลายชนิด (กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์. 2547)

4.5 ความรู้เกี่ยวกับไขมันทรานส์ (Trans Fatty acid)

ไขมันทรานส์ (Trans Fat acid) คือ ไขมันแปรรูปชนิดหนึ่ง ที่ส่วนใหญ่เกิดจากการนำไขมันไม่อิ่มตัวที่มีลักษณะเป็นของเหลว (Liquid Oil) มาเติม ไฮโดรเจน (hydrogenated) โดยปกติแล้วกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดทรานส์ พบได้น้อยตามธรรมชาติ เช่น ในเนื้อสัตว์ และนม เป็นต้น แต่ไขมันทรานส์ (Trans Fat acid) ที่ใช้อย่างแพร่หลายในอุตสาหกรรมอาหารนั้น ได้มาจากกระบวนการเติมไฮโดรเจนลงไปบนน้ำมันพืชเพื่อเปลี่ยนโครงสร้างของกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิด Cis ให้เป็น trans ได้ ไขมันที่เป็นลักษณะกึ่งของแข็ง (Semi-solid) เรียกว่า Trans Fat acid หรือ hydrogenated oil หรือ partially hydrogenated oil เช่น การผลิตเนยเทียม (Margarine) จากน้ำมันพืช การผลิตเนยเทียมจากถั่วเหลือง การผลิตเนยขาว (Shortening) ในอุตสาหกรรมเบเกอรี่ ซึ่งไขมันชนิดนี้มีคุณสมบัติทางฟิสิกส์เหมือนกันกับไขมันชนิดอิ่มตัว คือ จะเป็นของแข็งที่อุณหภูมิห้องและเป็นน้ำมันเมื่อเข้าสู่กระบวนการประกอบอาหาร

1. ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันทรานส์ (Trans Fat acid) มากเกินไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease: CHD) เนื่องจาก ระดับ Low density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) เพิ่มขึ้น และ ถ้า Low density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) มีมากเกินไป จะจับกับผนังเส้นเลือด เสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดตีบ ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้ระดับ LDL-C ซึ่ง LDL-C มีหน้าที่จับคอเลสเตอรอลและฟอสโฟลิปิดชนิดเลว แล้วกลับไปตีตื้นเพื่อสลายหรือขับออกจากร่างกาย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับประทานอาหารที่มี Trans Fat acid จะส่งผลเสียต่อร่างกายยิ่งกว่าการกินอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงถึงสองเท่า เพราะไขมันอิ่มตัวจะเพิ่มทั้ง LDL-C และ High density lipoprotein Cholesterol (HDL-C) ในกระแสเลือดในขณะที่อาหารที่มี Trans Fat acid นั้น ทำให้ระดับ Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) เพิ่มขึ้นอย่างเดียว แต่ลดระดับ High density lipoprotein Cholesterol (HDL-C)

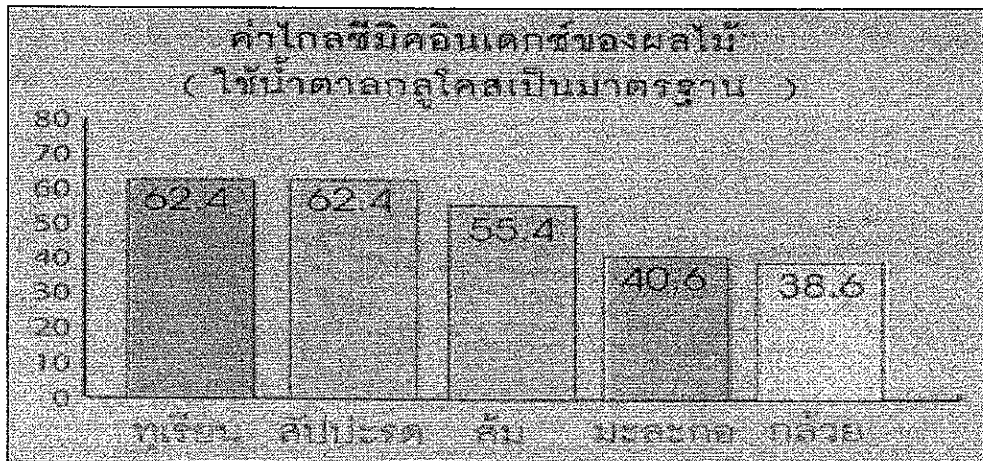
2. ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ (Trans Fat acid) ในปริมาณมาก พบว่า จะมีน้ำหนักเกินและมีไขมันส่วนเกินเพิ่มขึ้น โดยการวิจัยในสัตว์ทดลอง พบว่า กลุ่มที่กินอาหารที่มี trans fat จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.2 ในขณะที่กลุ่มสัตว์ทดลองที่กินอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเป็นส่วนประกอบมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.8

3. เนื่องจากไขมันทรานส์ (Trans Fat acid) เป็นไขมันแปรรูป ทำให้ตับต้องย่อยสลายไขมันทรานส์ (Trans Fat acid) ด้วยภาวะที่แตกต่างจากไขมันตัวอื่น ส่งผลให้ตับทำงาน ผิดปกติ และอาจเกิดการอักเสบภายในระบบเซลล์และผนังเส้นเลือดได้

ดังนั้นในปัจจุบัน จึงมีอาหารและวัตถุดิบประกอบอาหารหลายชนิดที่มี ไขมันทรานส์ (Trans Fat acid) เป็นส่วนประกอบ อาทิ มันฝรั่งทอด คูกี้ ขนมขบเคี้ยว และขนมปัง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีการวิจัยพบว่า ไขมัน Trans Fat acid ทำให้ผู้บริโภคมีปริมาณคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL-C) เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดซึ่งส่งผลให้เกิดการอุดตันอันเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง และมีโอกาสต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคอ้วน

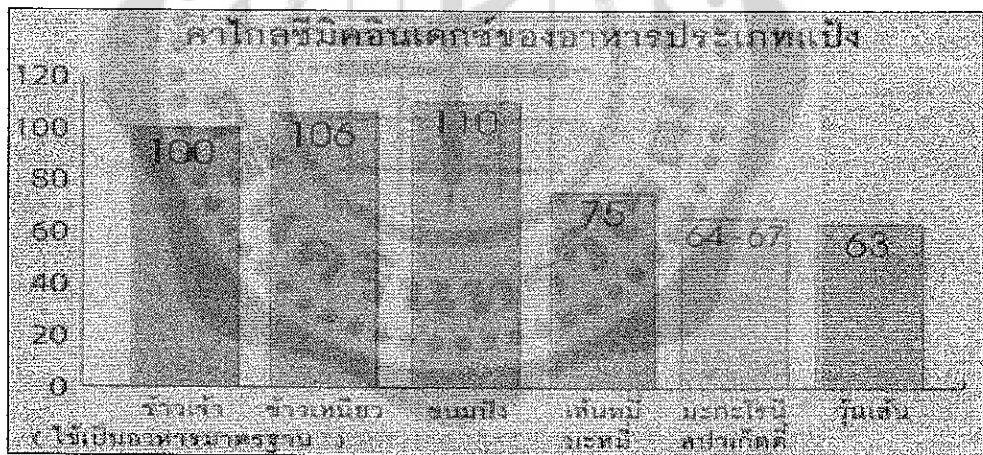
4.6 ความรู้เกี่ยวกับไกลซีมิก อินเด็กซ์ (Glycemic Index)

ไกลซีมิก อินเด็กซ์ (Glycemic Index) เป็นดัชนีที่ใช้วัดเปรียบเทียบความสามารถในการดูดซึมอาหาร ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นของอาหารชนิดต่างๆ โดยอาหารประเภทที่มีค่าไกลซีมิก อินเด็กซ์ (Glycemic Index) สูง แสดงให้เห็นถึงอาหารชนิดนั้นร่างกายดูดซึมอาหารได้รวดเร็ว และทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนอาหารที่มีค่าไกลซีมิก อินเด็กซ์ (Glycemic Index) ร่างกายดูดซึมอาหารได้ช้า แสดงถึงอาหารที่ทำให้ให้น้ำตาลในเลือดค่อยๆ เพิ่มขึ้น หรือเพิ่มขึ้นช้า



ภาพประกอบ 4 ค่าไกลซีมิก อินเด็กซ์ (Glycemic Index) ของผลไม้

ที่มา: จากหนังสือ การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน พิมพ์ครั้งที่ 3 โครงการตำรา
อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ



ภาพประกอบ 5 ค่าไกลซีมิกอินเด็กซ์(Glycemic Index) ของอาหารประเภทแป้ง

ที่มา: จากหนังสือ การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน พิมพ์ครั้งที่ 3 โครงการตำรา
อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ

5. โภชนาการสำหรับผู้ใหญ่ (Nutrition during Adulthood)

ความสำคัญของโภชนาการในวัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่ช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตเต็มที่และสมรรถภาพของร่างกายสูงที่สุด ระยะนี้ฮอร์โมนต่างๆ จะทำงานเต็มที่ อวัยวะ

ร่างกาย ได้แก่ ไข่ และมดลูกพร้อมที่จะทำหน้าที่ วัยผู้ใหญ่ช่วงต่อไปร่างกายจะไม่เสริมสร้างเพื่อการเจริญเติบโตอีก แต่ยังคงมีการเสริมสร้างเซลล์ต่างๆ เพื่อรักษาสมรรถภาพการทำงานในร่างกายให้คงที่ ร่างกายจะอยู่ในระยะนี้เพียงช่วงหนึ่งเท่านั้น ซึ่งไม่ทราบว่ามีนานเท่าไร หลังจากนั้น การทำงานของเซลล์ต่างๆ จะลดลงและช้าลง ประสิทธิภาพของการทำงานของเซลล์ต่างๆ จะลดลงเรื่อยๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่วนจะมีการเปลี่ยนแปลงมากนักน้อยเพียงไรนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการและการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น ถ้าในระยะที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่โภชนาการดี มีสุขภาพแข็งแรง มีภาวะแวดล้อมที่ไม่เครียดจนเกินไปทั้งร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ สม่ำเสมอตามธรรมชาติ แต่หากช่วงนี้มีภาวะโภชนาการไม่ดี มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีภาวะแวดล้อมที่เครียด การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ จะเร็วขึ้น ในช่วงนี้มีความสำคัญมากเพราะเป็นระยะเริ่มของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ซึ่งมักจะถูกมองข้ามไป เนื่องจากเห็นว่าเป็นช่วงที่ร่างกายไม่เจริญเติบโต การที่เซลล์ต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อย ขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการในวัยนี้ (อบเชย วงศ์ทอง.(2553) ดังนั้น ภาวะโภชนาการในวัยผู้ใหญ่ จึงมีความสำคัญมาก เพราะการได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและเซลล์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงช้าลง ในทางกลับกัน การได้รับอาหารมากเกินไปจนอ้วน หรือได้รับอาหารน้อยไปจนผอมนั้น จะเป็นความเครียดอย่างหนึ่งที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมสลายเร็วขึ้น

ปัญหาโภชนาการในวัยผู้ใหญ่

ในวัยผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าร่างกายไม่มีการเจริญเติบโตแล้ว ร่างกายมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับสารอาหาร เพื่อเสริมสร้างเซลล์ต่างๆ ในร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ ในวัยนี้ จึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารต่างๆ ให้พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ปัญหาโภชนาการที่สำคัญ ของวัยผู้ใหญ่ คือ ความอ้วน ซึ่งสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกายและออกกำลังกายไม่เพียงพอ เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่กิจกรรมการเล่นต่างๆ เริ่มลดลง เช่น การเล่นกีฬา แต่การกินอาหารไม่ได้ลดน้อยไปด้วย และอาจจะมากขึ้นในบุคคลที่มีการกินเลี้ยงพบปะสังสรรค์ในด้านธุรกิจการงานบ่อยๆ ทำให้ได้รับอาหารเกินกว่าที่ร่างกายต้องการและไม่มีเวลาออกกำลังกาย นอกจากนี้เนื่องมาจากการมีนิสัยการบริโภคที่ไม่ดีมาตั้งแต่เด็กชอบกินอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายและอาหารที่ให้แต่พลังงานมาก เช่น ขนมหวาน น้ำหวาน ทำให้น้ำหนักเพิ่ม และเกิดโรคอ้วน ความอ้วนเป็นปัญหาก่อให้เกิดโรคต่างๆ เมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ตับแข็ง โรคหัวใจขาดเลือด การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สุขภาพสมบูรณ์ และสามารถลดปัญหาการเกิดโรคต่างๆ เมื่อมีอายุมากขึ้น

ถ้าพลังงานที่ได้รับและกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันไม่สมดุลกัน โดยได้รับพลังงานจากสารอาหารมากแต่ใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง น้ำหนักตัวจะเพิ่มมากขึ้น ผู้ใหญ่จึงควรได้รับพลังงานให้สมดุลกับแรงงานที่ใช้ สารอาหารที่เป็นแหล่งสำคัญของพลังงาน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตและไขมัน คาร์โบไฮเดรต 1 กรัมให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี และไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี โดยรับประทานไขมันไม่ควรเกินร้อยละ 3.5 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน และไขมันที่ควรรับประทานควรมีกรดไขมันที่จำเป็นร้อยละ 1.2 ของพลังงานที่ได้ต่อวัน รับประทานคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-55 ของพลังงานที่ได้ต่อวัน (ประไพศรี ศรีจักรวาล, 2550)

