

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนวัยทำงานตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ รวมถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ

- 1.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.2 พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ
- 1.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

2. ภาวะโภชนาการ

- 2.1 ความหมายของภาวะโภชนาการ
- 2.2 ภาวะโภชนาการเกิน
- 2.3 ภาวะโภชนาการด้อย
- 2.4 การประเมินภาวะโภชนาการ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. พฤติกรรมสุขภาพ

1.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

เฉลิมพล ต้นสกุล (2543) ได้กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิบัติการหรือการตอบสนองทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ส่วนพฤติกรรมของบุคคล หมายถึง ปฏิบัติการต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งต่างกันตามสภาพทางสังคม วัฒนธรรม และมักได้รับอิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ปัจจุบัน และประสบการณ์ในอดีต

โอเรม (Orem, 1991) ให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นความสมบูรณ์ของบุคคล ที่ปราศจากอาการและการแสดงของโรค เป็นลักษณะของบุคคลที่มีโครงสร้างสมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

เฉลิมพล ต้นสกุล (2543) ให้ความหมายของสุขภาพว่า ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางกาย จิตใจ รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) แฮริสและกลูเตน (อ้างในเฉลิมพล ต้นสกุล, 2543) ให้ความหมายในเชิงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ และการแสดงศักยภาพของมนุษย์

กอซแมน (อ้างในจันทร์หา บริสุทธิ์, 2540) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัยและรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

เฉลิมพล ต้นสกุล (2543) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม โดยสามารถแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ

พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงซึ่งสุขภาพที่ดีของตน

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ไม่แน่ใจในสภาวะสุขภาพของตน โดยเกิดความสงสัยว่าตนเองเจ็บป่วยจากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น การนอนพักอยู่ที่บ้านแทนที่จะไปทำงาน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากบุคคลอื่น หรือจากตนเอง ได้แก่ การใช้ยารักษาโรคตามคำแนะนำของแพทย์ การทำกิจกรรมรวมไปถึงการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

พฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Positive behavior) หรือพฤติกรรมเชิงบวก หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป หรือเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่

พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Negative behavior) หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสีย หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและ

ไขมันมากเกินไปจนเป็น เป็นต้น ซึ่งจะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยน และควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

จากความหมายข้างต้น จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการ ปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

1.2 พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ

เบญญา ยอดคำเนิน – แอ็ดดิกซ์ และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาทบทวนองค์ความรู้ ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอนามัยและกำหนดเป็นขอบเขตได้ 7 กลุ่มพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการบริโภค (รวมถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์) พฤติกรรมการทำงานและความปลอดภัย พฤติกรรมความเครียด พฤติกรรมทางเพศ และอนามัยเจริญพันธ์ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการแสวงหาบริการ สุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ โดยกลุ่มพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ กลุ่มพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และ พฤติกรรมความเครียด

ปราณีต ผ่องแผ้ว (2539) กล่าวถึง ภาวะทุพโภชนาการว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ เกิดสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ๆ ได้ดังนี้

ภาวะโภชนาการเกิน อาจเกิดได้จาก กรรมพันธุ์ ต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึมผิดปกติ (Endocrine and metabolism disorder) ความผิดปกติของสมองส่วนไฮโปทาลามัส ขาดบางชนิด การรับประทานอาหารไม่ถูกต้องส่วน หรือได้รับอาหารที่เป็นพลังงานมากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และสิ่งแวดล้อมต่างๆ

ภาวะโภชนาการด้อยหรือภาวะขาดสารอาหาร อาจเกิดได้จาก การรับประทานอาหาร ไม่เพียงพอ จากความยากจน มีนิสัยการบริโภคไม่ดี ขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ หรือมีการ ย่อยและการดูดซึมไม่ดี การเป็นโรคติดเชื้อ การทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และความเครียด

โดยสาเหตุดังกล่าว เมื่อนำมาพิจารณาจะพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพนั้นคือ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ ความเครียด

จากข้อความข้างต้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การ กระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของคนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด

1.2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารมากกว่าความต้องการของร่างกาย ร่วมกับการใช้แรงงานไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคอ้วน ประกอบกับในปัจจุบันเทคโนโลยีต่าง ๆ มีการพัฒนาให้เจริญขึ้น มีการใช้เครื่องผ่อนแรงแทนการใช้แรงงานในการทำงานมากขึ้น แม้แต่การออกกำลังกายในชีวิตประจำวันก็ลดลง เช่น การขึ้นบันไดก็มักใช้ลิฟต์แทนการเดินขึ้นบันได ทำให้ร่างกายมีการออกกำลังกายน้อยลง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ปริมาณอาหารที่รับประทานไม่ได้ลดลงตามแรงงานที่ใช้ แต่กลับรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น เช่น น้ำหวาน ลูกกวาด ช็อกโกแลต และอาหารที่มีไขมันมากทำให้ร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าความต้องการของร่างกาย และเปลี่ยนแปลงพลังงานที่เหลือใช้ไว้ในรูปของไขมัน เก็บสะสมไว้ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในที่สุด (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

นอกจากนี้การมีนิสัยการบริโภคไม่ดี เลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่ชอบ ไม่สนใจอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเกิดจากการขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ ทำให้ไม่รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือเกิดจากฐานะทางเศรษฐกิจ รวมถึงเกิดจากจำกัดอาหารที่ให้พลังงานอย่างอื่นๆ ทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการด้อยได้เช่นกัน (<http://www.nmd.go.th/preventmed/down/pdf>, 17 เมษายน 2550)

สำหรับภาวะทุพโภชนาการในประเทศไทยนั้น มีหนึ่งในสาเหตุสำคัญคือคนไทยส่วนมากไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง จึงทำให้ขาดความรู้และเจตคติที่ดีต่อการรับประทานอาหาร เพื่อการมีภาวะโภชนาการและสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้จัดทำข้อปฏิบัติการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย 9 ข้อ หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการขึ้น โดยอยู่ภายใต้กรอบและวัฒนธรรมของคนไทย และอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ โดยมีเนื้อหาที่เป็นแนวปฏิบัติในการรับประทานอาหารที่จะนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกิน ตลอดจนพิษภัยจากอาหาร (สง่า คามาพงษ์, 2550) มีรายละเอียดดังนี้

บัญญัติข้อที่ 1 กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว

การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือ การรับประทานอาหารหลายๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ หากรับประทานอาหารไม่ครบทั้ง 5 หมู่ หรือรับประทานอาหารซ้ำซากเพียงบางชนิดทุกวันอาจทำให้ได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอ หรือมากเกินไป อาหารแต่ละชนิดประกอบด้วยสารอาหาร

หลายประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน แร่ธาตุ วิตามิน น้ำ และสารอื่นๆ เช่น โยอาหาร ซึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติ ในอาหารแต่ละชนิด จะประกอบด้วยสารอาหารต่างๆ ในปริมาณที่มากน้อยต่างกัน โดยไม่มีอาหารชนิดใดชนิดหนึ่ง ที่จะ มีสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดังนั้นในวันหนึ่งๆ เรา ต้องรับประทานอาหารหลายๆ ชนิด เพื่อให้ได้สารอาหารครบตามที่ร่างกายต้องการ

ในประเทศไทยได้แบ่งอาหารออกเป็น 5 หมู่ โดยจัดอาหารที่ให้สารอาหารคล้ายกันเข้า ไว้ในหมู่เดียวกัน เพื่อให้สามารถพิจารณาได้ว่าได้รับประทานอาหารครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ โดยอาหารหลัก 5 หมู่ มีดังนี้

หมู่ที่ 1 นม ไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้ง และงา ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต แข็งแรง และช่วยซ่อมแซม ส่วนที่สึกหรอ

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง เผือก มัน น้ำตาล ให้พลังงานแก่ร่างกาย

หมู่ที่ 3 พืชผักต่างๆ เพื่อเสริมสร้างการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ

หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ ให้ประโยชน์ ในการเสริมสร้างการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ

หมู่ที่ 5 ไขมันและไขมันจากพืชและสัตว์ ซึ่งจะให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ดังนั้น ในวันหนึ่งๆ คนเราจะต้องเลือกรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณ ที่พอเหมาะ และในแต่ละหมู่ควรเลือกกินให้หลากหลาย เพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆ ครบตาม ต้องการของร่างกาย อันจะนำไปสู่การกินดีมีผลให้เกิด "ภาวะโภชนาการดี"

บัญญัติข้อที่ 2 กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงาน สารอาหารที่มีมากใน ข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ ซึ่งเป็นข้าวที่ขัดสีน้อย ถือว่าเป็นข้าวที่มีประโยชน์มากกว่าที่ขัดสีจนขาว เนื่องจากมีสารอาหาร โปรตีน ไขมัน โยอาหาร แร่ธาตุ และวิตามิน ในปริมาณที่สูงกว่า เรารับประทานข้าวควบคู่ไปกับอาหารอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว เมล็ดแห้ง ผัก ผลไม้ และไขมันจากสัตว์จึงทำให้ร่างกายมีโอกาสได้รับสารอาหาร อื่นๆ เพิ่มเติม และหลากหลายในแต่ละมื้อ

ผลิตภัณฑ์จากข้าวและธัญพืชอื่นๆ มีมากมาย เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่เป็นแหล่ง อาหารที่ให้พลังงานเช่นเดียวกัน และสามารถจัดได้ว่าเป็นอาหารจานด่วน หรืออาหารจานเดียว แบบไทยๆ ทั้งยังมีโยอาหารจากผักประเภทต่างๆ มากกว่าอาหารจานด่วน หรืออาหารจานเดียวแบบ ตะวันตก ซึ่งในแต่ละวันควรคำนึงถึงปริมาณอาหารประเภทข้าว และแป้งที่รับประทาน เพราะถ้า ร่างกายได้รับเกินความต้องการแล้ว จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อ

สะสมมากขึ้น จะทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ดังนั้นการรับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ พร้อมด้วยอาหารอื่นที่หลากหลายนับ 5 หมู่ ในสัดส่วนเหมาะสม (ภาคผนวก ก) และปริมาณที่เพียงพอจึงเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี และสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์

บัญญัติข้อที่ 3 กินผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ

พืชผักผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุ รวมทั้งสารอื่นๆ ซึ่งล้วนแต่มีความจำเป็นต่อร่างกายที่นำไปสู่สุขภาพที่ดี เช่น โยอาหารช่วยในการขับถ่าย นำโคเลสเตอรอลและสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย ทำให้ลดการสะสมสารพิษเหล่านั้น นอกจากนี้ พืชผัก ผลไม้หลายอย่างให้พลังงานต่ำ ดังนั้น หากรับประทานให้หลากหลายเป็นประจำจะไม่ก่อให้เกิดโรคอ้วน และไขมันอุดตันในเส้นเลือด ในทางตรงข้าม กลับลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง และโรคหัวใจ จากผลการวิจัยล่าสุดพบว่า สารแคโรทีน และวิตามินซีในพืชผักผลไม้ มีผลป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด และป้องกันมะเร็งบางประเภท ประเทศไทยมีผักและผลไม้ตลอดทั้งปี จึงควรส่งเสริมให้มีการรับประทานเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น ที่ร่างกายต้องการวิตามิน และแร่ธาตุ เพื่อใช้ในการเจริญเติบโต และเสริมสร้างให้ร่างกายทุกระบบทำงานได้เป็นปกติ