ความต้องการสารอาหารวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่จะต้องการสารอาหารต่างๆ เพื่อเสริมสร้างเซลล์ต่างๆ ในร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ความต้องการพลังงานของบุคคลในวัยนี้จะขึ้นกับแรงงานที่ใช้ โครงสร้างของร่างกาย และน้ำหนัก ผู้ใหญ่ปกติจะต้องการพลังงานประมาณวันละ 30-35 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ของร่างกาย ถ้าเป็นผู้ที่ทำงานหนัก จะต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น เป็น 40-45 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ของร่างกาย ดังนั้นพลังงานที่ได้รับและกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันต้องมีความสมดุลกัน ถ้าพลังงานจากอาหารมาก ใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆ น้อย น้ำหนักจะเพิ่มขึ้น และเกิดโรคอ้วน ดังที่กล่าว ผู้ใหญ่ควรได้รับพลังงานให้เหมาะสมกับพลังงาน อาหารที่ให้พลังงานที่สำคัญได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และ ไขมัน ในวัยผู้ใหญ่ควรรับประทานน้ำตาลแต่พอควรเพราะน้ำตาลให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่และทำให้อ้วน ได้มาก ไขมันหรือน้ำมันก็รับประทานแต่พอควรเช่นเดียวกัน เพราะไขมันให้พลังงานมาก ไขมันหรือน้ำมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี วัยผู้ใหญ่จึงไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ความต้องการโปรตีน เนื่องจากวัยนี้ร่างกายไม่เจริญเติบโตแล้ว จึงต้องการโปรตีนเพียงเพื่อเสริมสร้างเซลล์ต่างๆ ให้ทำงานปกติ ในวันหนึ่งควรรับโปรตีนประมาณวันละ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และประมาณ 1 ใน 3 ของปริมาณโปรตีนที่ได้รับควรมาจากเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น ไข่ นม ส่วนที่เหลืออีก 2 ใน 3 ควรได้จากถั่วเมล็ดแห้งและข้าว ข้าวแม้จะมีโปรตีนน้อยแต่ปริมาณที่ได้รับในแต่ละวันค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในชนบทกินข้าวประมาณวันละ 800 – 1,000 กรัม ข้าวสาร 100 กรัมมีโปรตีน 7 กรัม ดังนั้นถ้ารับประทานข้าวในปริมาณดังกล่าว จะได้โปรตีนจากข้าววันละ 50-70 กรัม เป็นปริมาณที่เพียงพอสำหรับความต้องการของร่างกายใน 1 วัน แต่ควรรับประทานข้าวร่วมกับถั่วเมล็ดแห้งหรือเนื้อสัตว์ด้วย

ความต้องการวิตามินและเกลือแร่ ผู้ใหญ่จำเป็นที่จะต้องได้รับวิตามินและเกลือแร่ให้เพียงพอ เพื่อใช้ในการเสริมสร้างเซลล์ที่สึกหรอ วิตามินและเกลือแร่ที่พบว่าเป็นปัญหาโภชนาการในผู้ใหญ่ ได้แก่

1. วิตามินเอ การขาดวิตามินเอ เป็นปัญหาโภชนาการอันหนึ่งของประเทศไทย โดยเฉพาะทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า มีโรคขาดวิตามินเอเป็นจำนวนมาก เนื่องจากได้รับไขมันน้อย ทำให้วิตามินเอ ถูกดูดซึมได้น้อย ผู้ใหญ่ควรได้รับวิตามินเอวันละ 2,500 หน่วยสากล
2. วิตามินบีหนึ่ง เป็นปัญหาโภชนาการ ที่พบบ่อยในประเทศไทยโดยเฉพาะในประชากรที่ทำงานใช้แรงงานมาก เช่น ชาวไร่ ชาวนา กรรมกร เนื่องจากวิตามินบีหนึ่ง มีความสัมพันธ์กับพลังงาน เมื่อใช้พลังงานมากก็จำเป็นต้องได้รับวิตามินบีหนึ่งเพิ่ม ผู้ใหญ่ควรได้รับวิตามินบีหนึ่งวันละ 0.7 มิลลิกรัม
3. วิตามินบีสอง มีความสัมพันธ์กับอาหารที่ให้พลังงาน ผู้ใหญ่ควรได้รับวันละ 0.9 มิลลิกรัม พบมากในเครื่องในสัตว์ น้ำมันถั่วเหลือง และถั่วเมล็ดแห้ง
4. วิตามินซี ผู้ใหญ่ต้องการวันละ 30 มิลลิกรัม ซึ่งจะได้จาก ผักสด ผลไม้สด เช่น ส้ม สับปะรด มะละกอสุก
5. แคลเซียม ผู้ใหญ่ต้องการประมาณวันละ 400 มิลลิกรัม จะได้จากนม ผักใบเขียว สัตว์เล็ก ๆ ที่รับประทานได้ทั้งกระดูก
6. เหล็ก การขาดเหล็ก เป็นปัญหาโภชนาการอันหนึ่งและพบในคนไทยทุกวัย ผู้ใหญ่พบเฉลี่ยร้อยละ 37 ดังนั้น จึงควรรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กให้เพียงพอ โดยเฉพาะในหญิงวัยเจริญพันธุ์ในวัยนี้ได้รับเหล็กวันละ 16 มิลลิกรัม ซึ่งจะได้จาก ไข่แดง ตับสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว
7. ไอโอดีน พบว่า ขาดมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากห่างไกลทะเล ควรได้รับปลาทะเลบ่อยๆ และใช้เกลือที่ผสมไอโอดีน

6. เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความหมาย เจตคติ ซึ่งได้รวบรวมไว้ ดังนี้

เจตคติ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน อ่านว่า เจตะคติ เป็นคำนาม แปลว่า ท่าที หรือ ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (ราชบัณฑิตยสถาน. 2525:235)

สุชา จันทรเฒ และสุรางค์ จันทรเฒ (2520:104) ให้ความหมายเจตคติ คือความรู้สึก หรือ ท่าที ของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ ความรู้สึก หรือท่าทีจะเป็นไปในทางของที่พึง พอใจ หรือไม่พอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

คุณาสิริ เกตุปมา (2548) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ จนกลายเป็นความเชื่อของคน ซึ่งมีทั้งเจตคติทางบวกและทางลบ โดยจะสัมพันธ์ต่อการแสดงออกมาทางพฤติกรรม

วิชาวิ บัณฑิต (2550) กล่าวว่า มีการใช้คำว่าเจตคติกับความเชื่อปะปนกันอยู่เสมอ คือ บุคคลมีความเชื่อเช่นใด ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีเจตคติ เช่นนั้นด้วย อาจนำไปสู่การแสดงออกทาง พฤติกรรมในเวลาต่อมา เพราะในทางจิตวิทยาถือว่า เจตคติมีผลต่อการทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น การชักจูงให้คนเปลี่ยนเจตคติ จึงมีหลักการเกี่ยวกับการชักจูงให้เปลี่ยนความเชื่อหรือพฤติกรรม

บุคคล สิ่งของ สถานการณ์ นโยบายหรืออื่นๆ อาจจะเป็นได้ทั้งนามธรรมและรูปธรรม ดังนั้น วัตถุประสงค์นั้นอาจจะ เป็นอะไรก็ได้ที่คนรับรู้หรือคิดถึง ความรู้สึกเช่นนี้อาจจะเป็นในด้านการสนใจ หรืออารมณ์และเช่นเดียวกันแรงจูงใจแบบอื่นๆคือ ดูได้จากพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น เจตคติต่อศาสนา หากเป็นเจตคติที่ดีเราจะเกิดความเคารพในวัดเราจะเกิด ความรู้สึกว่าศาสนาหรือวัดนั้นจะเป็นสิ่ง จรรโลงความสงบสุข เรายินดีบริจาคทำบุญร่วมกับวัดเราจะพูด ได้อีกอย่างหนึ่งว่าเป็นความพร้อมที่จะ ถูกกระตุ้นด้วยวัตถุประสงค์ การกระทำต่างๆของคนนั้นมักถูกกำหนดด้วยเจตคติที่จะตัดสินใจว่าจะบริจาคเงิน แก้ววัดสัก เท่าใดนั้นย่อมมีปัจจัยต่างๆ

ดังนั้นอาจสรุปความหมายของเจตคติ คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดๆ ซึ่งแสดงออกมา เป็นพฤติกรรมในลักษณะชอบ ไม่ชอบ อาจเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย พอใจ ไม่พอใจ ต่อสิ่งใดๆ ในลักษณะ เฉพาะตัวตามทิศทางของเจตคติที่มีอยู่ และทำให้จะเป็นตัวกำหนดแนวทางของบุคคลในการที่จะมี ปฏิกริยาตอบสนอง

องค์ประกอบของเจตคติ องค์ประกอบของเจตคติที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การรู้ (Cognition) ประกอบด้วยความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเป้าหมาย เจตคติ เช่น เจตคติ ต่อลัทธิคอมมิวนิสต์ สิ่งสำคัญขององค์ประกอบนี้ก็คือ จะประกอบด้วยความเชื่อที่ได้ประเมินค่าแล้วว่า น่าเชื่อถือหรือไม่น่าเชื่อถือ ดีหรือไม่ดี และยังรวมไปถึง ความเชื่อในใจว่าควรจะมีปฏิกริยาตอบโต้ อย่างไรต่อเป้าหมายเจตคตินั้นจึงจะเหมาะสมที่สุด ดังนั้น การรู้และแนวโน้มพฤติกรรมจึงมีความ เกี่ยวข้องและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

2. ความรู้สึก (Feeling) หมายถึง อารมณ์ที่มีต่อเป้าหมาย เจตคติ นั้น เป้าหมายจะถูกมอง ด้วย อารมณ์ชอบหรือไม่ชอบ ถูกใจหรือไม่ถูกใจ ส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึกนี้เองที่ทำให้ บุคคล เกิดความตึงเครียด ซึ่งอาจกระตุ้นให้มีปฏิกริยาตอบโต้ได้ หากมีสิ่งขัดกับความรู้สึกมา กระทบ

3. แนวโน้มพฤติกรรม (Action tendency) หมายถึง ความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมที่ สอดคล้องกับเจตคติ ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อเป้าหมาย เขาจะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมช่วยเหลือ หรือสนับสนุนเป้าหมายนั้น ถ้าบุคคลมีเจตคติในทางลบต่อเป้าหมาย เขาก็จะมีความพร้อมที่จะมี พฤติกรรมทำลาย หรือทำร้าย เป้าหมายนั้นเช่นกัน (ชม ภูมิภาค. 2516) การเกิดเจตคติ และเจตคติเกิด

จากอะไร เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด หากแต่ว่าจะชอบหรือไม่ ชอบสิ่งใดต้องภายหลัง เมื่อตนเองได้มีประสบการณ์ในสิ่งนั้น ๆ แล้ว ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า เจตคติ เป็นการเรียนรู้ทางสังคม (social learning) ดังนั้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดเจตคติจึงมีหลายประการ ได้แก่

1. ประสบการณ์เฉพาะ เมื่อคนเราได้รับประสบการณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะมีลักษณะในรูปแบบที่ผู้ได้รับรู้สึกว่าได้รางวัลหรือถูกลงโทษ ประสบการณ์ที่ผู้รู้สึกเกิดความพึงพอใจย่อมจะทำให้เกิดเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าเป็นประสบการณ์ที่ไม่เป็นที่พึงพอใจก็ย่อมจะเกิดเจตคติที่ไม่ดี

2. การสอน การสอนนั้นอาจจะเป็นทั้งแบบที่เป็นแบบแผนหรือไม่เป็นแบบแผนก็ได้ซึ่งเราได้รับจากคนอื่น องค์การที่ทำหน้าที่สอนเรามีมากมายอาทิเช่น บ้าน วัด โรงเรียน สื่อมวลชนต่างๆ เรา มักจะได้รับเจตคติที่สังคมมีอยู่และนำมาขยายตามประสบการณ์ของเราการสอนที่ไม่เป็นแบบแผนนั้น ส่วนใหญ่เริ่มจากครอบครัวตั้งแต่เด็ก ๆ มาแล้วพ่อแม่พี่น้องมักจะบอกเราว่าสิ่งนั้นไม่ดีสิ่งนี้ไม่ดีหรือใครควรทำอะไรมีความสำคัญอย่างไร การสอนส่วนมากเป็นแบบยัดทะนานและมักได้ผลดีเสียด้วยในรูปแบบการปลูกฝังเจตคติ

3. ตัวอย่าง (Model) เจตคติบางอย่างเกิดขึ้นจากการเลียนแบบในสถานการณ์ต่างๆ เราเห็นคนอื่น ประพฤติ เราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคนอื่นออกมาเป็นรูปของเจตคติถ้าเรายอมรับนับถือหรือเคารพคนๆ นั้นเราก็มักจะยอมรับความคิดของเขาตามที่เรารู้เข้าใจ เช่น เด็กชายแดงเห็นบิดาดูรายการกีฬาทางโทรทัศน์ ประจำเขาก็จะแปลความหมายว่ากีฬาเป็นเรื่องน่าสนใจและจะต้องดูหรือถ้าเขาเห็นพ่อแม่ระมัดระวัง ต่อชุดรับแขกในบ้านมากกว่าของที่อยู่ในสนามหญ้าหลังบ้านเขาก็จะเกิดความรู้สึกว่าของในบ้านต้อง ระมัดระวังเป็นพิเศษซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้พ่อแม่ไม่จำเป็นต้องพูดว่าอะไรเลย เด็กจะเฝ้าสังเกตการณ์ปฏิบัติ ของพ่อแม่ต่อบุคคลอื่นอย่างถี่ถ้วนจะเรียนรู้ว่าใครควรคบใครควรนับถือ ใครไม่ควรนับถือ