พืชผัก มีหลายประเภทและรับประทานได้แทบทุกส่วน ประเภทผักกินใบ ยอด และก้าน เช่น กระถิน ผักบุ้ง ตำลึง คื่นช่าย บอน ผักกูด ผักแว่น ประเภทกินดอก เช่น ดอกกระเจียว ดอกกะหล่ำ ดอกโสน ดอกแค ประเภทกินผล เช่น บวบ ฟักทอง ถั่วฝักยาว มะเขือเทศ มะเขือยาว มะเขือเปราะ กระเจี๊ยบ ประเภทกินราก เช่น หัวผักกาด แครอท กระชาย ขมิ้นขาว ขิงอ่อน พืชผักต่างๆ โดยเฉพาะผักสีเขียวเป็นแหล่งวิตามินหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่มวิตามินซี วิตามินเอ แร่ธาตุ และใยอาหาร

ผลไม้ มีทั้งที่รับประทานดิบและรับประทานสุก มีรสหวานและเปรี้ยว ซึ่งให้ประโยชน์แตกต่างกันไป ผลไม้ที่รับประทานดิบ เช่น ฝรั่ง มะม่วง ชมพู่ กัลย สับปะรด ส้มเขียวหวาน ส้มโอ ซึ่งมีวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินซีสูง ผลไม้ที่รับประทานสุกที่มีสีเหลือง เช่น มะละกอ มะม่วงสุก มีวิตามินเอสูง สำหรับผู้มีภาวะโภชนาการเกินควรจำกัดปริมาณการรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ละมุด ลำไย และขนุน เพราะมีน้ำตาลสูง

เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และแข็งแรง ควรรับประทานพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิด สลับกันไป ส่วนผลไม้ควรรับประทานเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ รับประทานเป็นอาหารว่าง และควรรับประทานพืช ผักผลไม้ตามฤดูกาล ซึ่ง

ปริมาณการรับประทานผักและผลไม้ตามคู่มือธงโภชนาการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2543) ได้กล่าวไว้ว่า ควรรับประทานผักวันละ 4-6 ทัพพี และรับประทานผลไม้วันละ 3-5 ส่วน (ภาคผนวก ก)

บัญญัติข้อที่ 4 กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ซึ่งโปรตีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ เป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรค และให้พลังงานแก่ร่างกาย แหล่งอาหาร โปรตีนที่สำคัญ ได้แก่

ปลา เป็นแหล่งอาหาร โปรตีนที่ดี ย่อยง่าย มีไขมันต่ำ หากรับประทานปลาแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะช่วยลดปริมาณไขมันในเลือด ในเนื้อปลามีฟอสฟอรัสสูง และถ้ารับประทานปลาเล็กปลาน้อย รวมทั้งปลากระป๋องจะได้แคลเซียม ซึ่งทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ในปลาทะเลทุกชนิดมีสาร ไอโอดีน ป้องกันไม่ให้เป็นโรคขาดสาร ไอโอดีน

เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อสัตว์ทุกประเภทให้โปรตีนแก่ร่างกาย แต่การรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนที่เพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในเลือดและในร่างกาย ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไขมันในเนื้อสัตว์มีทั้งที่สังเกตเห็นได้ เช่น หมูสามชั้น เนื้อสัตว์ที่มีมันเหลว ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการรับประทานที่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะในเนื้อหมูจะมีไขมันแทรกอยู่มากกว่าเนื้อสัตว์ทุกชนิด

ไข่ เป็นอาหารอีกชนิดหนึ่งที่มีโปรตีนสูง มีแร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ต่อร่างกายหลายชนิด ไข่เป็นอาหาร โปรตีนที่ราคาถูก หาซื้อได้ง่าย ปรุงง่าย และรับประทานง่าย ในเด็กควรรับประทานไข่วันละฟอง ผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการที่ปกติ ควรรับประทานไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง ที่สำคัญควรรับประทานไข่ที่ปรุงสุก ทั้งไข่เป็ด และไข่ไก่ มีคุณค่าทางโภชนาการที่ไม่แตกต่างกัน

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งอาหาร โปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูก และมีหลากหลายชนิด ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วลิสง เป็นต้น รวมไปถึงผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเมล็ดแห้ง ได้แก่ เต้าหู้ เต้าเจี้ยว น้ามันถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้ และอาหารที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วกวน ขนมใส่ถั่วต่างๆ ควรกินถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ถั่วยังให้พลังงานแก่ร่างกายได้ดีอีกด้วย

งา เป็นอาหารที่มีคุณค่าประโยชน์ทางโภชนาการที่ให้ทั้งโปรตีน ไขมัน วิตามิน โดยเฉพาะวิตามินอี และแคลเซียม จึงควรรับประทานเป็นประจำ

บัญญัติข้อที่ 5 ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย

นมเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทั้งนมจืดและนมปรุงแต่งชนิดต่างๆ แร่ธาตุแคลเซียม และฟอสฟอรัสในนมช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นมมีโปรตีน น้ำตาล แลคโตส และวิตามินต่างๆ โดยเฉพาะวิตามินเอ ซึ่งช่วยในการมองเห็นและบำรุงเนื้อเยื่อ และวิตามินบีสอง ซึ่งช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต และทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ทำหน้าที่เป็นปกติ ทั้งนี้ควรเลือกดื่มนมที่บรรจุในภาชนะปิดสนิท คุณภาพวันที่หมดอายุ ไม่ควรดื่มนมที่หมดอายุ นมที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อโรคด้วยความร้อน นมที่ก่อกวนหรือ นมพลาสเจอร์ไรส์ที่ไม่ได้เก็บในตู้เย็น เพราะนมบางชนิดเช่น นมพาสเจอร์ไรส์ หรือโยเกิร์ตต้องเก็บไว้ในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิไม่เกิน 10 องศาเซลเซียส โดยหญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน และเด็กวัยรุ่นควรดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วันละ 1-2 แก้ว ควรคู่ไปกับการออกกำลังกาย จะทำให้กระดูกแข็งแรง และชะลอการเสื่อมสลายของกระดูก สำหรับผู้มีปัญหาโรคอ้วน หรือมีไขมันในเลือดสูงควรเลือกดื่มนมพร่องมันเนย

บัญญัติข้อที่ 6 กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

ไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ ให้พลังงาน ให้ความอบอุ่น และช่วยการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน คือวิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และวิตามินเค ไขมันและน้ำมันจากพืชและสัตว์เป็นแหล่งพลังงานเข้มข้น ให้กรดไขมันที่จำเป็นแก่ร่างกาย และทำให้อาหารมีรสชาติดีขึ้น ปัจจุบันคนไทยรับประทานไขมันมากกว่าในอดีต และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จึงควรจำกัดให้พลังงานที่ได้จากไขมันอย่างมากไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งหมด

ไขมันในอาหารมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัว และไขมันไม่อิ่มตัว การได้รับกรดไขมันอิ่มตัว และ โคลเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ควรจำกัดปริมาณไขมันอิ่มตัว และ โคลเลสเตอรอล ซึ่งการประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ปิ้ง และย่าง แทนการทอดหรือผัด จะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดปริมาณไขมันในอาหาร สำหรับการประกอบอาหารด้วยการทอด ผัด แกงกะทิ มีส่วนทำให้ปริมาณไขมันในอาหารเพิ่มขึ้น จึงควรรับประทานแต่พอประมาณ ไม่ควรงดโดยเด็ดขาดเพื่อไม่ให้ร่างกายขาดไขมัน

บัญญัติข้อที่ 7 หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

ปัจจุบันคนไทยนิยมรับประทานอาหารรสจัดและใช้เครื่องปรุงรสกันมาก เมื่อเทียบกับอาหารการกินของชาติอื่นๆ เครื่องปรุงที่ทำให้อาหารอร่อย มีรสชาติ เกิดความพึงพอใจต่อผู้บริโภค หากรับประทานอาหารรสจัดมากเกินไปจนเป็นนิสัยจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ รสอาหารที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมาก คือรสหวานจัดและเค็มจัด

รสหวานเป็นรสที่คนไทยชอบ แม้อาหารคาวก็ยังมีการเติมหวาน และยังมีน้ำตาลแฝงมากับอาหารฟุ่มเฟือยอย่างอื่น เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ทอฟฟี่ เยลลี่ น้ำเชื่อม ตลอดจนการใช้น้ำตาลเติมน้ำชา กาแฟ ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากพลังงานที่ได้รับจากอาหารแต่ละมื้อ ดังนั้นควรระมัดระวังการรับประทานน้ำตาลเกินความจำเป็น อย่างมากที่สุดไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมดในแต่ละวัน และไม่ควรรับประทานน้ำตาลมากกว่าวันละ 6 ช้อนโต๊ะ เพราะพลังงานที่ได้จากน้ำตาลส่วนเกิน จะไปเก็บสะสมไว้ในร่างกาย หากได้รับเป็นประจำมีแนวโน้มว่า จะทำให้เป็นโรคอ้วนได้

รสเค็มในอาหารไทยได้จากการเติมน้ำปลา และการใช้เกลือโซเดียมหรือเกลือแกง เครื่องปรุงรสให้อาหารมีรสชาติเค็มที่นิยมใช้คือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง ซีอิ๊วขาว ซีอิ๊วดำ เต้าเจี้ยว และยังใช้ในการทำอาหารประเภทหมักดอง ทำให้เก็บอาหารไว้รับประทานได้นานขึ้น เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง ไข่เค็ม ปลาจุก ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เต้าเจี้ยว เป็นต้น นอกจากนี้เกลือโซเดียมยังแฝงมากับอาหารอื่นอีก เช่น ขนมอบกรอบ ขนมขบเคี้ยว ขนมอบฟูแบบฝรั่ง และผงชูรสที่ใช้ในการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารรสเค็มที่ได้จากเกลือโซเดียมมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

บัญญัติข้อที่ 8 กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองมากขึ้น มีการเร่งรีบในการดำเนินชีวิต พฤติกรรมเปลี่ยนจากการประกอบอาหารภายในครัวเรือน มาเป็นการซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรือซื้ออาหารพร้อมปรุงที่มีการจัดเตรียมส่วนประกอบมาปรุงในครัวเรือน อาหารเหล่านี้มักจะมีการปนเปื้อนและไม่สะอาด เป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษ และเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาหารปนเปื้อนได้จากหลายสาเหตุ คือ จากเชื้อโรคและพยาธิต่างๆ สารเคมีที่เป็นพิษ สารปนเปื้อน หรือโลหะหนักที่เป็นอันตรายทั้งนี้เกิดจากระบบการผลิต ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ หรือจากการที่มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีแผงลอยจำหน่ายอาหารตามริมบาทวิถี

หลักการเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่สด สะอาด ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีเครื่องหมายรับรองคุณภาพ รวมถึงเลือกอาหารที่ประกอบให้สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ สำหรับผักและผลไม้ ควรเลือกเฉพาะที่ผ่านการล้างให้สะอาดแล้วเท่านั้น ประการสำคัญคือ ต้องมีสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร ล้างมือด้วยน้ำสะอาดและสบู่ก่อนรับประทานอาหาร และใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกันหลายคน

บัญญัติข้อที่ 9 งค หรือลดเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์

ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น พร้อมกับมีอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่ออันเนื่องมาจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอย่างมากมาย ดังนี้

- มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
 - มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคตับแข็ง เพราะพิษแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ทำลายเนื้อตับ ผู้ที่ดื่มเป็นประจำมีโอกาสเป็นโรคตับแข็งสูงถึง 7 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่ม
 - มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคแผลในกระเพาะและลำไส้ โรคมะเร็งของหลอดอาหาร ในรายที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนมากจะลงท้ายด้วยโรคตับแข็ง และโรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวมและวัณโรค
 - ในรายที่ดื่มโดยไม่รับประทานข้าว และกับข้าว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารได้ และในทางตรงกันข้ามรายที่ดื่มพร้อมกับแอลกอฮอล์ที่มีไขมันและโปรตีนสูง จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วน ซึ่งจะมีโรคอื่นๆ ตามมามากมาย
 - มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะไปกดสมองบริเวณศูนย์ควบคุมสติสัมปชัญญะ และศูนย์หัวใจ จึงทำให้ขาดสติ เสี่ยงการทรงตัว สมรรถภาพการทำงานลดลง และทำให้เกิดความประมาท ทำให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนซึ่งเป็นสาเหตุแห่งการตายลำดับต้นๆ ของคนไทยในปัจจุบัน
 - ก่อให้เกิดการสูญเสียเงินทอง และเกิดความไม่สงบสุขในครอบครัวได้ตลอดเวลา
- จากข้อความข้างต้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนวัยทำงาน ที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามข้อปฏิบัติการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย 9 ข้อ หรือ โทษบัญญัติ 9 ประการ

1.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือกำลังกาย

การออกกำลังกายตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) หมายถึง การใช้กำลังและแรงในการบริหารร่างกายเพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ร่างกายได้มีการเผาผลาญสารอาหารมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น

การออกกำลังกายนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับมนุษย์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ สดชื่น ช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้หลายชนิด ทำให้เราสามารถปฏิบัติงานต่างๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (กองเทพ เคลือบพณิชกุล และคณะ, 2547)

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2548) ให้ความหมายว่า การออกกำลังกาย (Exercise) มีความหมายเดียวกับการเคลื่อนไหวออกแรง หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) หมายถึง การออกแรงเพื่อเคลื่อนไหวร่างกาย อย่างมีแบบแผน โดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เพื่อให้ร่างกายใช้พลังงาน มีผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงทางสุขภาพ หรือสมรรถภาพ

บรรจบ ชุณหสวัตติกุล และลลิตา ชีระสิริ (2545) ได้กล่าวไว้ว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว ทั้งนี้เพราะการออกกำลังกาย เป็นกระบวนการที่นำพลังงานที่มีอยู่ในร่างกายออกมาใช้ หากบุคคลใดใช้พลังงานในการออกกำลังกายสมดุลกับพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหาร บุคคลนั้นก็จะมือน้ำหนักและรูปร่างที่สมส่วน ในทางกลับกันหากบุคคลใดใช้พลังงานในการออกกำลังกายน้อยกว่าพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารก็จะทำให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเกินหรือเกิดโรคอ้วนได้ เนื่องจากร่างกายของเราจะมีแหล่งพลังงานอยู่ 5 แหล่งคือ น้ำตาลในกระแสเลือด ไตรกลีเซอไรด์ในกระแสเลือด ไขมันใต้ผิวหนัง ไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย และโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด ร่างกายจะหมุนเวียนนำพลังงานจากทั้ง 5 แหล่งนี้มาหมุนเวียนใช้โดยเฉพาะเวลาที่ออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายในช่วง 15 นาทีแรกจะเป็นการออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน พลังงานที่ใช้มาจากการสลายกลัยโคเจนอย่างง่าย ๆ ที่สะสมไว้ในกล้ามเนื้อ แล้วเหลือเป็นกรดแลคติกตกค้างไว้ เมื่อร่างกายมีการออกกำลังกายต่อเนื่องไปอีกก็จะเข้าสู่การออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือมีออกซิเจนเข้ามาในกระบวนการสลายพลังงาน

ทั้งนี้การออกกำลังกายจะต้องปฏิบัติให้เหมาะสมกับเพศ วัย และสภาพร่างกาย เพราะการออกกำลังกายที่มากเกินไปจะทำให้เกิดโทษได้ ดังพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ว่า “การออกกำลังกายนั้น ทำน้อยเกินไปร่างกายและจิตใจก็จะเฉา และทำมากเกินไปร่างกายและจิตใจก็จะช้ำ” (<http://www.healthymanual.com/exercise.asp>.

17 เมษายน 2550)

เนื่องจากสภาพร่างกายของคนวัยทำงานต้องรับภาระหนักทั้งการทำงานในบ้านและนอกบ้าน ประกอบกับอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลง คนที่ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย รวมไปถึงคนที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ กินอาหารไม่เหมาะสม ฯลฯ มีอัตราการตายก่อนวัยอันสมควร สูงกว่าคนที่ไม่

มีพฤติกรรมเรื่องดังกล่าว ดังนั้นการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวจึงเป็นสิ่งจำเป็น ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงซึ่งก็จะส่งผลให้ร่างกาย มีการเสริมสร้างความแข็งแรงและความอดทนให้ปอด หัวใจและระบบไหลเวียนของเลือด รวมไปถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อด้วย เป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและเป็นการรักษาพยาบาลฟื้นฟู สภาพร่างกายที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพด้วย การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายแบบสะสมควรทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 30 นาทีเพื่อให้ร่างกายเผาผลาญพลังงาน แต่ทุกวันควรมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อครั้งละ 10-15 นาที โดยการออกกำลังกายนั้นควรทำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ไม่ควรหักโหมจนเกินไป ควรเลือกเสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสมกับกิจกรรม เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ และไม่ควรออกกำลังกายในลักษณะที่มีการกระแทกสูงเพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ข้อต่อได้ (<http://www.healthymanual.com/exercise.asp>. 17 เมษายน 2550)

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในอายุ 15-17 ปี มีคำแนะนำจากกระทรวงสาธารณสุข (<http://www.healthymanual.com/exercise.asp>. 17 เมษายน 2550) ว่าควรฝึกให้หลากหลาย เพื่อพัฒนากล้ามเนื้อให้ครบทุกส่วน โดยออกแรงแบบหนัก สลับเบา และควรออกกำลังกายทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง และจะมีความแตกต่างกันระหว่างเพศ โดย

เพศชาย เน้นการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดกำลัง ความแข็งแรง ความรวดเร็ว และความอดทน เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน บาสเก็ตบอล วอลเลย์บอล โปโลน้ำ ฟุตบอล กระโดดสูง

เพศหญิง เน้นการออกกำลังกายประเภทที่ไม่หนัก แต่ทำให้ร่างกายแข็งแรง เสริมสร้างรูปร่างและทรวดทรง เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก ถีบจักรยาน การเดินรำ บาสเก็ตบอล วอลเลย์บอล แบดมินตัน เทนนิส

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในอายุ 36-59 ปี ควรออกกำลังกายที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรง อดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด รวมทั้งส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความอ่อนตัวของข้อต่อ (<http://www.healthymanual.com/exercise.asp>. 17 เมษายน 2550) ซึ่งมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

1. ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ขา แขน และลำตัว
2. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
3. ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที
4. ออกกำลังกายให้มีความเหนื่อยที่พอเหมาะ โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น โดยในอายุ 36-50 ปี ให้มีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 120-130 ครั้ง/นาที ในอายุ 50-59 ปี ให้มีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 100-120 ครั้ง/นาที

5. ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกาย โดยการเดินกายบริหาร หรือการออกแรงอย่างเบาๆ

ตัวอย่างการออกกำลังกายในวัยนี้ เช่น การเดินเร็วหรือวิ่งเหยาะๆ อย่างน้อยวันละ 30 นาที การถีบจักรยาน อย่างน้อยวันละ 20 นาที การว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ 20 นาที การเต้นแอโรบิก อย่างน้อยวันละ 30 นาที การเล่นกีฬา อย่างน้อยวันละ 30 นาที และในวันที่ไม่ได้ออกกำลังกาย อาจจะออกกำลังกายโดยการทำงานบ้านหรือฝึกกายบริหารเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ด้วย

จากข้อความข้างต้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการออกแรงหรือกำลังกายในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของคนวัยทำงานในการออกแรงเพื่อเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ร่างกายได้ใช้พลังงานจากการเผาผลาญสารอาหารที่รับประทานเข้าไป ซึ่งอาจเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างไม่มีแบบแผน หรือเป็นการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนก็ได้

1.2.3 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (<http://www.thaiantitobacco.com/php/files/al/Draft-14-update.pdf>, 26 สิงหาคม 2550) หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาเสพติดให้โทษ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีการเสพติดทางร่างกายและจิตใจ ทั้งเบียร์และสุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีคุณค่าทางอาหารต่ำแต่มีแคลอรีสูงกว่าอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล (<http://www.ddd.or.th>, 17 เมษายน 2550)

รวารุณี เจริญศิริ (<http://www.ddd.or.th>, 17 เมษายน 2550) อธิบายถึงปริมาณพลังงานจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีมากกว่าการรับประทานอาหารทั่วไป เช่น ข้าว เส้นก๋วยเตี๋ยว กับเนื้อสัตว์ต่างๆ น้ำหนักทุก 1 กรัม ร่างกายจะได้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี ขณะที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้ำหนักทุก 1 กรัม จะให้พลังงานกับร่างกาย 7 กิโลแคลอรี อีกทั้งแอลกอฮอล์ยังเป็นตัวการขัดขวางการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ไม่ให้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ และเมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายจะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นปฏิกิริยาแรกที่เกิดขึ้นทันทีที่ดื่มเหล้าแล้วแอลกอฮอล์เข้าสู่ตับ เอนไซม์ในตัวคนเราจะเปลี่ยนแอลกอฮอล์เป็นสารตัวใหม่ ชื่ออะเซตัลดีไฮด์ (acetaldehyde) แล้วเปลี่ยนต่อเป็นอะซิเตต (acetate) แล้วเคลื่อนตัวไปยังสมองของต่อมควบคุมระดับเกลือและน้ำตาลในร่างกาย รวมไปถึงอวัยวะต่างๆ หลายส่วน ผลจากการเคลื่อนตัวไปยังส่วนต่างๆ ทำให้