4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสถาบัน ปัจจัยทางสถาบันมีอยู่เป็นอันมากที่มีส่วนสร้างสนับสนุนเจตคติของ เราตัวอย่างเช่น การปฏิบัติตนในวัด ในโบสถ์ การแต่งกายของคนในสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เป็นสิ่ง ให้แนวเจตคติของคนเราเป็นอันมาก

สภาวะที่มีผลต่อการก่อเกิดของเจตคตินั้นมีหลายอย่าง อาทิเช่น ประการแรกขึ้นอยู่กับการที่เราคิดว่าเราเป็นพวกเดียวกัน (identification) เด็กที่ยอมรับว่าตนเอง เป็นพวกเดียวกับพ่อแม่ย่อมจะรับเจตคติของพ่อแม่ฝ่ายขึ้น หรือที่โรงเรียนหากเด็กถือว่าครูเป็นพวก เดียวกับตนเด็กย่อมจะรับความเชื่อถือหรือเจตคติของครู ประการที่สองขึ้นอยู่กับว่าเจตคตินั้นคนอื่นเป็นจำนวนมากเชื่ออย่างนั้นหรือคิดอย่างนั้น (uniformity) การที่เราจะมีเจตคติเข้ากลมเกลียวเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้นั้นอาจจะมีสาเหตุอื่นอีกเช่น โอกาสที่จะได้รับเจตคติแตกต่างกันนั้นไม่มีประการหนึ่งอีกประการหนึ่งหากไม่เห็น

หรือปรับปรุงใหม่ได้หลังจากที่ ได้รับคำแนะนำ บอกเล่า หรือได้รับความรู้เพิ่มพูนขึ้น 2.) การเปลี่ยนแปลงกลุ่ม (Group change) ช่วยเปลี่ยนเจตคติของบุคคลได้ 3.) การโฆษณาชวนเชื่อ (Propaganda) เป็นการชักชวนให้บุคคลหันมาสนใจหรือรับรู้ โดยการสร้างสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ขึ้น

สิ่งที่มีอิทธิพลต่อเจตคติ คือ 1.) บิดา มารดา ของเด็ก 2.) ระเบียบแบบแผน วัฒนธรรมของสังคม 3.) การศึกษาเล่าเรียน 4.) สิ่งแวดล้อมในสังคม 5.) การพักผ่อนหย่อนใจที่แต่ละคนใช้ประจำตัว

การแก้ไขเจตคติหรือวิธีสร้างเจตคติ เจตคติเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยากถ้าจำเป็นจะต้องช่วยแก้ไขเปลี่ยนเจตคติของคนอาจใช้วิธี เหล่านี้ คือ 1.) การค่อย ๆ ชื่นลงให้เข้าใจ 2.) หาสิ่งเร้าและสิ่งจูงใจอย่างเข้มข้นมาช่วย 3.) คบหาสมาคมกับเพื่อนที่ดี 4.)ให้อ่านหนังสือดีมีประโยชน์ 5.) ให้อ่านทำจนเห็นชอบแล้วกลับตัวดีเอง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

ได้มีผู้ทำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546: 4-13) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือสมาชิกในครัวเรือน ในปี 2544 จำนวน 78,000 ครัวเรือน พบว่า เพศหญิงมีอัตราป่วยสูงกว่าชาย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2542 ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าผู้หญิงมีสัดส่วนร้อยละ 7.4 ผู้ชายมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 5.5 สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มอายุพบว่า ร้อยละ 0.3 ในกลุ่มเด็ก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.3 และร้อยละ 9.9 ในกลุ่มอายุ 15-39 ปี และ 40-59 ปี ตามลำดับ และสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.8 และประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.2) เกือบ 1 ใน 3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง (ร้อยละ 29.9) และมีเพียงร้อยละ 18.9 ที่มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพต่ำ ส่วนระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด โดย พบว่า เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น สัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะระดับสูงขึ้น ตามไปด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีงานทำส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง สำหรับการดูแลสุขภาพในระดับสูงนั้น พบว่า ผู้ที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 60.2 และ ร้อยละ 54.9 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำพบว่า เป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้างมีสัดส่วนถึงร้อยละ 32.3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่าเพศชายที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงร้อยละ 49.7 ขณะที่หญิงที่เป็นลูกจ้างรัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนการดูแลสุขภาพ สูงถึงร้อยละ 78.1 สำหรับพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพในระดับต่ำพบว่า ทั้งชายและหญิงที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้างมีสัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 44.3 และร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

นิรมล อุตมอ่า และคณะ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อไขมันในเลือดและโรคที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิค Discriminant Analysisการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 441 คน อายุ 35 – 89 ปี พบว่ามีปัญหาไขมันในเลือดสูงร้อยละ 57.1 โดยระดับ LDL มีความสัมพันธ์กับระดับ Total cholesterol, HDL และไตรกลีเซอไรด์ดังสมการ $LDL = 4.428 + 0.758 \text{ Total cholesterol} - 0.564 \text{ HDL} - 0.0034 \text{ Triglyceride}$ ($R^2 = 0.70$, $n = 86$) และการสำรวจพบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อการแบ่งกลุ่มผู้เป็นโรคไขมันในเลือดสูง คือ การบริโภคอาหารทอด การควบคุมอาหาร และ สภาวะจิตใจที่ดี ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการแบ่งกลุ่มผู้เป็นโรคหัวใจขาดเลือด คือ การบริโภคอาหารทะเล การบริโภคธัญพืช การบริโภคนม และการบริโภคปลา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ดังจะเห็นได้ว่าการบริโภคอาหารมีผลต่อไขมันในเลือด และโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือด ส่วนการสำรวจการใช้อาหารเสริมสุขภาพของผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายนี้พบว่าร้อยละ 45.5 เคยใช้กระเทียมในการลดไขมัน ในเลือด รองลงมาเป็นชาเขียว ร้อยละ 35.6 แต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคไขมันในเลือดสูง แต่พบว่าผลิตภัณฑ์จากกลุ่มเส้นใยอาหารที่ละลายได้มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือด

อนุกุล พลศิริ (2551) ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ นักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ นักศึกษาตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า 1) เพศหญิงมีความรู้ในการบริโภคอาหารมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนทักษะและพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน 2) ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาทุกตัว ยกเว้น ปัจจัยรายได้ของนักศึกษา 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา พบว่า พฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.655$)

อุทัยวรรณ สุกิมานิล และคณะ (2551) ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จ.นครพนม พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงไม่แตกต่างจากเพศหญิง แต่ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) ได้สำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 พบว่า วัยทำงานรับประทานอาหารเช้าหลักครบทั้ง 3 มื้อ ร้อยละ 86 มีอัตราต่ำกว่าวัยเด็ก เยาวชนและ

วัยสูงอายุ อาหารว่างนั้นวัยทำงานบริโภคอาหารว่างถึงร้อยละ 74.1 ส่วนรสชาติอาหารพบว่า เยวชน และวัยทำงานบริโภคอาหารรสเผ็ดมากขึ้น กว่าที่กลุ่มอายุประชาชนในภาคกลางและกรุงเทพฯ มี สัดส่วนการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้ไขมัน ได้แก่ อาหารประเภทผัดและทอดสูงกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 48.5 และร้อยละ 41.9)

กระทรวงสาธารณสุข กองโภชนาการ (2548) ได้ศึกษาการรับประทานอาหารของประชาชน ในกลุ่มใหญ่ พบว่า มีการการเพิ่มการรับประทานอาหารมากขึ้น

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2548) ได้สำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 72 และรับประทาน 2 มื้อ โดยงดมื้อเช้า ร้อยละ 16.7 และรับประทาน 2 มื้อ โดยงดมื้อกลางวัน ร้อยละ 8.8 และมีพฤติกรรมการ รับประทานอาหาร 2 มื้อโดยการงดมื้อเย็น ร้อยละ 0.7 และพบว่า ประชากรในเขตเทศบาล (ร้อยละ 13) มี สัดส่วนการกินอาหาร 2 มื้อ มากกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 5.0) ถึง 3 เท่า และในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2 มื้อโดยงด มื้อเช้ามากที่สุด (ร้อยละ 9.1 และ 9.3 ตามลำดับ) ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับการรับประทาน 2 มื้อโดย งดมื้อเย็น (ร้อยละ 0.7 และ 0.8 ตามลำดับ) ส่วนรสชาติอาหารที่ชอบ พบว่า ชอบรสชาติ เค็ม ร้อยละ 12.1 หวาน ร้อยละ 9.4 เผ็ด ร้อยละ 31.5 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอาจก็ให้เกิดปัญหา สุขภาพได้ และพบว่าวัยทำงานชอบรสเผ็ดมากที่สุดถึง ร้อยละ 38

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2548) สำรวจทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของคน ไทย พบว่า ประชาชนประมาณร้อยละ 60 บริโภคอาหารครบ 3 มื้อ กลุ่มอายุ 20-30 ปี บริโภคอาหาร ไม่ครบ 3 มื้อมากที่สุด และคนชนบทบริโภคอาหารครบ 3 มื้อมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง คนไทย มากกว่าร้อยละ 40 บริโภคอาหารมันอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี สำหรับ สัดส่วนการรับประทานอาหารกลุ่มต่าง ๆ พบว่า สัดส่วนของการรับประทานเกิน ร้อยละ 80 กลุ่มผัก ผลไม้ ร้อยละ 98.9 กลุ่มเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์ ร้อยละ 97.4 กลุ่มอาหารไขมันสูง ร้อยละ 86.3 และ กลุ่มอาหารแปรรูปต่าง ๆ ร้อยละ 83.2 ส่วนกลุ่มอาหารที่มีสัดส่วนรองลงมา คือ กลุ่มเครื่องดื่มและ น้ำอัดลม ร้อยละ 71.7 กลุ่มขนมสำหรับกินเล่น ร้อยละ 49 อาหารจานด่วน ร้อยละ 15.3 สำหรับความถี่ ในการบริโภคอาหารกลุ่มต่างๆ พบว่า กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ วัยทำงานรับประทาน อาหารกลุ่มนี้ทุกวันเกินกว่าร้อยละ 30 รองลงมา รับประทาน 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 25 กลุ่มอาหาร ไขมันสูง กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่รับประทานอาหารกลุ่มนี้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 40 กลุ่ม ขนมกินเล่นหรือขนมกรุบกรอบ วัยทำงานรับประทาน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 22.5 กลุ่มผักผลไม้ ความถี่ในการรับประทานของวัยทำงาน พบว่ารับประทานทุกวัน เกินกว่าร้อยละ 47 กลุ่มเครื่องดื่ม ประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน พบว่าวัยทำงานรับประทานอาหารกลุ่มนี้ทุกวัน ร้อยละ

31.6 กลุ่มอาหารแปรรูป พบว่าทุกกลุ่มอายุรับประทานอาหารประเภทนี้ค่อนข้างน้อยและมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือรับประทาน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือร้อยละ ไม่เกิน 38 และกลุ่มวัยแรงงานไม่รับประทานอาหารกลุ่มนี้ กลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่า วัยทำงานส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 89.7

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลากรได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา หน่วยงาน รายได้ ภาวะสุขภาพ ภาวะเครียด การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จึงนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

งานวิจัยต่างประเทศ

ได้มีผู้ทำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ซึ่งสรุปได้ดังนี้

มุซอเกอร์ (Musaiger, 1982: 39) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารในประเทศบาเรนในระดับครอบครัว พบว่า รายได้ การศึกษาความเชื่อเจตคติ สื่อสารมวลชน ปัจจัยดังกล่าวนี้มีผลต่อแบบแผนการบริโภคอาหารของสมาชิกในครัวเรือน

ลยลิลี (Leili Salehi; et al. 2010) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ต่ำกว่าที่กำหนดไว้และแปรตามอายุ, สถานภาพสมรส, การศึกษา และรายได้

วีลส์และคณะ (Weiss EC; et al. 2006) ได้อธิบายว่า ผลกระทบต่อสุขภาพ เมื่อมีน้ำหนักรวมหรืออ้วน พบว่า ในผู้ใหญ่และเด็กหากมีน้ำหนักมากหรือเป็นโรคอ้วน ส่วนใหญ่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1.) ด้านสังคม กล่าวคือ อาจมีปัญหาในเรื่องการเข้าสังคม การทำกิจกรรมบางอย่างลำบากและเป็นอุปสรรคในการทำงานบางประเภทด้วย 2.) การแทรกซ้อนของโรค คนอ้วนมีโอกาที่จะเกิดโรคมามากมาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันอุดตันในเส้นเลือด เบาหวาน มะเร็งบางชนิด 3.) การไม่สบาย เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ทำให้เกิดภาวะเครียด 4.) การเสียชีวิต ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจวายเฉียบพลัน มะเร็งระยะสุดท้าย

โจนส์ มาโจวิทซ์ เอดจ์ โทมัส แมคโดกัล ฟัย แอชแบนด์ และโคแวกส์ (Jones, Majowicz, Edge, Thomas, MacDougall, Fyfe, Atashband; & Kovacs 2007: 54) ศึกษารูปแบบการดื่มน้ำของกลุ่มตัวอย่างในรัฐบริติชโคลัมเบียประเทศแคนาดาที่สัมพันธ์กับปัจจัยด้านภูมิประเทศและการเกิดโรค Gastrointestinal illness (AGI) สรุปได้ว่า อัตราเฉลี่ยการดื่มน้ำของตัวอย่างคือ 250 มิลลิลิตรต่อวันต่อคน ตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มน้ำประปาท้องถิ่นที่ตนอาศัย รองลงมาคือน้ำดื่มชนิดขวดที่วางขายทั่วไป ตัวอย่างประมาณ ร้อยละ 10 รายงานว่าเคยมีอาการของโรค AGI อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์ พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการป่วยด้วยโรค AGI กับตัวแปร อายุ เพศ และ

ปริมาณการดื่มน้ำ แต่ยังสรุปไม่ได้ว่าอาการป่วยด้วยโรค AGI เกิดจากน้ำที่กลุ่มตัวอย่างดื่ม แต่การศึกษาครั้งนี้ชี้แนะว่าควรมีการควบคุมความสะอาดของน้ำดื่มในเมืองนี้ให้มากขึ้น

คาร์ริแกน ซีมิจิน และลีค (Carrigan, Szmigin; & Leek. 2006: 372) ศึกษาบทบาทของอาหารที่วางจำหน่ายตามร้านจำหน่ายอาหารกับพฤติกรรมการเลือกอาหารซ้ำแบบเดิมของครอบครัวในสหราชอาณาจักร สรุปได้ว่า พฤติกรรมการซื้ออาหารของแม่บ้านสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารซ้ำของสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีมาตรการส่งเสริมการเสนอขายอาหารที่มีความหลากหลายสำหรับร้านขายอาหาร และมาตรการการให้ความรู้และสร้างเจตคติในการเลือกซื้ออาหารที่แปลกใหม่ในกลุ่มแม่บ้าน

ซัน (Sun. 2007: 42) ศึกษาความใส่ใจต่อสุขภาพ แรงจูงใจในการเลือกอาหาร และเจตคติต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ตามบทบาทของแรงจูงใจในการเลือกอาหารของตัวอย่าง สรุปได้ว่า ความตระหนักใส่ใจดูแลสุขภาพสัมพันธ์กับเจตคติในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการเลือกอาหารสามารถทำนายความตระหนักใส่ใจดูแลสุขภาพและเจตคติต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการในอาหารมากขึ้น เพื่อเพิ่มระดับความตระหนักในการใส่ใจดูแลสุขภาพ มีเจตคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและเกิดพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและผลงานที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยการดำเนินการตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็น บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 1,213 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2554 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามการคำนวณโดยใช้สูตรของยามาเน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 254; อ้างอิงจาก Yamane,n.d.) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 301 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ในแต่ละสำนัก/กอง/กลุ่ม แจกแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 470 ฉบับ ได้แบบสอบถามที่ตัวอย่างตอบครบสมบูรณ์ กลับมาจำนวน 451 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.96 จึงใช้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้ง 451 ฉบับ ในการประมวลผลการวิจัย ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน เช่น สำนัก กอง และกลุ่ม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	ประชากร	จำนวน แบบสอบถาม ที่แจก (ชุด)	แบบสอบถาม ที่สมบูรณ์
สำนักบริหาร	237	50	45
สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	97	65	62
สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(เดิม)	147	30	28
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	107	69	68
กองวิศวกรรมทางการแพทย์	275	99	95
กองแบบแผน	259	150	148
กองสุขศึกษา	84	3	2
กลุ่มตรวจสอบภายใน	3	2	2
กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	4	2	1
รวม	1,213	470	451

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้า ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบสอบถามตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา หน่วยงาน รายได้ สุขภาพปัจจุบัน ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเครียด เป็นแบบสอบถามของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ได้แก่ 'ไม่ได้เกิดขึ้น' 'ไม่รู้สึกเครียด' 'รู้สึกเครียดเล็กน้อย' 'รู้สึกเครียดปานกลาง' 'รู้สึกเครียดมาก' 'รู้สึกเครียดมากที่สุด'

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว (Best answer)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบข้อที่ตรงกับความรู้สึก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายใน 1 สัปดาห์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ประกอบด้วยข้อคำถาม มีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเลือกตอบข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม จากตำราวิชาการ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัย
3. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
4. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อขอคำแนะนำและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง
5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 50 คน และนำมาวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ
7. นำแบบสอบถามที่ได้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพงาน ระยะเวลาการทำงาน รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check List) ประกอบกับการเติมข้อความ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเครียด ภาวะเครียด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ (Rating scale) คือ ไม่รู้สึกเครียด เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด
เกณฑ์การให้คะแนนความเครียดดังนี้

0 คะแนน	หมายถึง	ไม่ได้เกิดขึ้น
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด
2 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
5 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนในแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต มี 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0 คะแนน	หมายถึง	ไม่เครียด
1-23 คะแนน	หมายถึง	เครียดน้อย
24-41 คะแนน	หมายถึง	เครียดปานกลาง
46-61 คะแนน	หมายถึง	เครียดสูง
≥ 62 คะแนน	หมายถึง	เครียดรุนแรง

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว (Best answer) โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนนและตอบผิด ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ร้อยละ 80-100	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับดี
ร้อยละ 50-79	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 0-49	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามเป็นแบบ
ประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งมีข้อ
คำถามที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

เกณฑ์การแปลผลแบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ตามเกณฑ์ของ Best (1977)

ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.20-5	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย	3.40-4.19	ดี
ค่าเฉลี่ย	2.60-3.39	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.80-2.59	พอใช้
ค่าเฉลี่ย	1.00-1.79	ควรแก้ไข

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายใน 1 สัปดาห์ ลักษณะข้อ
คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ (เกือบทุกวันหรือทุกวัน)
ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (สัปดาห์ละ 3-5 วัน)
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง(สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ประกอบด้วย ข้อคำถาม ที่แสดงลักษณะทั้งด้านบวกและด้านลบ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ปฏิบัติเป็นประจำ	1	4
ปฏิบัติบ่อย	2	3
ปฏิบัติบางครั้ง	3	2
ไม่เคยปฏิบัติ	4	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ค่าเฉลี่ย 3.26-4	หมายถึง บริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการในระดับดีมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25	หมายถึง บริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50	หมายถึง บริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75	หมายถึง บริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการในระดับต่ำ

วิธีการหาคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ โดยหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัณฑิตพิจารณาตรวจสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีค่าความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 50 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้ จำนวน 20 ข้อ

2.1.1 หาค่าความยากง่าย (Difficulty) ได้ข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.63-0.78

2.1.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ได้ข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.404-0.499

2.1.3 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.763

3.1 แบบสอบถามเจตคติ จำนวน 15 ข้อ และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 20 ข้อ

3.1.1 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) แบบสอบถามเจตคติได้ข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.401-0.662 และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้ข้อคำถาม

ที่มีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.445-0.754 แบบสอบถามความเครียดได้ข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนก
ระหว่าง 0.398-0.812

3.1.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น
0.475 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ค่าความเชื่อมั่น 0.671 และแบบสอบถาม
ความเครียดได้ค่าความเชื่อมั่น 0.62

ตาราง 3 ผลการทดลองใช้แบบสอบถามการวิจัยกับบุคลากรกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
จำนวน 50 คน จำแนกตามค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น

แบบสอบถาม	จำนวนข้อ	อำนาจจำแนก			ค่าความเชื่อมั่น	
		0.20-0.50 พอใช้	0.51-0.80 ดี	> 0.80 ดีมาก	ค่าความ เชื่อมั่น	ระดับ
ความรู้	20	10	10	0	0.763	ดี
เจตคติ	15	9	6	0	0.665	พอใช้
พฤติกรรมฯ	20	13	7	0	0.671	พอใช้
ความเครียด	20	10	8	2	0.662	พอใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความร่วมมืออธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอต่ออธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วยแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 9 หน่วยงาน
3. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน สิงหาคม 2554-มกราคม 2555
4. ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามทุกฉบับให้มีความสมบูรณ์และเก็บรวบรวมแบบสอบถามมาจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับแล้วนำมาตรวจให้คะแนนข้อคำถามในแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยแจกแจง ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ข้อมูลเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยระหว่างข้อมูลทั่วไปของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีตัวแปร 2 กลุ่มกับกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)
7. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลทั่วไปของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทั่งสาธารถนสุข ที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มกับกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จะทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe')
8. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)
9. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2545)

2.1 วิเคราะห์เทียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามตัวแปรที่ศึกษา โดยการทดสอบค่าที (t-test) กรณี 2 กลุ่ม ใช้ค่าวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) กรณีทดสอบพบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะทดสอบความแตกต่างด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe')

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

3. สถิติที่ใช้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 แบบสอบถามความรู้

3.1.1 หาค่าความยากง่าย (Difficulty) โดยหาค่าสัดส่วนระหว่างผู้ที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อถูกต้องจำนวนผู้ตอบทั้งหมด

3.1.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)

3.1.3 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formula 20)

3.2 แบบสอบถามเจตคติ และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

3.2.1 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยหาค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับที่ตัดข้อนั้นออก (Corrected item to total correlation)

3.2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษารายได้ หน่วยงาน ภาวะสุขภาพ ภาวะเครียด และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภค พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยยึดหลักความรู้เกี่ยวกับ Metabolic syndrome ความรู้เกี่ยวกับไขมันทรานส์ (Trans Fatty acid) ความรู้เกี่ยวกับไกลซีมิก อินเด็กซ์ (Glycemic Index) และโภชนาการสำหรับผู้ใหญ่ (Nutrition during Adulthood) และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโภชนบัญญัติ 9 ประการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นเกณฑ์ประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างจำนวน 451 คน

การแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

n	แทน จำนวนผู้บริโภคของกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Division)
df	แทน ชั้นของความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
t value	แทน ค่าที่ใช้พิจารณา t-Distribution
F value	แทน ค่าที่ใช้พิจารณา F-Distribution
p value	แทน ความน่าจะเป็นสำหรับบอกนัยสำคัญทางสถิติ
r	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง 451 คนจำแนกตามระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร

ระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับควรปรับปรุง	4	0.9
ระดับพอใช้	22	4.9
ระดับดี	290	64.4
ระดับดีมาก	135	29.8

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารในระดับดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.8 รองลงมาในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.4

ตาราง 5 จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มตัวอย่าง 451 คนจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร (ร้อยละของแต่ละระดับ)				รวม (ร้อยละ ของทั้งหมด)
	ควร ปรับปรุง	พอใช้	ดี	ดีมาก	
เพศ					
ชาย	2(2.2)	39(42.4)	40(43.5)	11(12.0)	92(20.4)
หญิง	4(1.1)	112(31.2)	207(57.7)	36(10.0)	359(79.6)
อายุ					
20-29 ปี	2(2.7)	27(36.0)	33(44.0)	13(17.3)	75(16.6)
30-39 ปี	0	80(42.3)	100(52.9)	9(4.8)	189(41.9)
40-49 ปี	3(2.1)	25(17.4)	91(63.2)	25(17.4)	144(31.9)
50-59 ปี	1(6.7)	9(60.0)	5(33.3)	0	15(3.3)
60 ปีขึ้นไป	0	10(35.7)	18(64.3)	0	28(6.2)
การศึกษา					
ปริญญาตรี/ต่ำกว่า	3(1.1)	120(43.0)	135(48.4)	21(7.5)	279(61.9)
ปริญญาโท	1(7)	13(9.6)	96(71.1)	25(18.5)	135(29.9)
ปริญญาเอก	2(5.4)	18(48.6)	16(43.2)	1(2.7)	37(8.2)

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร				รวม (ร้อยละ ของทั้งหมด)
	(ร้อยละของแต่ละระดับ)				
	ควร ปรับปรุง	พอใช้	ดี	ดีมาก	
สถานภาพตำแหน่งงาน					
1.นักวิชาการสาธารณสุข					
นักวิชาการสถิติ นักวิชาการ					
พัสดุ นักวิชาการสุขศึกษา					
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน					
นักจัดการทั่วไป วิศวกร					
สถาปนิก	0	53(21.8)	157(64.6)	33(13.6)	243(53.9)
2.เจ้าพนักงานการเงินและ					
บัญชี เจ้าพนักงานสถิติ เจ้า					
พนักงานพัสดุ เจ้าพนักงาน					
ธุรการ	3(2.2)	57(42.2)	65(48.1)	10(7.4)	135(29.7)
3.นายแพทย์ ทันตแพทย์					
พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร	3(5.5)	32(58.2)	18(32.7)	2(3.6)	55(12.2)
4.พนักงานขับรถ พนักงาน					
ธุรการ พนักงานพิมพ์ พนักงาน					
เก็บเอกสารแม่บ้าน	0	3(27.3)	6(54.5)	2(18.2)	14(3.1)
อื่นๆ					4(0.9)
ระยะเวลาทำงาน					
<5 ปี	2(1.1)	35(19.8)	113(63.8)	27(15.3)	177(39.2)
6 -10 ปี	0	7(50.0)	3(21.4)	4(28.6)	14(3.1)
11-15 ปี	0	7(77.8)	2(22.2)	0	9(2.0)
16-20 ปี	4(2.2)	62(34.4)	102(56.7)	12(6.7)	180(39.9)
21-25 ปี	0	40(56.3)	27(38.0)	4(5.6)	71(15.7)