ร่างกายเกิดการเริ่มตั้งแต่อาการสมองโปร่งสบายในระยะแรก แล้วค่อยๆ เปลี่ยนเป็นความรู้สึกคล้ายถูกบีบหนักรๆ เริ่มเดินเซ ลื่นแข็ง หูอื้อ ตาลายและตาแดงกล้า อาจมีความจำเสื่อมชั่วคราว

ขั้นตอนที่ 2 เป็นปฏิกิริยาต่อมาเป็นกระบวนการต่อเนื่องจากปฏิกิริยาแรก ส่งผลให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลง ปกติเซลล์สมองจะมีกลไกป้องกันตัวเอง โดยการเปลี่ยนแปลงผนังเซลล์ให้หนามากพอ ที่จะไม่ให้สิ่งแปลกปลอมเข้ามาทำลาย ดังนั้นเมื่อแอลกอฮอล์ที่เปลี่ยนเป็นอะซิเตต (acetate) เดินทางมาสู่สมองเซลล์ เซลล์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อป้องกันตัวเอง และเกิดผลของอาการเมาค้างตามมาในที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 เป็นปฏิกิริยาสุดท้ายเป็นกระบวนการแห่งเหือดของน้ำหรือของเหลวภายในร่างกายเพราะแอลกอฮอล์เป็นสารที่ทำให้เกิดการปลดปล่อยของเหลวในร่างกายออกมาในรูปของการปัสสาวะ ซึ่งจะขับสารอาหารสำคัญๆ ออกมาด้วย ทำให้ร่างกายหลงเหลือสารอาหารดังกล่าวอยู่ในปริมาณต่ำสุด เช่น แมกนีเซียม โปตัสเซียม รวมไปถึงวิตามินต่างๆ อีกหลายชนิด เช่น วิตามินบี 1 วิตามินบี 6 วิตามินซี เป็นต้น

ตาราง 1 แสดงปริมาณพลังงาน (กิโลแคลอรี) ในแอลกอฮอล์แต่ละชนิด

ชนิดของสุรา	เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์*	ปริมาณพลังงานที่ได้รับ (กิโลแคลอรี/100มล.)
Wine	8-12	35-60
Beer	3.5-6	40-60
Ale	6-8	55-70
Brandy	40-55	225-300
Rum	40-55	225-300
Gin	40-55	225-300
Vodka	40-55	225-300

ที่มา: (<http://www.ddd.or.th/?content=knowledge&id=19&type=1>, 25 สิงหาคม 2550)

* ระดับแอลกอฮอล์ (กรัมต่อวัน) (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญรัตพันธ์, 2549)

การดื่มอย่างมีสติ	เพศหญิง >0 ถึง <20	เพศชาย >0 ถึง <40
การดื่มอย่างมีอันตราย	เพศหญิง >20 ถึง <40	เพศชาย >40 ถึง <60
การดื่มอย่างมีอันตรายมาก	เพศหญิง > 40	เพศชาย > 60

สำหรับข้อมูลของการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในกรุงเทพมหานครฯ ซึ่งสำรวจโดยกรมสุขภาพจิต ใน พ.ศ. 2540 พบว่าร้อยละ 37.9 เคยดื่มแอลกอฮอล์ โดยร้อยละ 8.2 ของคนกลุ่มนี้อยู่ในสถานภาพที่เรียกว่า “ติดเหล้า” และร้อยละ 10.2 อยู่ในสถานภาพที่ใกล้เคียงกับการติดเหล้า เหตุผลของการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ชายกับผู้หญิง โดยผู้ชายให้เหตุผลในการตัดสินใจดื่มครั้งแรกว่า อยากทดลอง รองลงมาคือเพื่อนชวน สำหรับเหตุผลของผู้หญิงคือ อยากทดลอง รองลงมาคือเพื่อเข้าสังคม และดื่มเพื่อสุขภาพ โดยผู้ชายจะเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงอายุที่น้อยกว่าผู้หญิง และมีแนวโน้มว่า ผู้ดื่มทั้งผู้ชายและผู้หญิงจะมีอายุน้อยลง โดยสุราไทยและเบียร์เป็นเครื่องดื่มของคนในเขตเมือง ส่วนสุราขาวและยาคองเป็นเครื่องดื่มของคนในเขตชนบท เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ดื่มไม่คิดจะเลิกดื่มก็คือ เพราะต้องเข้าสังคม สังสรรค์ และดื่มเพื่อสุขภาพร่างกาย โดยคิดว่าดื่มเพียงเล็กน้อย ส่วนเหตุผลเกี่ยวกับสุขภาพจิตคือ เพื่อความสนุกสนาน คลายเครียด จากเหตุผลเหล่านี้ ทำให้ได้ข้อสังเกตว่า ผู้ที่ดื่มสุราโดยไม่คิดจะเลิกดื่ม อาจไม่รู้ว่าคุณค่ากำลังตกอยู่ในสถานะ “ติดสุรา” ไม่ว่าทางร่างกายหรือจิตใจ (<http://www.ddd.or.th>, 17 เมษายน 2550)

นอกจากนี้เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญรัตพันธ์ (2549) ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พบว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นั้น เพศชายมีจำนวนคนดื่มมากกว่าเพศหญิง และในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ย 11.8 กรัมต่อคนต่อวันในเพศชาย และ 0.4 กรัมต่อคนต่อวันในเพศหญิง โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี ทั้งเพศหญิงและชายมีปริมาณการดื่มสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ จากการสำรวจยังพบว่าในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 16.6 ในเพศชาย และร้อยละ 2.1 ในเพศหญิง มีการดื่มในระดับอันตราย คือได้รับแอลกอฮอล์มากกว่า 20 กรัมต่อวันในเพศหญิง และ 40 กรัมต่อวันในเพศชาย สำหรับเครื่องดื่มที่นิยมของทั้งสองเพศคือ เบียร์ รองมาคือวิสกี้

สำหรับในงานวิจัยของต่างประเทศซึ่งเป็นการวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณปานกลางจะเพิ่มพลังงานที่ได้จากตัวแอลกอฮอล์โดยตรง สำหรับคนปกติที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มาก่อนเมื่อดื่มแอลกอฮอล์แล้วจะเกิดความร้อนขึ้นในร่างกายประมาณร้อยละ 20-30 ในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณปานกลางก็เช่นกัน แอลกอฮอล์จะเพิ่มพลังงานในร่างกายมากกว่าสารอาหารอื่น มีหลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองหลายชิ้น เกี่ยวกับการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกาย พบว่า แอลกอฮอล์ไปกดการสันดาปไขมัน (suppression of lipid oxidation) ทำให้เพิ่มไขมันสะสมในบริเวณหน้าท้อง ซึ่งจะพบเฉพาะกรณีดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางเท่านั้น จึงอาจสรุปได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางในคนที่ไม่ได้ดื่มประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเพิ่ม มากกว่ากลุ่มที่ดื่มหนัก ทั้งนี้ขึ้นกับความ

หลากหลายของปัจจัยอื่นร่วมด้วยในแต่ละคน เช่น พันธุกรรม ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น (http://journalsonline.tandf.co.uk/. 11 มิถุนายน 2550) และจากการศึกษาของ Arif และ Rohrer (http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender. 24 กันยายน 2550) ที่ศึกษาแบบภาคตัดขวางเรื่องแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับโรคอ้วนโดยใช้เกณฑ์ของค่าดัชนีมวลกาย ในคนอเมริกันที่ไม่สูบบุหรี่พบว่าคนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณ 1 และ 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน มีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อโรคอ้วนต่ำกว่าคนไม่ดื่ม 0.46 เท่า (95% CI: 0.34-0.62) และ 0.59 (95% CI: 0.41-0.86) ตามลำดับ เช่นเดียวกับคนที่ดื่มต่ำกว่า 5 แก้วมาตรฐานต่อสัปดาห์ ซึ่งมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อโรคอ้วนต่ำกว่าคนไม่ดื่ม และจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางในเรื่องความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับโรคอ้วนของกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลในชุมชน 3 แห่งของ Rohrer และคณะ (http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender. 24 กันยายน 2550) พบว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อเดือน มีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อโรคอ้วนต่ำกว่าคนไม่ดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted Odd Ratio = 0.49, $p < 0.04$)

จากข้อความข้างต้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในการศึกษานี้ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของคนวัยทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด

1.2.4 ความเครียด

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากเกินไป ภาวะปกติ เพื่อความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพอันยุ่งยากซับซ้อนของชีวิต โดยเป็นการเผชิญสภาพการณ์เหล่านั้นทั้งทางบวกและทางลบ (กิติกร มีทรัพย์ และคณะ, 2541)

โคลน์ มันทซ์ (อ้างในกิติกร มีทรัพย์ และคณะ, 2541) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ความกลัวหรือความเจ็บปวดต่างๆ ที่เข้ามาแทรกซ้อนในวงจรการทำงานตามปกติของร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายและจิตใจเสียสมดุลภาพที่คนปกติพึงมี

ความเครียดในลักษณะการประเมินสิ่งเร้า หมายถึง ลักษณะที่เป็นอันตราย คุกคามหรือทำลาย การให้ความหมายในลักษณะนี้อาจไม่แสดงว่าตนเองมีอารมณ์ความรู้สึกอย่างไร แต่ประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อตนเองอย่างไรมากกว่าเป็นการรับรู้เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressor) ดังนั้นเหตุการณ์นั้นจะเป็นอย่างไรจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ (perception) ของบุคคลเป็นสำคัญ (สุรีย์ กาญจนวงศ์ และจรรยาวัตร คมพักษณ์ , 2545)

ปัญหาความเครียด เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อคนทุกเพศทุกวัย มีผลต่อการดำเนินชีวิต ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมการแสดงออกต่างๆ ตลอดจนส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยทางกายในหลายโรค (กรมสุขภาพจิต, 2546) รูปแบบของการเผชิญความเครียด (สุรีย์ กาญจนวงศ์ และจริยาวัตร คมพักษณ์, 2545) มีวิธีการ 2 อย่างคือ

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) การเผชิญความเครียดในลักษณะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความต้องการของสถานการณ์ที่ทำให้เครียดหรือการเพิ่มทรัพยากรที่ใช้ต่อสู้กับความเครียด เพราะฉะนั้นเราต้องนิยามปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน และหาแนวทางการแก้ปัญหาหลายๆ วิธี โดยพิจารณาผลดีผลเสียของการแก้ปัญหาแบบต่างๆ ก่อนเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา

การเผชิญความเครียดแบบการจัดการทางอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหา รวมถึงการที่บุคคลนั้นได้นำเอากลไกการป้องกันทางจิตมาใช้ด้วย ซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ พฤติกรรมประเภทนี้เป็นการกระทำที่รู้สึกว่าอันตรายจากสถานการณ์นั้นลดลง แต่ความจริงแล้วอันตรายนั้นไม่ได้ลดลง สถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป

ความเครียดที่เกิดขึ้น หากมีระดับต่ำๆ จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกที่จะแก้ไขปัญหามีความคิดสร้างสรรค์ หากบุคคลรู้จักวิธีแก้ไขให้หมดไปก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต แต่ถ้ามีความเครียดอยู่ในระดับสูง และเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการแก้ไขหรือช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ มากมาย และผลเสียทางด้านสรีระนั้นมีผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการเกิน และโรคอ้วน เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกาย เป็นตัวช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เมื่อจากร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุล การทำงานของระบบต่างๆ ภายในก็จะบกพร่อง ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย ส่งผลให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic disease) เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก โรคหอบหืด อาการแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง ผอมร่วงและโรคมะเร็ง หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งความเครียดที่รุนแรงอาจมีผลให้บุคคลเสียชีวิตได้ (กรมสุขภาพจิต, 2546) นอกจากนี้ มีบางกรณีเครียดแล้วทำโทษตัวเองโดยการไม่ยอมรับประทานอาหารเลย ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งหากเกิดเหตุการณ์เช่นนี้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะขาด

สารอาหารได้ ซึ่งวิธีการแก้ไขที่ดีเมื่อมีอาการเครียด คือการแก้ปัญหาที่สาเหตุ หรือออกกำลังกาย จะทำให้ร่างกายได้ประโยชน์มากกว่าและไม่ต้องเครียดกับน้ำหนักหรือโรคที่จะตามมาภายหลัง (<http://www.nmd.go.th/preventmed/down/pdf/data/nutri>. 17 เมษายน 2550)

จากข้อความข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของคนวัยทำงาน ที่ถูกกระตุ้นจากเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้ร่างกาย และจิตใจตื่นตัวมากกว่าปกติ ส่งผลให้เสียสมดุลภาพที่คนปกติพึงมี ซึ่งอาจไม่มีอาการ หรือมีอาการแสดงให้เห็นเป็นอาการเจ็บป่วยก็ได้

1.3 การประเมินพฤติกรรมการสุขภาพ

เพนเดอร์ (อ้างในปริยา ประณีตพลกรัง, 2547) ได้กล่าวถึง การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ว่าเป็นการประเมินเกี่ยวกับกิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับทุกสภาวะแวดล้อม เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น สามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งได้รับการพัฒนามาจากเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตและสุขภาพ (The Life Style and Health-Habit Assessment : LHHA) สร้างโดยวอล์คเกอร์ ซีคิลิสต์ และเพนเดอร์ เป็นแบบประเมินที่ช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถประเมินแบบแผนชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 10 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านรูปแบบการนอนหลับ ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ด้านจุดมุ่งหมายของชีวิต ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม และด้านการใช้บริการสุขภาพ โดยมีคำถามทั้งหมด 100 ข้อ ต่อมาวอล์คเกอร์และคณะได้พัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแบบแผนคุณภาพชีวิตและสุขภาพ (LHHA) มาเป็นแบบประเมินแบบแผนคุณภาพชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพฉบับที่ 1 (The Health Promoting Life Style Profile : HPLP) มีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ ใช้ประเมินพฤติกรรม 6 ด้านคือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล และด้านความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ต่อมาวอล์คเกอร์ และเพนเดอร์ ได้ร่วมกันพัฒนา HPLP อีกครั้งในปี 1996 และเรียกแบบประเมินชุดนี้ว่า แบบประเมินแบบแผนคุณภาพชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพฉบับที่ 2 (The Health Promoting Life Style Profile II : HPLP II) โดยปรับคำถาม 48 ข้อเป็น 52 ข้อ

วัดพฤติกรรม 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.94 และมีค่าเสถียรภาพ (stability) โดยรวมเท่ากับ 0.89

ในการศึกษาของวรรณวรรณ ผาโคตร (2537) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทำการศึกษาในนักศึกษาจำนวน 222 คน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและแบบทดสอบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพนั้นประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้านคือ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับเฉลิมพล ต้นสกุล (2543) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้ ความชอบ (Affective domain) และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain)

มณฑิชา อนุคุณวุฒิพิงส์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทย ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งศึกษาในนักเรียนมัธยมในกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงศึกษาธิการจำนวน 601 คน โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านการสูบบุหรี่ การอยู่ในที่มีควันบุหรี่ การดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มคาเฟอีน ด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง และด้านการขาดการออกกำลังกาย โดยคำถามใหญ่ 1 ข้อ จะมีคำถามย่อยๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงซ่อนอยู่ เมื่อคำถามย่อยๆ ถูกเลือกเป็นคำตอบคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น เกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพใช้เปรียบเทียบกับร้อยละ การแปลผลจะแบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 5 ระดับ โดยมีช่วงห่างแต่ละระดับ ช่วงละ 20% โดยความเสี่ยงน้อยที่สุด (1-20%) ความเสี่ยงน้อย (21-40%) ความเสี่ยงปานกลาง (41-60%) ความเสี่ยงมาก (61-80%) ความเสี่ยงมากที่สุด (81-100%)

เปรงนภา กาญจนสิงห์ (2547) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรี : กรณีศึกษา กลุ่มทำงานจักสานตำบลหนองแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 137 คน โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านอารมณ์และสังคม ด้านการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ด้านการป้องกันการเกิดอันตรายต่อสุขภาพ และด้านการใช้สารเสพติด รวมข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ลักษณะของคำตอบที่ได้จะเป็น Rating Scale 4 ระดับคือ ไม่เคยทำ ทำเป็นบางครั้ง ทำบ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ โดยมีระดับคะแนน 3 2 1 และ 0 สำหรับคำถามด้านบวกและ 0 1 2 และ 3 สำหรับคำถามด้านลบตามลำดับ เกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพใช้เปรียบเทียบกับร้อยละ แล้วจำแนกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับไม่พอใช้ (ร้อยละ 0-59.9)

ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-64.9) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 65-69.9) ระดับดี (ร้อยละ 70-79.9) ระดับดีมาก (ร้อยละ 80-100)

วิไลพร หอมทอง (2547) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 90 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีผู้สร้างไว้แล้ว มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการปฏิบัติตัว ด้านการรักษาพยาบาล และด้านเพศสัมพันธ์ ลักษณะของคำตอบที่ได้จะเป็น Rating Scale 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ และไม่สามารถทำได้ โดยมีระดับคะแนน 4 3 2 1 และ 0 ตามลำดับ คะแนนที่ออกมาจะอยู่ระหว่าง 37-148 คะแนน เกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพพิจารณาแบ่งตามระดับคะแนน จำแนกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (37.00-64.75 คะแนน) ระดับพอใช้ (64.76-92.50 คะแนน) ระดับดี (92.51-120.25 คะแนน) ระดับดีมาก (120.26-148.00 คะแนน)

นริรัตน์ เรืองกิจเงิน (2547) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวปกากะญอ โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยเครื่องมือทั้ง 4 อย่างนั้นทำหน้าที่เก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันออกไป เช่นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในการเดินสำรวจชุมชนเพื่อศึกษาลักษณะทางด้านกายภาพ ทรัพยากรธรรมชาติ วิถีชีวิตของคนในชุมชน และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เป็นต้น

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการช้าของปรียา ประณีตพลกรัง (2547) ได้ใช้แบบสอบถามที่แปลย้อนกลับ โดย ศิริมา วงศ์แหลมทอง กับผู้ดูแลเด็กฯ จำนวน 122 คน โดยลักษณะของคำตอบที่ได้จะเป็น Rating Scale 4 ระดับคือ ไม่เคยทำ ทำเป็นบางครั้ง ทำบ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ โดยมีระดับคะแนน 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ เกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของแต่ละบุคคล คะแนนจะอยู่ระหว่าง 1-4 แล้วจำแนกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-2.19 คะแนน) ระดับพอใช้ (2.20-2.59 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.60-2.99 คะแนน) ระดับดี (3.00-3.39 คะแนน) ระดับดีมาก (3.40-4.00 คะแนน)

จากข้อความดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการประเมินพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถทำการศึกษาได้ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งในเชิงปริมาณนั้น เครื่องมือที่ใช้อาจเป็นเครื่องมือที่ผู้ทำการศึกษาร่างขึ้นมาใหม่ นำของผู้อื่นมาใช้ นำของผู้อื่นมาปรับปรุงพัฒนา รวมถึงการนำเครื่องมือที่ใช้ในต่างประเทศซึ่งเป็นที่ยอมรับมาแปลเป็นภาษาไทยและมีการทดสอบเครื่องมือโดยการแปลย้อนกลับ โดยเครื่องมือมีทั้งแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ บางครั้งอาจมีแบบทดสอบร่วม

ด้วย สำหรับการศึกษาดังกล่าวเครื่องมือที่ใช้จะเป็นเครื่องมือของงานวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นต้น

สำหรับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษานี้ ได้แก่ การประเมินพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด โดยมีรายละเอียดของวิธีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 กลุ่ม ดังนี้

1.3.1 การประเมินพฤติกรรมรับประทานอาหาร

เป็นแบบประเมินที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการประเมินอาหารที่บริโภค (Dietary assessment) แบบ Food frequency questionnaires (FFQ) ที่ใช้ประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินตอบคำถามเอง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ รายการอาหารชนิดต่าง และความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด (ปรามิต ผ่องแผ้ว, 2539) และอ้างอิงกับข้อปฏิบัติการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย 9 ข้อ หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องเกี่ยวกับประเภทอาหาร และความถี่ของอาหารที่รับประทาน ซึ่งลักษณะคำตอบของการศึกษานี้เป็นแบบเลือกตอบ ทั้งนี้ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ และแบ่งเป็น 4 ระดับตามคะแนนที่ประเมินได้ คือ พฤติกรรมไม่ดี พฤติกรรมพอใช้ พฤติกรรมดี และพฤติกรรมดีมาก

1.3.2 การประเมินพฤติกรรมออกกำลังกาย

เป็นแบบประเมินที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอ้างอิงกับข้อแนะนำในการออกแรงหรือกำลังกาย และการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องเกี่ยวกับความถี่ ระยะเวลาในการออกแรงหรือกำลังกาย และการใช้เครื่องผ่อนแรงต่างๆ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ทั้งนี้ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบและแบ่งเป็น 4 ระดับตามคะแนนที่ประเมินได้ เช่นเดียวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

1.3.3 การประเมินพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ใช้แบบคัดกรอง AUDIT (Alcohol use disorders identification test) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองสำหรับการดื่มสุรา และเป็นตัวที่ช่วยกำหนดถึงพฤติกรรมการดื่มสุราที่มากเกินไปจนทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ (Thomas F. Babor et.al. 1992) แปลเป็นภาษาไทยโดยรองศาสตราจารย์ ดร.พญ.สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย ซึ่งเป็น

คำถามเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ของการดื่ม การมีลักษณะการดื่มแบบห้วงน้ำ (Binge drinking) อาการของการติดสุรา และปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับการติดสุรา โดยแต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2545) และแบ่งเป็น 4 ระดับตามคะแนนที่ประเมินได้ คือ

- 1) พฤติกรรมเสี่ยงน้อย หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนการประเมิน 0-4 คะแนน ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ควรให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 2) พฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนการประเมิน 8-15 คะแนน ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ควรคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 3) พฤติกรรมเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนการประเมิน 16-19 คะแนน ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ควรคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร่วมให้คำปรึกษาแบบสั้นเกี่ยวกับการลดหรืองดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และมีการติดตามสังเกตพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
- 4) พฤติกรรมเสี่ยงรุนแรง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนการประเมิน 20-40 คะแนน ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ควรส่งต่อผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดังกล่าวให้กับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการวินิจฉัย ประเมินอาการ และทำการรักษา

1.3.4 การประเมินความเครียด

ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรงของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (กรมสุขภาพจิต, 2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ชนิด 5 สเตลในแบบสอบถามจะถามถึงภาวะทางจิต คือ จะถามภาวะความเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกโกรธ และวัดความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย (กรมสุขภาพจิต, 2546) โดยแบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ตามลำดับคะแนนที่ประเมินได้ คือ

- 1) ความเครียดในระดับต่ำ (Mild stress) หมายถึงผู้ที่ได้คะแนนการประเมิน 0-23 คะแนน ซึ่งเป็นความเครียดขนาดน้อย และหายไปในระยะ เวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต่อการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็น ภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย
- 2) ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate stress) หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนการประเมิน 24-41 คะแนน ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต ประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาใน ลักษณะความ

วิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไปไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3) ความเครียดในระดับสูง (High stress) หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนการประเมิน 42-61 คะแนน ซึ่งเป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง และเกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4.) ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe stress) หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนการประเมิน 62-100 คะแนน ซึ่งเป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หหมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่างๆ ตามมาได้ง่าย

2. ภาวะโภชนาการ

2.1 ความหมายของภาวะโภชนาการ

โภชนาการ (Nutrition) หมายถึง วิทยาการที่เกี่ยวกับอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับความเป็นอยู่ที่ดีของร่างกายมนุษย์ ซึ่งจะครอบคลุมกระบวนการเผาผลาญอาหารต่างๆ คุณค่าทางโภชนาการของอาหารแต่ละชนิด ความต้องการสารอาหารแต่ละชนิด ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพของบุคคลแต่ละวัย เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และการประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

คณะกรรมการอาหารและโภชนาการของแพทยสภาของสหรัฐอเมริกา(อ้างในปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) ได้ให้คำจำกัดความของโภชนาการ (Nutrition) ว่าเป็นศาสตร์ของอาหาร สารอาหาร และสารอื่นๆ ซึ่งทำปฏิกิริยา มีปฏิสัมพันธ์ และมีความสมดุลที่จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี หรือเกิดโรคต่างๆ ขึ้นได้ รวมถึงกระบวนการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกาย เช่น การนำอาหารเข้าสู่ร่างกาย การย่อย การดูดซึม การขนถ่าย การใช้และการขับถ่ายสารอาหารออกจากร่างกาย

วินัส ลิพทกุล และคณะ (2545) ได้ให้ความหมายของโภชนาการว่า โภชนาการ (Nutrition) คือ วิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร สารอาหาร และสารอื่นๆ ที่มีอยู่ในอาหาร ตลอดจนปฏิกิริยาระหว่างกันของสารอาหารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่สิ่งมีชีวิตย่อย ดูดซึม ขนส่ง นำอาหารไปใช้และสะสมในร่างกาย รวมทั้งการกำจัดสารที่เหลือใช้ของร่างกาย

ภาวะโภชนาการ (Nutritional status) ปราณิต ผ่องแผ้ว (2539) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง สภาวะทางสุขภาพของบุคคล ที่มีผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสมและผลของการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2541) ได้ให้ความหมายของภาวะโภชนาการว่า หมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคล อันเนื่องมาจากผลการบริโภค และการใช้ประโยชน์ของสารอาหารที่ได้จากการบริโภคในร่างกาย

แอลดีเนอร์ และคณะ (2001) ได้ให้ความหมายของภาวะโภชนาการว่า หมายถึง ภาวะสุขภาพทางร่างกายของบุคคลจากการบริโภคอาหาร

จากความหมายข้างต้น จึงสรุปได้ว่าภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะทางสุขภาพของบุคคล ที่มีผลมาจากการรับประทานอาหารที่บุคคลนั้นบริโภค และการใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกาย

เมื่อสารอาหารอยู่ในร่างกายจะมีปฏิกิริยาและปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสารอาหาร กระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกาย จะได้รับอิทธิพลเป็นอย่างมากจากพฤติกรรมของบุคคล และวิถีชีวิต เมื่อโภชนาการดีจะส่งผลให้สุขภาพดีด้วย ในทางกลับกันถ้าขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ไม่สมดุล บุคคลนั้นจะมีสุขภาพดีไม่ได้ การที่บุคคลในวัยต่างๆ มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี (ทุพโภชนาการ) จะมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ การมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างมีคุณภาพ จะมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การประกอบอาชีพ อายุ และความยืดหยุ่นของชีวิต ภาวะทุพโภชนาการ เป็นพยาธิสภาพ ซึ่งเกิดจากการได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายในปริมาณที่ไม่เพียงพอ หรือมากเกินไป ในช่วงระยะเวลาต่างๆ แสดงให้เห็นได้จากความผิดปกติที่เกี่ยวกับทางด้านร่างกาย จิตใจ และระดับของสารประกอบชีวเคมีที่เป็นส่วนประกอบของร่างกาย สามารถแบ่งภาวะทุพโภชนาการออกได้เป็น ภาวะขาดสารอาหาร (undernutrition) และภาวะโภชนาการเกิน (overnutrition) (ปราณิต ผ่องแผ้ว, 2539)

2.2 ภาวะโภชนาการเกิน

ภาวะโภชนาการเกิน (overnutrition) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดจากการได้รับสารอาหารมากเกินไป หรือไม่สมดุลในช่วงระยะเวลาต่างๆ เช่น เมื่อได้รับพลังงานหรือแคลอรีในจำนวนที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย สารอาหารที่มากเกินไปจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บสะสมไว้ในร่างกาย ทำให้เป็นโรคอ้วน และโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น การรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล และรับประทานสารอาหารบางชนิด เช่น ไขมัน หรือ โปรตีนมากเกินไป หรือได้รับสารพิษที่เป็นพิษในอาหารหรือสิ่งแวดล้อม อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยง หรือ

ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

ภาวะโภชนาการเกิน เป็นภาวะเกินปกติของร่างกายซึ่งมีสาเหตุหรือมีความสัมพันธ์กับอาหารที่รับประทาน จนทำให้เกิดการเจ็บป่วยและตายมากกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไป (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2541)

ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง การที่ร่างกายมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Eleanor N. Whitney et.al, 2001) โดยที่การมีน้ำหนักตัวเกินนี้อาจแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

โภชนาการเกิน (overweight) หมายถึง ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่าน้ำหนักที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบน้ำหนักมาตรฐาน กล่าวคือเกินร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน

โรคอ้วน (obesity) หมายถึง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบน้ำหนักมาตรฐาน กล่าวคือเกินร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐานขึ้นไป

จากข้อความข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง สภาวะทางสุขภาพบุคคลที่ได้รับพลังงานและสารอาหารเข้าไปในร่างกายมากกว่าที่ควรจะเป็น ร่างกายจึงเปลี่ยนสารอาหารส่วนที่เกินสะสมไว้ตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกายในรูปของไขมัน

2.2.1 สาเหตุการมีภาวะโภชนาการเกิน อาจเกิดจาก

1) **กรรมพันธุ์** ทำให้เกิดความผิดปกติในหน้าที่ของต่อมไร้ท่อหรือทำให้เกิดความพิการหรือความผิดปกติของต่อมใต้สมอง ทำให้ศูนย์ควบคุมการรับประทานอาหารเอนเอียงไปในทางที่มีความรู้สึกลอยากอาหารมากขึ้น และมีความรู้สึกอิ่มในอาหารที่บริโภคน้อยลง จากรายงานการศึกษาพบว่า ถ้าพ่อและแม่อ้วน ลูกมักจะอ้วน ถึงร้อยละ 80 หากพ่อและแม่คนหนึ่งคนใดอ้วน ลูกมักเป็นโรคอ้วนร้อยละ 40-50 และถ้าทั้งพ่อและแม่ไม่อ้วน ลูกอาจมีโอกาสอ้วนได้ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตาม เป็นการยากที่จะตัดสินว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุที่สำคัญเพียงสิ่งเดียว เพราะผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน มักมีนิสัยการบริโภคที่คล้ายคลึงกัน ดังเช่น พ่อชอบกินอาหารที่มีไขมันและอาหารหวานจัด แม่จึงจัดอาหารประเภทนี้ให้พ่อและลูกบ่อย ทำให้ลูกมีนิสัยชอบกินอาหารที่มีรสหวานและมีไขมันมาก จึงมีแนวโน้มที่จะอ้วนเช่นเดียวกับพ่อและแม่ สิ่งแวดล้อมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอันหนึ่งของความอ้วน

2) **ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม (Endocrine and metabolism disorder)** โรคอ้วนอาจเกิดจากความบกพร่องในการทำงานของต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมไร้ท่อทำงานน้อยกว่าปกติ (Hypothyroidism) ทำให้การใช้พลังงานเพื่อการทำงานอวัยวะภายในร่างกายลดลง ภาวะที่ขาดแคลนน้ำค้ำหลังจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyreosis) ซึ่งทำให้อ้วน

เนื่องจากการบวมตัวของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังในลักษณะที่ค่อนข้างแข็ง (Myxedema) ทำให้น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ หรือกลุ่มอาการที่เกิดจากต่อมหมวกไตทำงานมากเกินไป (Cushing's syndrome) ทำให้เกิดการสะสมของไขมันตามลำตัว ใหญ่ และคอด้านหลัง นอกจากนี้ยังมีโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ เช่น ภาวะมีอินซูลินในเลือดมากเกินไปในระยะแรก (Primary hyperinsulinism) ต่อมาได้สมองส่วนหน้าทำหน้าที่ผิดปกติ (Pituitary dwarf) เป็นต้น

3) ความผิดปกติของไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ทั้งนี้เนื่องจากในร่างกายมีศูนย์ควบคุมการกิน (Eating center) และศูนย์ควบคุมการอิ่ม (Satiety center) อยู่ที่บริเวณสมองส่วนไฮโปธาลามัส ศูนย์ควบคุมความอิ่มนี้จะไวต่อการกระตุ้นของระดับน้ำตาลในเลือดมาก เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง ศูนย์ควบคุมความอิ่มจะบังคับให้หยุดบริโภค ฉะนั้นเมื่อสมองส่วนนี้มี ความผิดปกติเช่น ถูกกระทบกระเทือนหรือมีเนื้องอกศูนย์ควบคุมความอิ่มจะสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะหิวบ่อย กินจุ และเกิดโรคอ้วนในที่สุด

4) ยาบางชนิดอาจส่งเสริมให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น เช่น ยาคุมกำเนิด สเตียรอยด์บางชนิด อินซูลิน ยาระงับประสาทบางชนิด ยารักษาโรคทางจิตเวช เป็นต้น

5) การรับประทานอาหารมากกว่าความต้องการของร่างกาย ร่วมกับการใช้แรงงานไม่เพียงพอ เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีต่าง ๆ เจริญขึ้น มีการใช้เครื่องผ่อนแรงแทนการใช้แรงงานในการทำงานมากขึ้น แม้แต่การออกแรงในชีวิตประจำวันก็ลดลง เช่น การขึ้นบันไดก็มักใช้ลิฟต์แทนการเดินขึ้นบันได ทำให้ร่างกายมีการออกกำลังน้อยลง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ปริมาณอาหารที่กินมิได้ลดลงตามแรงงานที่ใช้ กลับกินอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น เช่น น้ำหวาน ลูกกวาด ช็อกโกแลต และอาหารที่มีไขมันมากทำให้ร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าความต้องการของร่างกาย และเปลี่ยนแปลงพลังงานที่เหลือใช้ไว้ในรูปของไขมัน เก็บสะสมไว้ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นสาเหตุให้น้ำหนักเกิน และเกิดโรคอ้วนได้ในที่สุด

6) ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายนำพลังงานไปใช้มากขึ้น หากไม่มีการออกกำลังกายจะทำให้พลังงานที่ได้มาจากการรับประทานอาหารไม่ได้ถูกนำไปใช้ ร่างกายจึงสะสมพลังงานนั้นไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

7) สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่สำคัญคือ ครอบครัว เช่น พบอุบัติการณ์โรคอ้วนเพิ่มขึ้นในครอบครัวที่มีรายได้สูง ยกเว้นผู้หญิงที่อยู่ในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีรูปร่างผอมกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี

8) **ปัจจัยด้านจิตใจ** ภาวะจิตผิดปกติทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ เช่น ผู้ที่อยู่ในอารมณ์เครียด หรือซึมเศร้าก็อาจใช้อาหารเป็นเครื่องชดเชยอารมณ์ รับประทานอาหารมากขึ้นหรือผู้ที่ต้องการเข้าสังคมมีงานเลี้ยงบ่อย ทำให้กินอาหารมากขึ้นก็มีโอกาสอ้วนได้ง่าย

2.2.2 ผลเสียของการมีน้ำหนักตัวเกิน การที่มีน้ำหนักเกิน อาจเป็นสาเหตุให้การทำงานในร่างกายผิดปกติและเกิดโรคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) **โรคหลอดเลือดและโรคหัวใจ** ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือเป็นโรคอ้วน จะทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ให้เพียงพอทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จึงพบว่าคนอ้วนมักเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ 4-5 เท่า เมื่อมีความดันโลหิตสูงอยู่นาน ๆ ผนังเลือดจะหนาขึ้น นอกจากนี้คนอ้วนยังมีแนวโน้มที่จะมีภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าคนที่มือน้ำหนักตัวปกติ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด ตับแข็ง และโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อหัวใจต้องทำงานหนักนานๆ เข้าหัวใจจะโตขึ้น และเกิดหัวใจวายได้

2) **โรคเบาหวาน** พบว่าคนอ้วนเป็นสาเหตุที่สำคัญอันหนึ่งของโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ไขมันของคนอ้วนมีตัวรับอินซูลิน (Insulin receptor) ลดลง ทำให้อินซูลินไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูง และเมื่อน้ำหนักตัวลง อาการของโรคเบาหวานมักจะทุเลาลงด้วย

3) **อาการทางระบบทางเดินหายใจ** ผู้ป่วยที่อ้วนมาก อาจมีอาการเรียกว่า Pickwickian คือผู้ป่วยที่มีอาการซึม หลับง่าย เนื่องจากมีไขมันตามอวัยวะภายในช่องท้องมาก กระบังลมจึงถูกดันขึ้นมาทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ ผู้ป่วยจะหายใจช้า และมีอาการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลีย ซึม และเกิดหัวใจวายได้

4) **โรคนิ่วในถุงน้ำดี** คนอ้วนมักมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และอาจมีการเผาผลาญของโคเลสเตอรอลในน้ำดีมีมากขึ้น คนอ้วนจึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย

5) **โรคแทรกระหว่างมีครรภ์** หญิงที่อ้วนมากในระยะมีครรภ์มักเกิดอาการพิษแห่งครรภ์ (Toxemia of pregnancy) ได้ง่ายซึ่งเป็นอันตรายแก่แม่ และทารกได้

6) **อันตรายจากการผ่าตัด** ผู้ป่วยที่อ้วนมาก เมื่อเจ็บป่วยต้องได้รับการผ่าตัดอาจเกิดอันตรายได้ง่ายเนื่องจากไขมันที่เพิ่มขึ้นปิดบังอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้อง ทำให้การผ่าตัดได้ไม่สะดวก นอกจากนั้นแผลผ่าตัดมักจะหายช้ากว่าปกติ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

7) **โรคข้ออักเสบ** ผู้ที่น้ำหนักมาก หรืออ้วนมาก ๆ จะเกิดโรคข้ออักเสบจากข้อกระดูกเคลื่อน (Osteoarthritis) ได้มาก เนื่องจากข้อต้องรับน้ำหนักมากเป็นเวลานาน

ๆ ทำให้ข้อกระดูกถูกกระทบกระเทือนและอักเสบได้ ด้วยสาเหตุนี้ ภาวะน้ำหนักตัวเกิน จึงก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ดังกล่าวมาแล้วและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคอ้วนมีอายุสั้นกว่าผู้ที่ไม่อ้วน

2.3 ภาวะโภชนาการด้อย

ภาวะโภชนาการด้อยหรือภาวะขาดสารอาหาร (Underweight) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดจากการได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายไม่เพียงพอในช่วงระยะเวลาใดๆ เช่น ภาวะขาดสารอาหารโปรตีนและพลังงาน และภาวะขาดสารอาหารประเภท Micronutrient ต่างๆ เช่น การขาดธาตุเหล็ก ไอโอดีน และวิตามินต่างๆ (ปราณีต ผ่องแผ้ว,2539)

ภาวะโภชนาการด้อย หมายถึง สภาวะของร่างกายที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการ หรือได้รับเพียงพอแต่ไม่ครบถ้วน หรือร่างกายไม่สามารถดูดซึมนำไปใช้ได้ตามที่ควรจะเป็น (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2541)

Eleanor N. Whitney และคณะ (2001) ได้ให้ความหมายของภาวะ โภชนาการด้อยไว้ว่าเป็นการบริโภคอาหารที่น้อยไปไม่เพียงพอที่จะให้พลังงานหรือสารอาหารต่อร่างกาย หากภาวะขาดสารอาหารมีความรุนแรงมากพอจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค หรือทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคลดน้อยลง

Michale J. Gibney และคณะ (2002) ได้ให้ความหมายของภาวะ โภชนาการด้อยไว้ว่าเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งอาจเกิดจากไม่มีการศึกษา ฐานะยากจน วิถีการดำรงชีวิต ภัยธรรมชาติ สังคมที่แตกแยก หรืออยู่ในภาวะสงคราม

จากข้อความข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ภาวะ โภชนาการด้อย หมายถึง สภาวะทางสุขภาพบุคคลที่ได้รับพลังงานและสารอาหารเข้าไปในร่างกายน้อยกว่าที่ควรจะเป็น หากเกิดภาวะดังกล่าวเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารขึ้นกับร่างกายได้

2.3.1 สาเหตุการมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ อาจเกิดจาก

1) การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติการรับประทานอาหารไม่พอ ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานน้อยกว่าที่ต้องการใช้ จึงต้องสลายเอาไขมันที่สะสมไว้ภายในร่างกายมาใช้เป็นพลังงานเพื่อใช้ในกิจกรรมทำงานต่าง ๆ ส่งผลให้บุคคลดังกล่าวผอม สาเหตุของการรับประทานอาหารไม่พอ อาจเกิดจาก

1.1 ความยากจน เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ได้รับอาหารไม่พอ ครอบครัวจำนวนมากมีรายได้น้อย ทำให้ไม่มีเงินพอที่จะซื้ออาหารมารับประทานให้เพียงพอ

ความต้องการของร่างกายได้โดยเฉพาะครอบครัวที่มีลูกมาก ๆ มักจะขาดสารอาหารต่าง ๆ รวมทั้งได้รับ โปรตีน และแคลอรีไม่เพียงพอด้วย จึงมีน้ำหนักลดลงหรือผอม

1.2 **มีนิสัยการบริโภคไม่ดี** เลือกรับประทานอาหารที่ชอบ ไม่สนใจอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายทำให้ได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอ

1.3 **ขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ** ทำให้ไม่รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น นม ไข่ เนื่องจากเข้าใจผิดว่า เป็นอาหารทำให้อ้วน นอกจากนี้ยังจำกัดอาหารที่ให้พลังงานอย่างอื่น ๆ เช่น ข้าว เป็นเหตุให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2) **สภาพของร่างกาย** อาจเกิดภาวะร่างกายทำงานผิดปกติ ได้แก่

2.1 **การย่อยการดูดซึมไม่ดี** ผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร อาจมีผลให้การย่อยและการดูดซึมผิดปกติ ทำให้ร่างกายได้รับประโยชน์จากอาหารไม่เต็มที่ หรืออาจเกิดจากพยาธิบริเวณลำไส้แย่งอาหารที่รับประทานเข้าไป ทำให้ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอ

2.2 **การทำงานของต่อมไร้ท่อ** ได้แก่ ต่อมไทรอยด์ผลิตฮอร์โมนไทรอกซิน ออกมามากเกินไป ทำให้มีการเผาผลาญอาหารในร่างกายมากกว่าปกติ ผู้ป่วยโรคนี้มักผอม

2.3 **การเป็นโรคติดเชื้อ** เมื่อมีการติดเชื้อร่างกายจะต้องการสารอาหารต่าง ๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสารอาหารที่ให้โปรตีนและแคลอรี หากผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอ น้ำหนักจะลดลง

3) **ภาวะจิตใจ** ผู้ที่มีความวิตกกังวล หรือความเครียดจะมีความอยากอาหารลดลงและทำให้การย่อยการดูดซึมอาหารผิดปกติ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและน้ำหนักลดลง

2.3.2 **ผลเสียของการมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ** การมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติจะมีผลเสียต่อสุขภาพ และเกิดโรคต่างๆ ได้ ดังนี้