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร				รวม (ร้อยละ ของทั้งหมด)
	(ร้อยละของแต่ละระดับ)				
	ควร ปรับปรุง	พอใช้	ดี	ดีมาก	
รายได้					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	1(1.1)	8(9.0)	64(71.9)	16(18.0)	89(19.7)
10,001-15,000 บาท	0	51(38.6)	67(50.8)	14(10.6)	132(29.3)
15,001-20,000 บาท	1(3.8)	16(61.5)	8(30.8)	1(3.8)	26(5.8)
20,001-25,000 บาท	4(2.4)	52(31.7)	95(57.9)	13(7.9)	164(36.4)
25,001-30,000 บาท	0	16(53.3)	11(36.7)	3(10.0)	30(6.7)
30,001-45,000 บาท	0	8(80.0)	2(20.0)	0	10(2.2)

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.6 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 24.8 ส่วนเพศชายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีและพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 8.9 และ 8.6 ตามลำดับ

ช่วงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี และ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.9 และ 31.9 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มอายุระหว่าง 30-39 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีและพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 22.2 และ 17.7 ตามลำดับ รองลงมา กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 20.2

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 61.9 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างระดับปริญญาโทมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 71.1

รายได้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 20,001-25,000 บาท และ 10,001-15,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 29.3 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มรายได้ทั้งสองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.9 และ 50.8 ตามลำดับ กลุ่มรายได้ 30,001-45,000 บาท ,15,001-20,000 บาท และ 25,001-30,000 บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 80.8, 61.5 และ 53.3 ตามลำดับ

ตาราง 6 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร (ร้อยละของแต่ละระดับ)				รวม (ร้อยละ ของทั้งหมด)
	ควร ปรับปรุง	พอใช้	ดี	ดีมาก	
ดัชนีมวลกาย					
น้ำหนักน้อย	0	3(25.00)	7(58.3)	2(16.7)	12(2.7)
น้ำหนักปกติ	1 (1.4)	5 (6.8)	55 (75.3)	12 (16.4)	73 (16.2)
ท้วม	0	66 (44.6)	69 (46.6)	13 (8.8)	148 (32.8)
อ้วนระดับ 1	1 (2.5)	20 (50.0)	14 (35.0)	5 (12.5)	40 (8.9)
อ้วนระดับ 2	4 (2.2)	57 (32.0)	102 (57.3)	15 (8.4)	178 (39.5)
โรคประจำตัว					
มีโรคประจำตัว	3(1.6)	95(49.5)	82(42.7)	12(6.3)	192(42.6)
ไม่มีโรคประจำตัว	3(1.2)	56(21.6)	165(63.7)	35(13.5)	259(57.4)
การรับรู้ปัญหาสุขภาพ					
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	6(1.5)	143(35.4)	211(52.2)	44(10.9)	404(89.6)
มีปัญหาสุขภาพ	0	8(17.0)	36(76.6)	3(6.4)	47(10.4)
ระดับความเครียด					
เครียดน้อย	1(2.9)	14(40.0)	17(48.6)	3(8.6)	35(7.8)
เครียดปานกลาง	5(1.5)	115(34.8)	170(51.5)	40(12.1)	330(73.4)
เครียดสูง	0	15(22.4)	48(71.6)	4(6.0)	67(14.6)
เครียดสูงที่สุด	0	7(36.8)	12(63.2)	0	19(4.2)

จากตาราง 6 ดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 และท้วม คิดเป็นร้อยละ 39.5 และ 32.8 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มน้ำหนักตัวปกติและน้ำหนักตัวน้อยมีพฤติกรรมการบริโภค

อาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.3 และ 58.2 ตามลำดับ กลุ่มรูปร่างท้วมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีและพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 44.6 ตามลำดับ กลุ่มอ้วนระดับ 1 และ 2 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 32.2 ตามลำดับ

โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 42.6 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.4 และพบว่ากลุ่มมีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้และระดับดีใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 49.5 และ 42.7 ตามลำดับ กลุ่มไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 63.7 ตามลำดับ

การรับรู้ปัญหาสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 89.6 และพบว่ากลุ่มไม่มีปัญหาสุขภาพมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 52.2 กลุ่มมีปัญหาสุขภาพมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.6

ระดับความเครียด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.4 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับสูงและสูงที่สุดมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 71.6 และ 63.2 ตามลำดับ กลุ่มมีความเครียดระดับปานกลางและน้อยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.5 และ 48.6 ตามลำดับ

ตาราง 7 จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มตัวอย่าง 451 คนจำแนกตามข้อมูลความรู้และเจตคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ความรู้ เจตคติ	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ร้อยละของแต่ละระดับ)				รวม (ร้อยละ ของทั้งหมด)
	ควร ปรับปรุง	พอใช้	ดี	ดีมาก	
ความรู้ด้านโภชนาการ					
ระดับต่ำ	6	151	17	13	187
	(3.2)	(80.7)	(9.1)	(7.0)	(41.6)
ระดับปานกลาง	0	0	70	11	81
			(86.4)	(13.6)	(17.9)
ระดับสูง	0	0	160	23	183
			(87.4)	(12.6)	(40.5)

ตาราง 7 (ต่อ)

ความรู้ เจตคติ	ระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร				รวม (ร้อยละ ของทั้งหมด)
	(ร้อยละของแต่ละระดับ)				
	ควร ปรับปรุง	พอใช้	ดี	ดีมาก	
เจตคติต่อการบริโภคอาหาร					
ระดับดีมาก	0	5(100.0)	0	0	5(1.1)
ระดับดี	0	10(55.6)	6(33.3)	2(11.1)	18(4.0)
ระดับปานกลาง	4(1.6)	78(32.0)	142(58.2)	20(8.2)	244(54.1)
ระดับพอใช้	1(1.1)	29(30.9)	52(55.3)	12(12.8)	94(20.8)
ระดับควรแก้ไข	1(1.1)	29(32.2)	47(52.2)	13(14.4)	90(20.0)

จากตาราง 7 ความรู้ด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการระดับต่ำและสูงมากที่สุดใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 41.6 และ 40.5 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านโภชนาการระดับสูงและปานกลางมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 87.4 และ 86.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านโภชนาการระดับต่ำมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 80.7

เจตคติต่อการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการบริโภคอาหารระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมา มีเจตคติต่อการบริโภคอาหารระดับพอใช้และระดับควรแก้ไข คิดเป็นร้อยละ 20.8 และ 20.0 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการบริโภคอาหารระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 55.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการบริโภคอาหารระดับดีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 55.6

ตาราง 8 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามเพศ

เพศ	$\bar{X}$	S.D.	t value	df	p value
ชาย	2.4565	.54295	2.6518*	133.240	.002
หญิง	2.6518	.49993			

จากตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า t เท่ากับ 2.6518 ค่า p .002 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

ตาราง 9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	F value	p value	Scheffe'
1) 20-29 ปี	2.49	0.55	6.96*	<.001	3) > 1)
2) 30-39 ปี	2.56	0.49			
3) 40-49 ปี	2.77	0.46			
4) 50-59 ปี	2.27	0.59			
5) 60 ปีขึ้นไป	2.64	0.48			

จากตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า F เท่ากับ 6.96 ค่า p .050 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า มีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1 กลุ่มที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 40-49 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 20-29 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 10 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	F value	p value	Scheffe'
1) ปริญญาตรี	2.89	0.34	32.53*	<.001	1) > 2)
2) ปริญญาโท	2.41	0.60			1) > 3)
3) ปริญญาเอก	2.51	0.52			

จากตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า F เท่ากับ 32.53 ค่า $p < .001$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า มีตัวอย่างบางกลุ่มการศึกษาที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการมากกว่าตัวอย่างกลุ่มการศึกษาอื่นๆ เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่พบว่ากลุ่มตัวอย่างปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างปริญญาโท และสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างปริญญาเอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 11 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามระดับรายได้

ระดับรายได้	$\bar{X}$	S.D.	F value	p value	Scheffe'
1) ต่ำกว่า 10,000 บาท	2.88	0.36	9.48*	<.001	1) > 2)
2) 10,001-15,000 บาท	2.58	0.50			1) > 3)
3) 15,001-20,000 บาท	2.31	0.55			1) > 4)
4) 20,001-25,000 บาท	2.60	0.54			1) > 5)
5) 25,001-30,000 บาท	2.43	0.50			1) > 6)
6) 30,001-45,000 บาท	2.20	0.42			

จากตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า F เท่ากับ 9.48 ค่า $p < .001$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า มีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1 กลุ่มที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการแตกต่างจากตัวอย่างกลุ่มรายได้อื่นๆ เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างในทุกกลุ่มรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม
ระยะเวลาการทำงาน

ระยะเวลาทำงาน	$\bar{X}$	S.D.	F value	p value	Scheffe'
1) <5 ปี	2.5111	.58861	3.635	<.001	1) > 3)
2) 6 -10 ปี	2.6412	.66874			
3) 11-15 ปี	2.8506	.67391			
4) 16-20 ปี	2.7831	.73332			
5) 21-25 ปี	2.8476	.53315			

จากตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า F เท่ากับ 3.635 ค่า p 0.06 ซึ่งมีความมากกว่า 0.05 นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า มีตัวอย่างอย่างน้อย 1 กลุ่มที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการแตกต่างจากตัวอย่างกลุ่มที่มีระยะเวลาทำงานกลุ่มอื่นๆ เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่มีระยะเวลาทำงานต่ำกว่า 5 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างในกลุ่มที่มีระยะเวลาทำงาน 11-15 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 13 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตาม
สถานภาพงาน

สถานภาพงาน	$\bar{X}$	S.D.	F value	p value	Scheffe'
1) นายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร	2.77	0.42	15.34*	<.001	1) > 2) 1) > 3)
2) นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสถิติ นักวิชาการพัสดุ นักวิชาการสุศึกษา					
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักจัดงาน ทั่วไป วิศวกร สถาปนิก	2.55	0.52			

สถานภาพงาน	$\bar{X}$	S.D.	F value	p value	Scheffe'
3) เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี เจ้าพนักงาน สถิติ เจ้าพนักงานพัสดุ เจ้าพนักงานธุรการ	2.14	0.38			
4) พนักงานขับรถ พนักงานธุรการ พนักงาน พิมพ์ พนักงานเก็บเอกสาร แม่บ้าน	2.49	0.55			

จากตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า F เท่ากับ 27.623 ค่า $p < .001$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า มีตัวอย่างอย่างน้อย 1 กลุ่มที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการแตกต่างจากตัวอย่างกลุ่มสถานภาพงานอื่นๆ เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม นายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกสัชกร มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างในกลุ่มนักวิชาการ และสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเจ้าพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามระดับความเครียด

ความเครียด	$\bar{X}$	S.D.	F value	p value	Scheffe'
1) เครียดน้อย	2.49	0.56			
2) เครียดปานกลาง	2.59	0.52	3.22*	.047	2) > 1)
3) เครียดสูง	2.78	0.42			3) * 1)
4) เครียดสูงที่สุด	2.63	0.50			

จากตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า F เท่ากับ 3.22 ค่า $p 0.047$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า มีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1 กลุ่มที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการแตกต่างจากตัวอย่างระดับความเครียดกลุ่มอื่นๆ เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่มีความเครียดระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อาหารตามหลักโภชนาการน้อยกว่าตัวอย่างในกลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลาง และน้อยกว่าตัวอย่างในกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 15 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	t value	df	p value
มีปัญหาสุขภาพ	2.44	.53860	39.27*	1	<.001
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	2.74	.46650			

จากตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า t เท่ากับ 39.27 ค่า p <.001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาสุขภาพมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน

ตัวแปรที่ศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.	r	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	451	2.7427	.00	0.847*	< 0.001
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	451	3.4977			

จากตาราง 16 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ค่า r เท่ากับ 0.847 ค่า p value <0.001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า ความรู้เรื่องโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโภชนาการระดับสูงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม

การบริโภคอาหารระดับสูง กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโภชนาการระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง 451 คน

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S.D.	r	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	451	2.7427	0.764	0.060	0.201
เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	451	3.5454	0.569		

จากตาราง 17 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ค่า r เท่ากับ 0.060 ค่า p value 0.201 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า เจตคติเกี่ยวกับโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยจะนำผลการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลการจัดทำแนวทางการเลือกซื้ออาหารพร้อมบริโภค พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ตลอดจนเป็นข้อมูลที่จะเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบให้มีมาตรการ การกำกับ/ควบคุมคุณภาพอาหารปรุงสำเร็จที่จำหน่ายแก่บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นข้อมูลให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนต่อไป

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
2. เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยจำแนกตามตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษารายได้ หน่วยงาน สภาวะสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานในการวิจัย

1. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
2. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีช่วงอายุต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
3. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
4. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน

5. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีสถานภาพงานต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
6. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีระยะเวลาการทำงานต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
7. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีภาวะเครียดต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
8. บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน
9. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในทางบวก
10. เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในทางบวก

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าเป็นบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2554 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ในแต่ละสำนัก/กอง/กลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 451 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบสอบถามความเครียดของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และผลการทดลองใช้กับบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป และได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามเจตคติ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามความเครียด เท่ากับ 0.741, 0.691, 0.679 และ 0.662 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้ มีความยากง่ายระหว่าง 0.63-0.78

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 9 หน่วยงาน จำนวน 470 คน ระหว่างเดือน สิงหาคม 2554-มกราคม 2555 เป็นเวลา 6 เดือน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 451 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.96

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

การสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล ผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยเพื่อจะได้ทราบว่าผลการวิจัยให้การสนับสนุนความคาดหมายที่ได้ตั้งไว้ล่วงหน้าในสมมติฐานมากน้อยเพียงใด และอภิปรายผลร่วมกับผลการวิจัยอื่นๆ เพื่อให้เกิดภาพที่กว้างขึ้น สามารถ นำมาใช้ในการเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติและวิจัยต่อไป

การสรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพงาน ภาวะเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ ต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพงาน ระยะเวลาการทำงาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับความเครียดต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1.1 เพศ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากโดยธรรมชาติผู้ชายมักมีรูปร่างสูงใหญ่กว่าผู้หญิง และผู้ชายมักทำงานหนักมากกว่าผู้หญิง ซึ่งผู้หญิงมักได้ทำงานที่เบาหรือใช้พลังงานน้อยกว่า ผู้หญิงจึงมีพฤติกรรมการบริโภคแตกต่างจากเพศชาย เช่น เพศชาย รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ โดยไม่รับประทานจุบจิบ ส่วนเพศหญิงมักรับประทานจุบจิบ และบางครั้งรับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อ และอาจจะไม่รับประทานอาหารเช้าที่มีไขมัน นอกจากนี้เพศหญิงจะมีความรู้ในเรื่องของการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ มีการปฏิบัติตนในการเป็นแบบอย่าง และผู้นำความ เป็นเพศแม่ของสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการวิจัยหลายเรื่อง ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันมากในเรื่องความคิด ค่านิยม และเจตคติ ทั้งนี้ เพราะวัฒนธรรมและสังคมกำหนด บทบาท และกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน ผู้หญิงมักมีจิตใจอ่อนไหวหรือเจ้าอารมณ์ (Emotional) โอนอ่อนผ่อนตาม (Submissive) และเป็นแม่บ้าน แม่เรือน (Home-oriented) ผู้ชายเป็นผู้ที่ใช้เหตุผลมากกว่าผู้หญิง ในขณะที่ผู้หญิงยังจิตใจคนได้มากกว่าผู้ชาย ความแตกต่างอีกอย่างหนึ่ง คือ เมื่อมีความผิดพลาดผู้หญิงมักโทษตัวเองแต่ผู้ชายมักโทษผู้อื่น และที่สำคัญผู้หญิงมักถูกชักจูงได้ง่ายกว่าผู้ชาย ดังนั้น ความแตกต่างของสิ่งต่างๆ เหล่านี้ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเพศชายและเพศหญิง (ประมะ สตะเวทิน . 2532: 220)

1.2 ช่วงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 40-49 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 20-29 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปกติคนที่วัยต่างกันจะมีความสนใจหรือความต้องการในสิ่งต่างๆ แตกต่างกันเนื่องจากอายุทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่อง ความคิดและพฤติกรรม วัยต่างๆ มีความชอบและความเหมาะสมกับอาหารแตกต่างกัน (ประมะ สตะเวทิน .2532: 222) การวิจัยทางจิตวิทยา พบว่า อายุยังเป็นตัวกำหนดความแตกต่างในการถูกชักจูงได้ง่ายหรือยาก เมื่อคนมีอายุมากขึ้นโอกาสที่คนจะเปลี่ยนใจหรือถูกชักจูงจะน้อยลง นอกจากนี้ลักษณะของการใช้สื่อของคนที่มีอายุต่างกันก็แตกต่างกันด้วย คนที่มีอายุมากมักจะใช้สื่อมวลชนเพื่อแสวงหาข่าวสารที่เป็นสาระ อ่านข่าว การบ้าน การเมือง หรือบทบรรณาธิการมากกว่าเพื่อความบันเทิง ดังนั้นอายุเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคแตกต่างกัน

1.3 ระดับการศึกษา และสถานภาพงาน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสถานภาพงานต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างปริญญาตรี/ต่ำกว่ามีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลัก

โภชนาการสูงกว่าตัวอย่างปริญาโท และสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างปริญาเอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปริญาตรีต่ำกว่า ร้อยละ 61.9 ส่วนหนึ่งคือกลุ่มวิชาชีพ นายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญาตรี ทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพงานต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม นายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างในกลุ่ม นักวิชาการ และสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเจ้าพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มวิชาชีพนายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตามสายวิชาชีพที่มีผลต่อการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ตลอดจนการกำหนดพฤติกรรมการบริโภค การตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยรู้ว่าการเลือกล้างไม่มีประโยชน์แก่ร่างกายควรซื้อมารับประทาน อาหารสิ่งใดไม่มีประโยชน์ไม่ควรซื้อมาบริโภค

1.4 รายได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างในทุกกลุ่มรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากข้อจำกัดของระดับรายได้ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกบริโภคจากร้านค้าสวัสดิการของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข

1.5 ระยะเวลาการทำงาน กลุ่มตัวอย่างที่มี ระยะเวลาการทำงานต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาทำงาน ต่ำกว่า 5 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างในกลุ่มที่มีระยะเวลาทำงาน 11-15 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากสังคมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการทำงาน ต่ำกว่า 5 ปี มีข้อจำกัดจึงเลือกบริโภคอาหารจากร้านค้าสวัสดิการภายในกระทรวงสาธารณสุขมากกว่ามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเลือกบริโภคอาหารจากนอกกระทรวงสาธารณสุข

1.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การบริโภคอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการย่อมส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วย ซึ่งสามารถประเมินได้จากการรับรู้ของบุคคลตามความรู้สึกลักษณะการทำงาน ให้ความหมายต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง ตัดสินว่าภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร

1.7 ระดับความเครียด กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลาง และระดับสูง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าตัวอย่างในกลุ่มที่มีความเครียดระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากความเครียดด้านบวกเป็นความเครียดที่อยู่ในระดับไม่มากจนเกินไป จะส่งผลเชิงบวกต่อบุคคล คือ มีพลัง ชัยชนะ มีความกระตือรือร้น กระฉับกระเฉง ช่วยให้มีมีความกระตือรือร้นที่จะทำงานให้ดีที่สุด ความเครียดระดับปานกลางและระดับสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้บุคคลมีความสนใจในการดำเนินชีวิต

2. ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากระดับความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานของพฤติกรรมขั้นต้นที่บุคคลรับรู้ข้อเท็จจริงหรือกฎเกณฑ์ต่างๆ แล้วสะสมไว้เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ที่ตนเองมีอยู่ ก็จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมขั้นสูงกว่าขึ้นไป เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ ตามความรู้ความเข้าใจ ที่ตนเองมีอยู่ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านโภชนาการระดับสูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านโภชนาการระดับต่ำจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้

2.2 เจตคติเกี่ยวกับโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภค เช่น การโฆษณาและค่านิยม เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. บุคลากรในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพประกอบด้วยบุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61.9 ซึ่งบุคลากรในกลุ่มนายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกสัชกร ร้อยละ 12.2 จัดเป็นบุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีด้วย ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปบุคลากรในกลุ่มนี้ควรมีการกำหนดสถานภาพส่วนบุคคลเป็น 2 ตัวแปร (Combined Variable) คือ ตำแหน่ง และระดับการศึกษา เพื่อจำแนกความแตกต่างจากบุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่มอื่น

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีความแตกต่างของความรู้ด้านโภชนาการ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการระดับต่ำร้อยละ 41.6 และความรู้ระดับสูงร้อยละ 40.5 ดังนั้นควรมีการจำแนกสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรู้ เพื่อนำไปสู่การอบรมที่เหมาะสม

3. ปัจจัยทางจิตลักษณะภายในตัวบุคคลนอกจากปัจจัยด้านเจตคติ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น การโฆษณา ค่านิยม และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

4. ร้านค้าสวัสดิการที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาจำหน่ายอาหารในหน่วยงาน สามารถเป็นแบบอย่างในการจัดสรรอาหารที่มีคุณค่าและคุณภาพตามหลักโภชนาการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยซึ่งส่วนใหญ่เลือกบริโภคอาหารจากร้านค้าสวัสดิการ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 71.9 แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีวาระการประชุม/สัมมนาค่อนข้างบ่อย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามรายการอาหารที่ผู้จัดประชุม/สัมมนาได้จัดเตรียมไว้ จึงควรพิจารณาถึงรายการอาหารที่กำหนดจัดในการประชุม/สัมมนาให้เป็นรายการอาหารสุขภาพ



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย ร่วมกับเครือข่ายอาหารและโภชนาการ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). โรคอ้วนลงพุง METABOLIC SYNDROM. กรุงเทพฯ: กองโภชนาการ กรมอนามัย.
- กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์. (2547). โภชนาการสาธารณสุขเบื้องต้น. ภาควิชาสุขศึกษา. คณะพลศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์. (2550). เอกสารวิชาการโภชนาการกับสุขภาพ. ถ่ายเอกสาร.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2551). คู่มือธงโภชนาการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- , (2552). โภชนบัญญัติ 9 ข้อ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติย ศศสมบัติ. (2553). METABOLIC SYNDROME. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์. (2550). เส้นทางสู่การรับรองนักกำหนดอาหารวิชาชีพ. สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ.
- , (2540). อาหารและโภชนาการนำความรู้สู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คุณาสีรี เกตุปมา. (2548). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พส.ม (พัฒนามนุษย์และสังคม) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เฉลิมพล ตันสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชม ภูมิภาค. 2516. เจตคติ (Attitude). (ออนไลน์. สืบค้นเมื่อ วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 จาก <http://www.socialscience.igetweb.com>)
- ทิลบล อยู่สุข. (2550). บริโภคไขมันอย่างไร. เอกสารประกอบการบรรยาย ชมรมอยู่ดีมีสุข.
- ชิดชนก กัณกุล. (2548). พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในโรงเรียนพณิชยการสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. (2551). การบรรยายพิเศษ เรื่อง "Community-Based Multisectional Action Approach". กรุงเทพฯ: โรงแรมรามาการ์เด็นท์.
- ทีมวิจัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ราชบุรี. (2550). ความแตกต่างของการใช้เส้นรอบเอวเพื่อประเมินภาวะอ้วนลงพุงในหญิงเมื่อวัดรอบเอวที่ระดับต่างกัน. จาก http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/ms/WC_3_point.pdf.
- ธนิดา กิริติสุนและคณะ. (2549) อาหารและโภชนาการ.โรงเรียนลิไทพิทยาคม . สืบค้นเมื่อ 27/ 27 เมษายน 2553 จาก <http://www.sema.go.th/files/Content/technic/k4/0025/economic>
- บุญตา กิริยานันท์. (2551). การควบคุมและป้องกันโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: ทีเคพรินต์ติ้ง จำกัด.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2545). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- ปรมะ สตะเวทิน. (2532). เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่1- 5. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช..
- ประณีต ผ่องแผ้ว. (2539). โภชนศาสตร์ชุมชนในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว. กรุงเทพฯ: ลีฟวิง ทรานส์ มีเดีย.
- ประไพศรี ศิริจักรวาล. (2550). เอกสารประกอบการเรียนวิชาพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อโภชนาการ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประหยัด สายวิเชียร. (2547). อาหาร วัฒนธรรมและสุขภาพ. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- นริศรา พึ่งโพธิ์. (2551) การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปศ.ม. (ประชากรศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยนา บุญทวยวัฒน์. (2546). ชีวิตมีทางโภชนาการ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาโภชนวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรมล อุดมอ่าง, เพ็ญขวัญ ชมปรีดา; และอนุวัตร แจ่มชัด. (2548). การศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อไขมันในเลือดและโรคที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิค Discriminant Analysis. เชียงใหม่: ภาควิชาเทคโนโลยีการพัฒนาลิขสิทธิ์ คณะอุตสาหกรรมเกษตร. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิษณุ อุดมมะเวทิน และคณะ. (2543). พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่นำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2548). การสำรวจทัศนคติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของค
ไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- วนิษา กิจวรพัฒน์. (2551). การศึกษาภาวะอ้วนลงพุงของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป. นนทบุรี:
กองโภชนาการ กรมอนามัย. ถ่ายเอกสาร.
- วรนนท์ ศุภพิพัฒน์. (2538). อาหาร โภชนาการ และสารเป็นพิษ. กรุงเทพฯ: แสงการพิมพ์.
- วิภาวี ปันนพศรี. (2550). พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอลำลูกกา
จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การตลาด). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระ
นคร.
- วีณะ วีระไวยยะ; และสง่า ดามาพงษ์. (2541). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร. นนทบุรี: สำนักพัฒนา
วิชาการแพทย์ กรมการแพทย์.
- ศิริลักษณ์ สีนธาลัย. (2533, มีนาคม). ทัศนคติและพฤติกรรมของเด็กนักเรียนไทยในตัวเมืองที่มีต่อ
อาหารว่าง. โภชนาการสาร. (21): 309-330.
- สุชา จันทน์เอม. (2536). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2553.
โรงพยาบาลราชวิถี. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). รายงานการวิจัยเรื่อง
การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวัฒนา ลิ้มยุ่นทรง (2550). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยเชื้อสายกะเหรี่ยง อำเภอสวนผึ้ง
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาและการแนะแนว). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) สืบค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2553. จาก
<http://www.idd.go.th/Thai-html/O5022007/PDF/PDF01/index.htm>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติ
พยากรณ์.
- (2548). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.
- (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.
- องค์การอนามัยโลก. (2544). ขยับกาย สบายชีวี. การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 54. กรุงเทพฯ:
องค์การอนามัยโลก.