1) **มีความต้านทานโรคต่ำ** ผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ มักมีความต้านทานโรคต่ำ ทำให้เป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย และอาการมักรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติที่เป็นโรคเดียวกัน

2) เสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหาร ผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติมักได้รับสารอาหารน้อย จึงเกิดเป็นโรคขาดสารอาหารบางอย่างได้ง่าย เช่น โรคขาดโปรตีนและแคลอรี โรคโลหิตจาง เป็นต้น

3) ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายลดลง การได้รับอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

2.4 การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการเป็นกิจกรรมหนึ่งในการรวบรวมข้อมูลที่บอกให้ทราบถึงธรรมชาติ และสาเหตุของโรคทางโภชนาการและปัญหาสุขภาพ (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) ซึ่งวิธีการประเมินภาวะทางโภชนาการที่ใช้โดยทั่วไปมี 4 วิธีคือ ดังนี้

1. การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric assessment)
2. การประเมินอาหารที่บริโภค (Dietary assessment)
3. การวิเคราะห์สารชีวเคมีในร่างกาย (Biochemical assessment)
4. การตรวจร่างกายเพื่อประเมินอาการทางคลินิกที่ปรากฏให้เห็น (Clinical assessment)

สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการในการศึกษาครั้งนี้คือ การประเมินภาวะโภชนาการโดยการวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric assessment) โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การประเมินภาวะโภชนาการทั้งตัว ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย และการประเมินภาวะโภชนาการเฉพาะที่ ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เส้นรอบวงแขน เส้นรอบเอว สัดส่วนรอบเอวและสะโพก โดยมีรายละเอียดของการประเมินภาวะโภชนาการแต่ละวิธี ดังนี้

2.4.1 การประเมินภาวะโภชนาการทั้งตัว

- 1) การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการของคนวัยทำงานที่มีอายุ 15-18 ปี ซึ่งยังมีการเจริญเติบโตทั้งทางด้านส่วนสูง และน้ำหนัก ในการศึกษานี้ใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (ภาคผนวก ข) ซึ่งจะมีความเหมาะสมมากกว่าการประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย และเป็นเกณฑ์ในระบบเดียวกันกับที่องค์การอนามัยโลกใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิงระหว่างประเทศ สามารถประเมินภาวะโภชนาการได้ตั้งแต่อายุ 0-18 ปี โดยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงนี้เป็นดัชนีบ่งชี้ความไวในการสะท้อนภาวะโภชนาการในปัจจุบันที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการได้แม้ไม่ทราบอายุที่

แท้จริง และอิทธิพลจากเชื้อชาติมีผลกระทบน้อยมาก ทั้งยังเป็นดัชนีที่บ่งชี้ภาวะโภชนาการเกิน (ภาวะอ้วน) ที่ใช้กันอยู่ในสากล (กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

2) การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เป็นดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการในคนวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป สามารถทำได้ง่าย รวดเร็ว แม่นยำและมีประสิทธิภาพ ทั้งยังระบุความเสี่ยงของประชากร ดัชนีมวลกายคือ น้ำหนัก (กิโลกรัม)/ส่วนสูง (เมตร)² ซึ่งน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับส่วนสูงและสามารถจำแนกภาวะโภชนาการตามดัชนีมวลกายได้ สำหรับการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ที่ปรับปรุงและพัฒนามาจากเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่คนไทยซึ่งมีโครงร่างเล็กกว่าคนแถบยุโรป (ศักดิ์ดา พริงลำภู, 2549) ดังนี้

ภาวะโภชนาการด้อย	มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5
ภาวะโภชนาการปกติ	มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 ถึง น้อยกว่า 23
ภาวะโภชนาการเกิน	มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

2.4.2 การประเมินภาวะโภชนาการเฉพาะที่

1) การประเมินภาวะโภชนาการจากเส้นรอบวงแขน

การวัดความยาวรอบแขนในการศึกษานี้หมายถึง เส้นรอบวงของจุดกึ่งกลางแขนท่อนบน (Mid upper arm circumference: MUAC) ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการด้าน โปรตีนและแคลอรี วิธีการวัดจะวัดแขนข้างซ้ายที่จุดกึ่งกลางระหว่าง Acromial process ถึง Olecranon process สำหรับการศึกษานี้ใช้ค่ามาตรฐานสำหรับเพศชายคือ 29.5 เซนติเมตร เพศหญิง 28.5 เซนติเมตร (วินัส ลิพพิกุล, 2545)

2) การประเมินภาวะโภชนาการจากเส้นรอบเอว

เส้นรอบเอว (Waist circumference: WC) เป็นดัชนีชี้วัดของเนื้อเยื่อไขมันและความสัมพันธ์กับ Fat free mass จะมีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดของความอ้วนหรือภาวะโภชนาการเกิน (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) วิธีการวัดเส้นรอบเอวคือวัดเส้นรอบตัวตรงส่วนที่แคบที่สุด ซึ่งเป็นจุดกึ่งกลางระหว่างกระดูกซี่โครงซี่สุดท้าย (lower costal margin) กับขอบบนของกระดูกสะโพก (iliac crest) โดยที่ผู้ถูกวัดยืนตรงปล่อยแขนในท่าสบาย เพ้าชิดกัน ใช้สายวัดที่ไม่ยืดวัดรอบเอวบริเวณเหนือสะดือขึ้นมา และวัดบนเนื้อที่ไม่มีเสื้อผ้า

หนาและทำการจดบันทึกในขณะที่ผู้ถูกวัดอยู่ในท่าหายใจออก สำหรับการศึกษารั้งนี้ใช้ค่ามาตรฐานสำหรับเพศชายคือ 90 เซนติเมตร เพศหญิง 80 เซนติเมตร (<http://www.tncdreduce risk.com/cms/index>. 11 เมษายน 2550)

3) การประเมินภาวะโภชนาการจากสัดส่วนรอบเอวต่อสะโพก

การคำนวณสัดส่วนเส้นรอบสะโพก (Waist Hip Ratio: WHR) จะเป็นดัชนีบ่งชี้ของการกระจายไขมันและระดับที่เป็น masculine เมื่อสัดส่วนนี้มีค่าสูง รูปแบบของการกระจายไขมันแบบนี้จะทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่ขึ้นกับอินซูลิน (NIDDM) วิธีการวัดเส้นรอบสะโพก ให้วัดในแนวนอนตรงส่วนก้นที่ยื่นออกมามากที่สุด สำหรับการศึกษารั้งนี้ใช้ค่าสัดส่วนเอวต่อสะโพก (WHR) สำหรับเพศชายคือ 1 เพศหญิงคือ 0.8 (<http://www.tncdreduce risk.com/cms/index>. 11 เมษายน 2550)

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของประดิษฐ์ นาทวีชัย (2540) เรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของครูในจังหวัดชัยนาทจำนวน 340 คน พบว่าภาวะสุขภาพของครูอยู่ในระดับพอใช้ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการออกกำลังกายของครูอยู่ในระดับต่ำโดยภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

สุภลักษณ์ บุญความดี (2541) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นเพศหญิง 120 คน เพศชาย 90 คน ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 40.5 มีดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ด้านพฤติกรรมพบว่าส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง รับประทานอาหารว่าง คีมน้ำอัดลม มีกิจกรรมการทำงานและการพักผ่อนที่ใช้แรงงานน้อย สำหรับวิธีการจัดการความเครียดของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานคือการรับประทานอาหารมากขึ้น ดื่มน้ำดื่มสุรา ดื่มเบียร์ คิดเป็นร้อยละ 13.8

วิจิต เนติวิวัฒน์ (2545) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่า ภาวะสุขภาพของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับดี) พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับดี หากจำแนกรายด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษานี้ไม่มีการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง

พวงเพชร เฟื่องฟูเกียรติคุณ (2545) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งคนและพฤติกรรม การออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มวัยทำงานพบว่า คนวัยทำงานมีการออกกำลังกายร้อยละ 60.0 ซึ่งในกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลาร้อยละ 88.3 เหนื่อยจากงานประจำร้อยละ 18.3 ไม่มีเพื่อนและไม่ชอบร้อยละ 10 และอายุ ไม่มีอุปสรรค ร้อยละ 5.0

นิธิตา ทักษอุดม (2545) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลาง

ณัฐลรี พิเศษ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในการทำงานกับความเครียดของพนักงานในโรงงานทอผ้าแห่งหนึ่ง ในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า พนักงานมีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 68.0

โนรีนา เบญญาปา (2547) ศึกษาความรู้และทัศนคติด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเรือเสาะ อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาสพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารที่มีน้ำมันทุกวัน ร้อยละ 36.0 ดื่มน้ำ กาแฟทุกวันร้อยละ 41.0 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 32.0 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 70.0

นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ และคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของวัยรุ่น (อายุ 12-21 ปี) ในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นในกรุงเทพฯ ร้อยละ 42.6 ดื่มน้ำ กาแฟ ร้อยละ 61.7 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเกิดจากความอยากรู้อยากลอง และมีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงร้อยละ 20.2 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

พัชรินทร์ สัมคร (2548) ศึกษาการปฏิบัติตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ และภาวะโภชนาการของบุคลากรด้านสุขภาพ โรงพยาบาลแม่แตงพบว่า โดยรวมมีการปฏิบัติตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ การรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 76.30 และภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ ในระดับสูงมาก

กมลวรรณ เตชะพอง (2548) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านห้วยเกียง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 52.50 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการโดยรวม

อนุสรณ์ บัวทอง (2548) ศึกษาวัฒนธรรมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหญิงวัยทำงานพบว่า หญิงวัยทำงานมีการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นหลังเลิกงานประจำ โดยเป็นการชักชวน

กันดื่มในกลุ่มเพื่อน หรือดื่มเองในบ้านพร้อมกับการร้องเพลงจากเครื่องเล่นวีซีดีคาราโอเกะ เพื่อความสนุกสนานรื่นเริง เนื่องจากถูกชวนโดยสามีและเพื่อนๆ

สมพร สิทธิสงคราม (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นมีความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์น้อยร้อยละ 30.6 เสี่ยงต่ออันตรายสูงร้อยละ 20.0 และมีพฤติกรรมการดื่มแบบอันตรายร้อยละ 43.1

วีระพร ศุทธากรณ์ และชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ (2549) ศึกษาสมรรถภาพทางกายของคณงานผลิตผักดองบรรจุกระป๋องแห่งหนึ่งพบว่า คณงานออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 22.0 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 89.0 และมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 8.0 และมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 22.8

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มักพบภาวะโภชนาการเกินในเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวม แต่ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับค่าดัชนีมวลกาย และพบว่าผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการในคนวัยทำงานได้ ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผลจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัย และแนวคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ทำการประเมินจากน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (ในกลุ่มอายุ 15-18 ปี) ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงแขน เส้นรอบเอว และสัดส่วนเอวต่อสะโพก (ในกลุ่มอายุ 19-59 ปี) ดังนี้