- อนุกุล พลศิริ. (2551. กรกฎาคม-ธันวาคม). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ
นักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารวิจัยรามคำแหง. 11(ฉบับพิเศษ).
- อบเชย วงศ์ทอง. (2553). โภชนศาสตร์ครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.
- อรรณพ ปิลันธน์โอวาท. (2542). การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าว. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทัยวรรณ สุกิมานิล. (2551). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่ใน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครพนม. เอกสารในการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง
กำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. 24-26 มิถุนายน 2553.
กรุงเทพฯ: มปป.
- Bloom, B.S.; Mamaus, G.F.; & Hostings, J.T. (1971). *Evaluation to Improve Learning*. New
York: McGraw-Hill Book.
- Carrigan, M., Szmigin, I., & Leek, S. (2006). Managing routine food choices in UK families:
the role of convenience consumption. *Appetite*. 47: 372-383
- Cronbach L.J. (1990). *The Dependability of Behavioral Easements: Theory of Generitizability
for Sores and Profile*. New York: Willey.
- Deerochanawong C; et al. (2004). *Metabolic syndrome*, diabetes and impaired glucose
regulation in Thai high risk population. Abstract in *Metabolic syndrome, type 2
diabetes and atherosclerosis congress at Marrakesh*.
- Weiss EC; et al. (2006). Weight-control practices among U.S. adults, 2001-2002. *Am J Prev
Med*. 31(1):18-24.
- Jones, A.Q.; et al. (2007, July). Drinking water consumption patterns in British Columbia: an
investigation of associations with demographic factors and acute gastrointestinal
illness. *Science of the Total Environment*. 338(1-3): 54.
- Leili S.; et al. (2010). Consumption of fruit and vegetables among elderly people: a cross
sectional study from Iran. *Nutrition Journal* 9(2): 10.1186/1475-2891-92.
- Marrakesh, Morocco.Da, Galuska.; & LK, Khan. (2006). *Obesity: Weight-control practices
among U.S. adults, 2001-2002*. Washington DC: International Life Sciences
Institute.
- Musaiger, A.O. (1982). *Factors Influencing Food Consumption in Behavior*. *Ecol Food Nutr*.
12: p. 39-48.

Rokeach, M. (1970). Belief, attitude and value: *Theory of organization and change*.

Santrancisco: Josey-Bass.

Sarson IG. (1980). *Introduction to the stady of test anxiety*. In Ig. sarason (ed.), test anxiety:

Theory, Research and Application. Hillsdale NJ: Erlbaum.

Schiffman & Kanuk. (2000). *Customer Behavior-Psychology Aspects*. New Jersey: Prentice-Hall.

Sun C. Y. (2008). Health concern, food choice motives, and attitudes toward healthy eating: the mediating role of food choice motives. *Appetite*. 51, 42-49

Yamane T. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*. New York: Harper and Row.



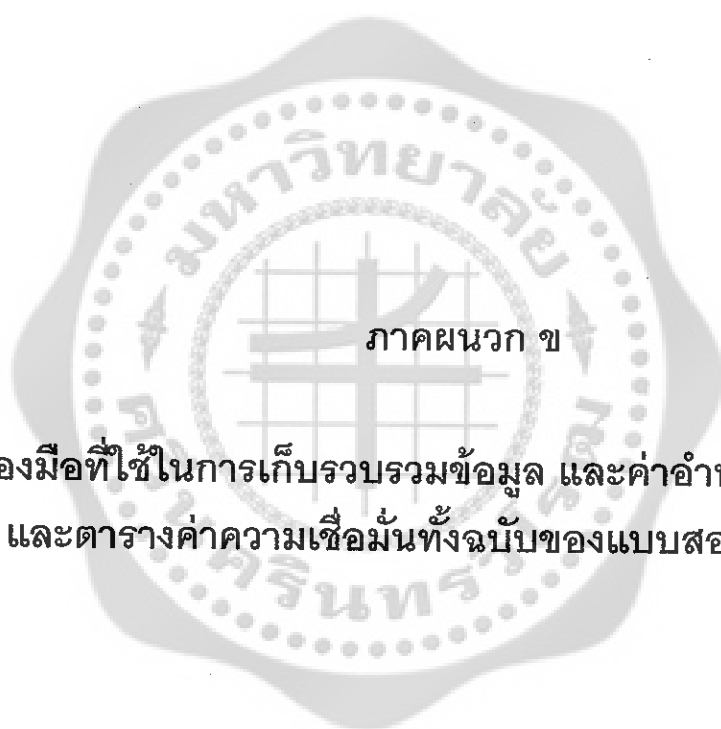


ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. อาจารย์สุธีรา เมืองนาโพธิ์ | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. อาจารย์ ดร.สุวิมล ทรัพย์วิโรบล | คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย |
| 5. นายแพทย์พรเพชร ปัญญาปิยะกุล | สำนักบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข |



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และค่าอำนาจจำแนก
และตารางค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
วันที่เก็บข้อมูล.....

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย เพื่อประกอบบริภูณานิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ
ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้วิจัยจึงขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง คำตอบที่ได้จะไม่มีผลใดๆ
ต่อตัวท่าน
2. คำถามชุดนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน และมีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 84 ข้อ ดังนี้
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ
 - ตอนที่ 2 แบบวัดความเครียด จำนวน 20 ข้อ
 - ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ
 - ตอนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ
 - ตอนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ
3. เมื่อท่านได้รับแบบสอบถามขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อทุกประเด็นเพราะถ้าขาดข้อหนึ่ง
ข้อใดจะทำให้ผลการวิเคราะห์และการแปลผลผิดพลาด

“ผู้ดำเนินการวิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี”
ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอขอบคุณทุกท่าน

เครือวัลย์ แก้วเขียน

นักศึกษาปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดเขียนเครื่องหมาย X ลงในลงในกรอบสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่เป็นจริงที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

☐ 20-29 ปี

☐ 30-39 ปี

☐ 40-49 ปี

☐ 50-59 ปี

☐ 60 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพ

☐ โสด

☐ สมรส

☐ ม่าย

☐ หย่า

☐ แยก

4. ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า

☐ ปริญญาโท

☐ ปริญญาเอก

5. หน่วยงาน

☐ สำนักบริหาร

☐ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

☐ กองแบบแผน

☐ กองวิศวกรรมการแพทย์

☐ กองสุขศึกษา

☐ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

☐ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

☐ กลุ่มตรวจสอบภายใน

☐ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

6. สถานภาพตำแหน่งงาน(ระบุ).....

☐ กลุ่มที่ 1 นายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร

☐ กลุ่มที่ 2 นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสถิติ นักวิชาการพัสดุ นักวิชาการสุขศึกษา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักจัดการทั่วไป วิศวกร สถาปนิก

☐ กลุ่มที่ 3 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี เจ้าพนักงานสถิติ เจ้าพนักงานพัสดุ เจ้าพนักงานธุรการ

☐ กลุ่มที่ 4 พนักงานขับรถ พนักงานธุรการ พนักงานพิมพ์ พนักงานเก็บเอกสาร แม่บ้าน

☐ อื่นๆ

7. ระยะเวลาทำงาน.....ปีเต็ม

- () <5 ปี () 6-10 ปี
() 11-15 ปี () 16-20 ปี () 21-25 ปี

8. รายได้/เดือน

- () ต่ำกว่า 10,000 บาท () 10,001 – 15,000 บาท
() 15,001- 20,000 บาท () 20,001 – 25,000 บาท
() 25,001-30,000 บาท () 30,001 – 45,000 บาท

9. สุขภาพปัจจุบัน

9.1 โรคประจำตัว

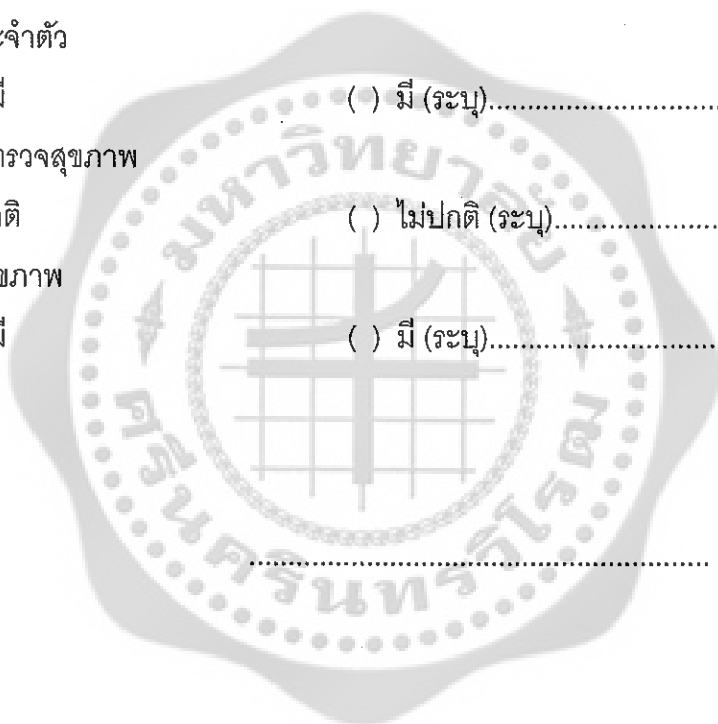
- () ឯកសារ () អ្វី (ទំនាក់).....

9.2 ผลการตรวจสุขภาพ

- () ปกติ () ไม่ปกติ (ระบุ).....

9.3 ปัญหาสุขภาพ

- () ឈ្មោះ..... () ឆ្នាំ (ចុះប្ប).....



ตอนที่ 2 แบบวัดความเครียด โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข (สุวัฒน์ และคณะ : 2540)

คำชี้แจง เมื่อคุณอ่านข้อความด้านล่างนี้ แล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดข้อหนึ่งกับตัวคุณ ให้ประเมินว่าคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วทำเครื่องหมายให้ตรงช่องที่คุณประเมิน โดย

0 คะแนน	หมายถึง	ไม่ได้เกิดขึ้น
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด
2 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
5 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อที่	ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	คะแนนความเครียด					
		0	1	2	3	4	5
1	กลัวทำงานผิดพลาด						
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้						
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องในบ้าน						
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษ /มลภาวะในอากาศ เสียง น้ำ ดิน						
5	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบกับ						
6	เงินไม่พอใช้จ่าย						
7	กลุ้มเนื้อตึงหรือปวด						
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด						
9	ปวดหลัง						
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง						
11	ปวดศีรษะข้างเดียว						
12	รู้สึกวิตกกังวล						
13	รู้สึกคับข้องใจ						
14	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด						
15	รู้สึกเศร้า						

ข้อที่	ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	คะแนนความเครียด					
16	ความจำไม่ดี						
17	รู้สึกสับสน						
18	ตั้งสมาธิลำบาก						
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย						
20	เป็นหวัดบ่อยๆ						

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โปรด X ข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว

- โภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับคนไทยท่านคิดว่ากำหนดไว้เพื่อวัตถุประสงค์อะไร
 - เพื่อเป็นแนวทางในการรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ
 - เพื่อเป็นความรู้ที่คนไทยควรทราบในเรื่องโภชนาการ
 - เพื่อเป็นสิ่งที่คนไทยสืบทอดกันมาหลายชั่วคน
 - เพื่อเป็นแนวทางปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคสำหรับเด็ก
- การปฏิบัติตามโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับคนไทยข้อใดกล่าวถูกต้องที่สุด
 - สามารถลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - สามารถสร้างสุขภาพก่อนซ่อม
 - สามารถบำบัด หรือจัดการกับกลุ่มโรคเรื้อรังได้
 - ถูกทุกข้อ
- กิโกลแคลอรีเป็นหน่วยวัดพลังงานในอาหารกลุ่มใด
 - กลุ่มอาหารที่ให้โปรตีน ไขมัน
 - กลุ่มอาหารที่ให้พลังงาน
 - กลุ่มอาหารที่เสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกายให้ปกติ
 - อาหารที่ช่วยควบคุมการทำงานของร่างกายให้ปกติ
- เมื่อเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรหลีกเลี่ยงอาหารข้อใด
 - กลุ่มอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด
 - กลุ่มอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด ไขมันมาก
 - กลุ่มอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด
 - กลุ่มอาหารรสจัดเช่น หวานจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด

5. ไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) หมายถึงข้อใด

- ก. ไขมันจากพืชทุกชนิด
- ข. ไขมันจากสัตว์ทุกชนิด
- ค. ไขมันหรือน้ำมันพืชที่สกัดจากปาล์ม มะพร้าว และ กะทิ
- ง. ไขมันจากสัตว์ทุกชนิด น้ำมันพืชที่สกัดจากปาล์ม มะพร้าว และ กะทิ

6. ไขมันชนิดใดที่เป็นต้นเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน

- ก. แอลดีแอล คอลเลสเตอรอล (Low density Lipoprotein Cholesterol: LDL-C)
- ข. เอชดีแอล คอลเลสเตอรอล (High density lipoprotein Cholesterol: HDL-C)
- ค. ถูกทั้ง ก. และ ข.
- ง. ไม่มีข้อใดถูกต้อง

7. การหลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) ควรเลือกรับประทานอาหารประเภทใด

- ก. แกงบอน แกงส้มมะละกอ แกงคั่วเนื้อวัว
- ข. แกงเลียง แกงส้มดอกแค ผักพริกขิงหมูสามชั้น
- ค. แกงส้มตุน แกงคั่วหอยขม ไก่ทอด
- ง. แกงเลียง ยำเห็ดรวมมิตร ปลาเนื้อมะนาว

8. ท่านจะเลือกบริโภคน้ำมันกลุ่มใดเพื่อต้องการไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated Fat)

- ก. น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันปาล์ม
- ข. ถั่วเหลือง ถั่วลิสง น้ำมันปาล์ม
- ค. น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง
- ง. น้ำมันมะกอก น้ำมันปาล์ม

9. ข้อใดเป็นคุณสมบัติที่ดีของไขมันกลุ่ม โอเมก้า 3

- ก. สามารถช่วยลดการเกาะกันของเกล็ดเลือดและลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้
- ข. สามารถช่วยระดับ High density lipoprotein Cholesterol: HDL-C ในเลือดเพิ่มขึ้น
- ค. สามารถช่วยให้มีปริมาณของ Low density Lipoprotein Cholesterol: LDL-C ในเลือดเพิ่มขึ้น
- ง. สามารถป้องกันความผิดปกติของระบบอื่นๆ โดยเฉพาะไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือด

10. "ไขมันทรานส์" (Trans Fat acid) หมายถึงข้อใด

- ก. ไขมันแปรรูปชนิดหนึ่งใช้อย่างแพร่หลายในอุตสาหกรรมอาหาร
- ข. ไขมันที่พบได้ตามธรรมชาติ
- ค. ไขมันที่ผ่านกระบวนการเติมออกซิเจนลงไปให้น้ำมันพืช

ง. ไขมันที่เป็นลักษณะเหลวใส ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรมที่ดี

11. “ไขมันทรานส์” (Trans Fat acid) ไม่มีในข้อใด

ก. คอฟฟี่เมท

ข. เนื้อสัตว์ต่างๆ

ค. ขนมคุกกี้

ง. น้ำมันปาล์ม และ น้ำมันมะพร้าว

12. คุณรับประทาน“ไขมันทรานส์” (Trans Fat acid) จากอาหารข้อใด

ก. ตะไคร้แห้ง

ข. ขนมไข่

ค. ขนมเค้กกล้วยหอม

ง. ขนมคุกกี้

13. รับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมัน trans fat มากเกินไป จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคใด

ก. เกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease: CHD)

ข. เกี่ยวกับตับอักเสบ และหัวใจ

ค. เกี่ยวกับไขมันหลังอักเสบ และความดันโลหิตสูง

ง. เกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease: CHD) และ ผนังเส้นเลือด

14. การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรปฏิบัติตามข้อใด

ก. หลีกเลี่ยงของหวาน

ข. เน้นอาหารหลัก 5 หมู่ และการปรับพฤติกรรมการบริโภค

ค. ไม่เครียด เลือกรับประทานอาหารที่ชอบ

ง. ปรับอารมณ์ ปรับอาหารแป้ง น้ำตาล

15. ข้อใดเป็นหน้าที่ที่สำคัญของฮอร์โมนอินซูลิน

ก. การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ

ข. ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง

ค. กระตุ้นเซลล์ตับ และเซลล์กล้ามเนื้อ ให้รับกลูโคสให้น้อยลง

ง. กระตุ้นเซลล์ทั่วร่างกาย ให้มีการใช้กลูโคสน้อยลง

16. ผลไม้ชนิดใดที่มีไกลซีมิก (Glycemic Index) ความหวานจากน้อยไปหามาก

- ก. กลัวย มะละกอ ส้ม สับปะรด
- ข. มะละกอ กลัวย สับปะรด ทุเรียน
- ค. ส้ม มะละกอ กลัวย สับปะรด
- ง. สับปะรด ส้ม มะละกอ กลัวย

17. อาหารประเภทแป้งชนิดใดที่มีค่าน้ำตาล น้อยที่สุด

- ก. ข้าวสุก
- ข. ข้าวเหนียว
- ค. วุ้นเส้น
- ง. บะหมี่

18. การเผาผลาญอาหารผิดปกติ (Metabolic syndrome) ทำให้เกิดโรคกลุ่มใดมากที่สุด

- ก. กลุ่มโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน
- ข. กลุ่มโรคหัวใจ โรคเสียการทรงตัว โรคข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง
- ค. กลุ่มโรคหัวใจ โรคเส้นเลือดอักเสบ โรคอ้วน
- ง. กลุ่มโรคเมเร็งลำไส้ มะเร็งของถุงน้ำดี และมะเร็งเยื่อต่างๆ

19. ข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญอาหารผิดปกติ (Metabolic syndrome)

- ก. โรคเส้นเลือดอักเสบ
- ข. โรคความดันโลหิตสูง
- ค. โรคเบาหวาน
- ง. โรคไต

20. อาหารประเภทใดที่สามารถควบคุมน้ำหนักและรอบเอวไม่ให้เพิ่มขึ้นได้ ข้อใดไม่ถูกต้อง

- ก. อาหารที่เตรียมโดยการต้ม นึ่ง ย่าง โดยหลีกเลี่ยงอาหารทอดหรือผัด
- ข. บริโภคน้ำมันจากปาล์ม ถั่วเหลือง เมล็ดทานตะวัน งาม
- ค. บริโภคเนื้อสัตว์ ไข่ขาว เต้าหู้ และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองทุกวัน
- ง. บริโภคบริโภคข้าวหรือแป้งได้ตามปกติ

.....

ตอนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามมีข้อความเกี่ยวกับเจตคติในการบริโภคอาหารของท่าน ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โปรดใส่เครื่องหมาย✓ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.ปฏิบัติตามโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับคนไทย เสมอๆ					
2.ปัญหาสุขภาพเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ					
3.โรคหัวใจและหลอดเลือด ควรหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม					
4.ไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) มีผลเสียมากกว่าผลดีต่อ สุขภาพ					
5.ร่างกายได้รับ ไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) ทุกวัน อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะซื้ออาหารรับประทานทุกมื้อ					
6.เฮดดีแอล คอลเลสเตอรอล (High density lipoprotein Cholesterol: HDL-C)เป็นไขมันชนิดที่ดี					
7.กระทรวงสาธารณสุขมีข้อกำหนดให้ผู้ประกอบการ ขายอาหารของสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ให้ไขมันไม่ อิ่มตัว (Unsaturated Fat)ในการประกอบอาหาร					
8.ไขมันกลุ่ม โอเมก้า 3 เหมาะสำหรับวัยผู้ใหญ่เพราะ ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้					
9.อาหารมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อที่สำคัญที่สุด					
10.โอเมก้า 3 มีมากในอาหารทะเลทุกชนิด					
11. “ไขมันทรานส์” (Trans Fat acid) มีมากในอาหาร ขบเคี้ยว เช่น คุกกี้ ขนมปังเนยสด เค้กเนยสด เป็นต้น					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
12. สับปะรดเป็นผลไม้ที่เหมาะสมสำหรับการลดความ อ้วน					
13.รับประทานวันเส้นแทนข้าวขาวเพราะจะมีค่าไกลซี มิก อินเดกซ์(Glycemic Index) น้อยที่สุด และสามารถ ลดน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้					
14. "อ้วนลงพุง" (Metabolic syndrome)ทำให้มี คุณภาพชีวิตต่ำ					
15.ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body mass index = BMI) มีค่าระหว่างระหว่าง18.5-22.9 อยู่ในเกณฑ์ที่ดี					
16.พฤติกรรมการบริโภคเป็นตัวชี้วัดถึงสุขภาพดีหรือไม่ดี ได้เช่นกัน					
17. กลุ่มโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานมี สาเหตุมาจาก"อ้วนลงพุง" (Metabolic syndrome)					
18.วัยผู้ใหญ่ จะมีการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย จะลดลง					
19. "อ้วนลงพุง" (Metabolic syndrome)น่าจะเกิดใน ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย					
20.สับปะรดดีกว่าทุเรียนเพราะมีความหวานน้อยกว่า					

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามมีข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของท่านในหนึ่งสัปดาห์ ขอให้ท่านเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย✓ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

เกณฑ์การพิจารณา

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติเป็นประจำ (เกือบทุกวันหรือทุกวัน)
ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติบ่อยครั้ง (สัปดาห์ละ 3-5 วัน)
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1.ท่านปฏิบัติตามโภชนบัญญัติ 9ประการ ใน ชีวิตประจำวัน				
2. ท่านรับประทานอาหารเฉพาะที่ตนเองชอบ มากเท่านั้น				
3.ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม ในชีวิตประจำวัน				
4.ท่านรับประทานอาหารจากร้านขายอาหาร เป็นประจำ ทั้งที่รู้ว่าอาหาร และมีไขมันอิ่มตัว (Saturated fat)สูง				
5.ท่านจะเลือกซื้อน้ำมันชนิดที่มีไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated Fat)สูง แทนที่โดยไม่ลังเล แม้ว่าราคาจะแพงมากกว่าน้ำมันปาล์ม				
6.ท่านใช้น้ำมันในกลุ่ม โอเมก้า 3 ประกอบ อาหารที่บ้าน เพราะ มีประโยชน์ต่อสุขภาพ				
7. ท่านรับประทานแก้มังกร สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง อาหารมื้อเย็น				
8. ท่านชอบรับประทานข้าวขาหมู หมูกรอบ				

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
9. ท่านมักไม่มีเวลามากพอที่จะรับประทานอาหารเช้า เพราะจะทำให้ไปทำงานสาย				
10. ท่านดื่มกาแฟพร้อมคุกกี้/ ขนมปังเนยสด/ เค้กเนยสดแทนอาหารมื้อเช้าหรืออาหารมื้อ เย็น				
11. ท่านรับประทานอาหารขี้วหมูกรอบมากกว่าข้าว ผัดผักรวมมิตร เพราะเหมาะกับวัยทำงาน และมีโปรตีนมากกว่า				
12. ท่านเลือกรับประทานอาหารทะเล มากกว่าอาหารชนิดอื่น				
13. ท่านรับประทานอาหารทอดมากกว่าต้ม				
14. ฉันรับประทานอาหารกล้วยมากกว่าส้ม				
15. ท่านรับประทานอาหารตามโฆษณาเพื่อ ป้องกัน“อ้วนลงพุง” (Metabolic syndrome)				
16. ท่านรับประทานอาหารที่มีเส้นใยและกาก อาหารมาก เพราะเหมาะกับวัย				
17. ท่านรับประทานอาหารแปรรูป เช่น ปลา เค็ม ปลาร้า ผลไม้กระป๋องหรือผลไม้ เชื่อม กวน แซ่ฉิม ดอง				
18. ท่านลดน้ำหนักด้วยวิธีงดอาหารมื้อเย็น				
19. ท่านออกกำลังกาย เพราะเชื่อว่าจะมีการ เผาผลาญพลังงานของร่างกายจะเพิ่มขึ้น				
20. ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ/วัน				

ตาราง 18 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถาม

การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) แบบสอบถามความรู้ได้ข้อคำถามมีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.392-0.589 แบบสอบถามเจตคติได้ข้อคำถามมีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.401-0.662 และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้ข้อคำถามมีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.445-0.754 แบบสอบถามความเครียดได้ข้อคำถามมีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.398-0.812 ดังนี้

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก ข้อคำถามความรู้	ค่าอำนาจจำแนก ข้อคำถามเจตคติ	ค่าอำนาจจำแนก ข้อคำถาม พฤติกรรมฯ	ค่าอำนาจจำแนก ข้อคำถาม ความเครียด
1	0.494	0.472	0.510	0.457
2	0.533	0.508	0.408	0.401
3	0.392	0.401	0.433	0.659
4	0.537	0.491	0.421	0.701
5	0.505	0.435	0.445	0.421
6	0.547	0.503	0.463	0.376
7	0.459	0.485	0.571	0.812
8	0.475	0.662	0.441	0.811
9	0.511	0.468	0.461	0.731
10	0.468	0.581	0.423	0.502
11	0.522	0.428	0.462	0.621
12	0.510	0.509	0.411	0.398
13	0.578	0.487	0.514	0.403
14	0.445	0.405	0.462	0.432
15	0.396	0.536	0.481	0.452
16	0.589	-	0.754	0.513
17	0.483	-	0.409	0.726
18	0.401	-	0.532	0.614
19	0.393	-	0.568	0.432
20	0.521	-	0.622	0.458
ค่าความเชื่อมั่น	0.763	0.665	0.671	0.662

ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางเครือวัลย์ แก้วเอี่ยม
วัน เดือน ปีเกิด	3 พฤศจิกายน 2502
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	21/28 มบ.สวนพุทธมณฑล ซอยบรมราชชนนี 87 ถนนพุทธมณฑลสาย1 แขวงบางระมาด เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร 10170
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักโภชนาการชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2518	มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2521	วิทยาลัยครูสวนสุนันทา
พ.ศ. 2527	การศึกษามัธยมศึกษา (กศ.บ.) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางเขน
พ.ศ. 2555	ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประวัติการรับราชการ	
พ.ศ. 2527	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.ศ. 2530	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
พ.ศ. 2540	กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2546	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2555	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข