

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุปสาระสำคัญจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคของผู้บริโภคอาหารมังสวิรัตติ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. อาหารมังสวิรัตติ
2. การประเมินภาวะโภชนาการ
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาหารมังสวิรัตติ

ปัจจุบันอาหารมังสวิรัตติเป็นอาหารที่ได้รับความนิยมมากขึ้น เนื่องจากในสังคมปัจจุบันมีความตื่นตัวเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อาหารมังสวิรัตติจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งซึ่งผู้ที่บริโภคอาหารมังสวิรัตติส่วนใหญ่ มีความเชื่อว่าอาหารมังสวิรัตติสามารถป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ (coronary heart disease) โรคมะเร็งบางชนิด (cancer) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ความอ้วน (obesity) ท้องผูก (constipation) และโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) แต่ก็ยังต้องมีการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมต่อไป (Pamela Mason, 1994)

1. ประเภทของอาหารมังสวิรัตติ

อาหารมังสวิรัตติ คืออาหารที่ปราศจากเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อ หรืออวัยวะใดๆ ของสัตว์ทุกชนิด โดยได้แบ่งอาหารมังสวิรัตติแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ตามความเคร่งครัดและตามชนิดของอาหารที่รับประทาน (ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2541) ได้แก่

- 1.1 Lacto-ovo-vegetarian เป็นมังสวิรัตติที่รับประทานพืช ผัก ผลไม้ นม และไข่
- 1.2 Lacto-vegetarian เป็นมังสวิรัตติที่รับประทานพืช ผัก ผลไม้ และนม

1.3 Strict vegetarian หรือ Vegan หรือ Pure vegetarian เป็นมังสวิรัตที่รับประทานเฉพาะพืช ผัก และผลไม้

1.4 Fruitarian รับประทานผลไม้แห้งและสด น้ำผึ้ง น้ำมันมะกอก

1.5 Zen macrobiotic หรืออาจเรียกว่า New vegetarian เป็นพวกที่เคร่งครัดประเภทหนึ่ง แบ่งเป็น 10 เกรด ตั้งแต่ -3 ถึง +7 ขึ้นอยู่กับความเคร่งครัดของผู้ปฏิบัติ คือถ้าได้พลังงานจากรัฐพืช 10% จะอยู่ในระดับ -3 ถ้าได้พลังงานจากรัฐพืช 100% จะอยู่ในระดับ +7 ดังนั้นถ้ายิ่ง + มากขึ้นก็หมายถึงเคร่งครัดมากขึ้น

2. คุณค่าอาหารมังสวิรัต

อาหารมังสวิรัตประกอบด้วยอาหารหลายหมวดหมู่เช่นเดียวกับอาหารปกติทั่วไป และการเลือกรับประทานอาหารให้ครบถ้วนตามหมวดหมู่ก็จะมีคุณค่าเช่นเดียวกับอาหารปกติ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 หมู่ ได้แก่

หมู่ที่ 1 แป้งและน้ำตาล (คาร์โบไฮเดรต) ได้จาก ข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี เผือกมัน พืชเป็นหัวทุกชนิด น้ำอ้อย น้ำตาลปีบ น้ำตาล รสหวานต่างๆ อาหารแป้งและน้ำตาลจะให้พลังงานและความร้อน ทำให้มีพลังกำลังในการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน ควรรับประทานข้าวที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ น้ำตาลที่ไม่ฟอกสี เช่น น้ำตาลทรายแดง น้ำตาลปีบ น้ำตาลมะพร้าว จะให้ประโยชน์มากกว่า

หมู่ที่ 2 ไข่ นม และถั่วต่างๆ (โปรตีน) พืชที่ให้สารอาหารโปรตีนสูง หาได้ง่าย ราคาถูก และมีให้เลือกรับประทานมากมาย โปรตีนได้จากถั่วต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถั่วเหลือง พบว่าเป็นพืชที่มีโปรตีนสมบูรณ์ ถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองอื่น ๆ เช่น น้ำเต้าหู้ เต้าเจี้ยว ซีอิ๊ว ฯลฯ ซึ่งล้วนให้คุณค่าทางอาหารเทียบเท่าเนื้อสัตว์

หมู่ที่ 3 นม เนย (ไขมัน) ได้จากน้ำมันพืช นม เนย เมล็ดผลไม้ ถั่ว งา ผู้ที่ปรุงอาหารควรเลือกใช้น้ำมันพืชที่ทำจากถั่วเหลือง รำข้าว เพราะมีคุณสมบัติสูง ไขมันนอกจากจะให้พลังงานและความร้อนแก่ร่างกายเช่นเดียวกับหมู่แป้งและน้ำตาลแล้ว ยังมีกรดไขมันต่าง ๆ ที่ร่างกายต้องการ

หมู่ที่ 4 ผักและผลไม้ (วิตามินและเกลือแร่) ได้จากผลไม้และผักสดต่างๆ แต่ละชนิดให้วิตามินและเกลือแร่ไม่เหมือนกัน ควรรับประทานหมุนเวียนเปลี่ยนกันไปทุกชนิดเป็นประจำ วิตามินและเกลือแร่มีความสำคัญมาก เพราะนอกจากช่วยในการสังเคราะห์สารเคมีต่าง ๆ ในร่างกาย

ให้เป็นไปอย่างปกติ ยังช่วยควบคุมระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น หากขาดวิตามินและเกลือแร่ ร่างกายจะเสื่อมโทรมเจ็บป่วยได้ง่าย (ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2541)

3. ปริมาณอาหารชนิดต่างๆที่ชาวมังสวัตินิคมเคร่งครัดได้รับใน 1 วัน

มีการศึกษาในต่างประเทศมาก ส่วนใหญ่จะมีชนิดของอาหารใกล้เคียงกันแต่ปริมาณของอาหารจะแตกต่างกันออกไป การศึกษาในประเทศไทยที่สันตือโศก ซึ่งมีชาวมังสวัตินิคมรับประทานอาหารเพียงวันละ 1 มื้อ ค่าเฉลี่ยของอาหารที่รับประทานใน 1 วัน(1มื้อ) เปรียบเทียบกับอาหารปกติทั่วไป (ตาราง 1) พบว่าอาหารที่รับประทานเป็นประจำคือ ข้าวกล้อง+ถั่วเหลืองต้ม+งา อาหารที่ให้พลังงานได้จากข้าวกล้อง งา ถั่วเหลือง และมันเทศ อาหารโปรตีนได้จากถั่วเหลือง และผลิตภัณฑ์จากถั่ว มีการรับประทานผักและผลไม้ปริมาณมาก (ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2541)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาหารที่ได้รับต่อวันในมังสวัตินิคมแบบเคร่งครัดและคนปกติที่อยู่ในเมือง (กรัม/คน/วัน)

อาหาร	มังสวัตินิคม	คนไทยในเมือง
ธัญพืช	218	362
อาหารพวกแป้งจากพืชหัว	53	-
ถั่วเมล็ดแห้งและงา	140	2
ผลิตภัณฑ์จากถั่ว	35	-
นมถั่วเหลือง	27	-
เนื้อสัตว์และปลา	0	86
ไข่	0	13
นม	0	2
ผัก	258	102
ผลไม้	371	40

ที่มา : ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2541.

4. ความเสี่ยงต่อความบกพร่องทางโภชนาการของนมมั่งสวิตี

โปรตีน : อาหารมั่งสวิตีสำหรับผู้ใหญ่มักมีปริมาณโปรตีนเพียงพอ แต่มักจะไม่เพียงพอ กับความต้องการของเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ดังนั้นเด็กจึงควรเป็นมั่งสวิตีชนิดรับประทานไข่และ คีมนมด้วย เพราะเด็กโดยเฉพาะเด็กเล็กจะไม่สามารถรับประทานอาหารมั่งสวิตีชนิดเครื่องครัดให้ ได้สารอาหารพอเพียงได้เนื่องจากมีใยอาหารมากและกระเพาะเด็กมีความจุน้อย นอกจากนี้แหล่ง อาหารโปรตีนที่ได้จากพืช เช่น ถั่ว ต่าง ๆ แม้ว่าจะมีปริมาณโปรตีนสูง แต่ย่อยยากกว่าอาหารที่ได้ จากสัตว์ ในเด็กเล็กพบว่าย่อยอาหารโปรตีนจากถั่ว ได้ประมาณ 66% เท่านั้น อย่างไรก็ตาม Soy protein isolate ที่เป็นส่วนประกอบของอาหารเสริมของเด็กพบว่าย่อยได้ดีมาก ข้อสำคัญที่ต้อง คำนึงถึงอีกอย่างหนึ่งก็คือคุณภาพของโปรตีน เนื่องจากโปรตีนจากพืชจะมีคุณภาพต่ำกว่าโปรตีน จากสัตว์ เพราะมีกรดอะมิโนจำเป็นไม่ครบถ้วน แต่เราสามารถปรับปรุงคุณภาพของโปรตีนจากพืช ให้มีคุณภาพเทียบเท่าโปรตีนจากสัตว์ได้ โดยรับประทานจากพืชหลาย ๆ ชนิดร่วมกันในมือเดียว เช่น ข้าวและถั่ว ถั่วและงา เป็นต้น

พลังงาน : พบว่าเป็นการยากที่ชาวมั่งสวิตีจะได้รับปริมาณพลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทั้งนี้เพราะอาหารส่วนใหญ่มีพลังงานต่ำ มีน้ำและใยอาหารมาก ความเสี่ยง ต่อการขาดพลังงานมีมากในเด็กที่กำลังเจริญเติบโต หลีกเลี่ยงการกระแ่และให้นมบุตร การแก้ไขปัญห อาจทำได้โดยเพิ่มปริมาณไขมันในอาหาร โดยการเปลี่ยนวิธีปรุงอาหารจากต้ม-นึ่ง เป็นทอดหรือ ผัด และสำหรับเด็กให้มีการคีมนมและรับประทานไข่ร่วมด้วย

วิตามิน : อาจเกิดการขาดวิตามินบี 12 เพราะวิตามินบี 12 พบได้เฉพาะอาหารที่มาจาก สัตว์และได้จากอาหารหมัก

: วิตามินดี ปริมาณวิตามินดีที่สร้างโดยธรรมชาติมีน้อย (ได้รับแสง ultra violet น้อย) และในอาหารพวกพืชมีวิตามินดีต่ำ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการเสริมวิตามินดีเพิ่มมากขึ้น

: วิตามินบี 1 และไนอาซิน มีผู้ศึกษาพบว่ามีการขาดวิตามินบี 1 และไนอาซิน ในมั่งสวิตีแบบเครื่องครัด เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ถูกส่วนหรือไม่เหมาะสม เช่น ในผู้ที่ รับประทานข้าวโพดเป็นอาหารหลัก ข้าวโพดมีกรดอะมิโน tryptophan (precursor ของ niacin) ต่ำ และไนอาซินในข้าวโพดก็มีอยู่ในรูปที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ เป็นต้น

แร่ธาตุ : การศึกษาปริมาณแร่ธาตุในอาหารไม่สามารถบอกได้ว่าเพียงพอกับความต้องการ ของร่างกาย เพราะในอาหารมั่งสวิตีมีใยอาหาร ไฟเตท (phytate) ออกซาเลท (oxalate) และอื่นๆ ซึ่งอาจมีผลขัดขวางการดูดซึมหรือการนำไปใช้ของแร่ธาตุต่าง ๆ ได้ ทำให้ bioavailability ของ แร่ธาตุต่างๆ ลดลง (ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2541)

5. ภาวะโภชนาการของชาวม้งสวิร์ติ

ผู้บริโภคอาหารม้งสวิร์ติส่วนใหญ่มักจะมีความเสี่ยงต่อความบกพร่องของพลังงาน วิตามินบี 12 และสังกะสี และในผู้ที่บริโภคอาหารม้งสวิร์ติประเภทที่ไม่คัมมนอาจมีการขาดแคลนซึ่งมาด้วยการศึกษาความบกพร่องของภาวะโภชนาการของโปรตีนและพลังงานและสารอาหารอื่น ๆ ในเด็กที่เป็นม้งสวิร์ติใช้วัดการเจริญเติบโต (growth and development) ซึ่งจะเป็นเครื่องบ่งชี้ที่ดี โดยพบว่าการชะงักของการเจริญเติบโต (growth retardation) และมีผลต่อความสูงมากกว่าน้ำหนัก รายงานจากประเทศอิสราเอล (Shinwell and Gorodischer, 1982) พบว่า เด็กคัมมนแม่ได้ 3 เดือน และต่อมาได้รับนมถั่วเหลืองและอาหารอื่นน้อยมาก ทำให้เด็กเป็นโรคขาดโปรตีนและแคลอรีอย่างรุนแรง ขาดเหล็ก สังกะสี วิตามินบี 12 มีอาการโรคกระดูกอ่อนและติดเชื้ออย่างรุนแรง

การศึกษา dietary intake และ anthropometry ในเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นม้งสวิร์ติ (Dwyer et al, 1983) พบว่า ได้รับพลังงาน แคลเซียม ฟอสฟอรัส และเหล็ก น้อยกว่า RDA และน้ำหนักส่วนสูงต่ำกว่าเด็กทั่วไป นอกจากนี้ปริมาณกล้ามเนื้อและไขมันได้ผิวหนังก็น้อยกว่าปกติ และได้มีการศึกษาเกี่ยวกับเด็กที่เกิดจากแม่เป็นม้งสวิร์ติเคร่งครัด พบว่ามีสุขภาพสมบูรณ์ แต่เป็นเด็กตัวเล็กและน้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับมาตรฐาน (Purves, 1981)

การประเมินภาวะโภชนาการ

เป็นที่ยอมรับว่า ภาวะโภชนาการ มีความสำคัญต่อ "สุขภาพ" หรือคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งคุณภาพชีวิตของประชาชนนี้ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ ให้ประสบความสำเร็จทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (คณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการ, 2535; อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2529) ฉะนั้นจึงก่อให้เกิดแนวคิดของการนำเอาภาวะโภชนาการมาเป็นดัชนีสังคมน ที่ใช้วัดความสำเร็จของการพัฒนาประเทศ (Carlson & Wardlaw; Winichagoon, Tontisirin, & Attig อ้างใน สิริวัฒน์ อายุวัฒน์, 2539)

1. ความหมายของโภชนาการ

แมคลารีน (McLaren DS. อ้างใน ประณีต ผ่องแผ้ว, 2531) ได้ให้ความหมายของคำว่าภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะทางสุขภาพของบุคคลอันเนื่องมาจากการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสม และผลของการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์

ควีน ขาวหนู (2534) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะของร่างกายและจิตใจ โดยเป็นผลที่เกิดจากการรับประทานอาหารและการที่ร่างกายใช้สารอาหารต่างๆ จากอาหารที่รับประทานเข้าไปให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

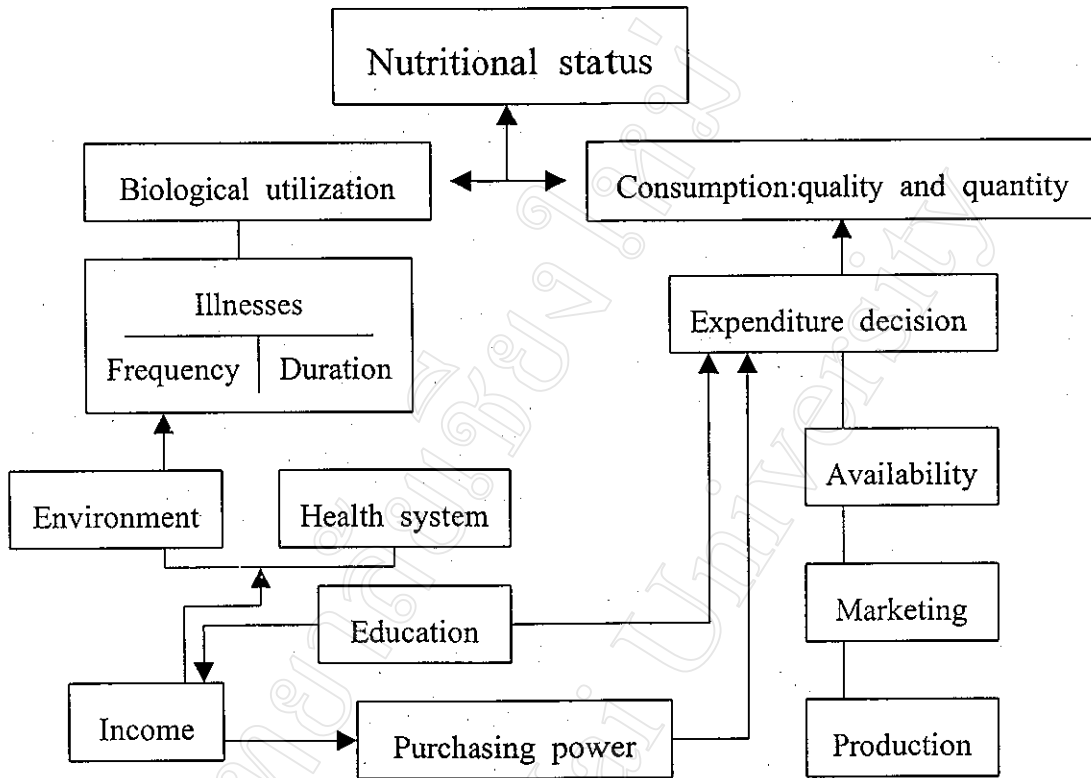
สุนตรา นิมานันท์ (2537) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาพของร่างกายที่เกิดจากการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล ซึ่งการจะมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมได้ ขึ้นอยู่กับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ มีสารอาหารที่บำรุงร่างกายครบถ้วน ถูกส่วน และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หากบริโภคอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย จะมีผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เกิดภาวะที่เรียกว่า ภาวะพร่องโภชนาการ (under-nutrition) และหากบริโภคอาหารมากกว่าความต้องการของร่างกาย ก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน (over-nutrition) ซึ่งทั้งสองภาวะนี้เรียกว่า ทูพโภชนาการ (malnutrition)

ดังนั้นจึงพอจะสรุปได้ว่า ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาพหรือสภาวะของร่างกายที่เกิดจากการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล ซึ่งการจะมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมได้ขึ้นอยู่กับ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม คือมีสารอาหารที่บำรุงร่างกายครบถ้วน ถูกส่วน และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยสามารถพิจารณาได้จากน้ำหนักและส่วนสูง โดยใช้ดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการแปลผลคือ ดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index, BMI) ซึ่งคำนวณได้จาก น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม / (ส่วนสูงเป็นเมตร)² เทียบกับเกณฑ์ตัดสินของค่า BMI ซึ่งกำหนดโดย คณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (expert committee) โดยแบ่งภาวะโภชนาการออกเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะโภชนาการปกติ ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ และภาวะโภชนาการสูงกว่าเกณฑ์

ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการของบุคคลหรือกลุ่มชน ทำให้ทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับชนิด ปริมาณ และคุณภาพของอาหารที่บริโภคว่าบุคคลหรือกลุ่มชนบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาตรฐานหรือมีอาหารหมู่ใดได้รับไม่เพียงพอ ทำให้ทราบนิสัยการบริโภคอาหารของบุคคลหรือกลุ่มชน การระบาดของโรคขาดสารอาหารในแต่ละท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงภาวะโภชนาการให้เหมาะสมกับบุคคลหรือกลุ่มชนนั้น และเพื่อเป็นแนวทางเพื่อใช้ในการให้โภชนศึกษาแก่บุคคล รวมไปถึงชุมชนด้วย

2. รูปแบบของการประเมินภาวะโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการ มีสาเหตุมาจากปัจจัยร่วมหลายๆ อย่าง เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ การศึกษา สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เป็นพิษ การให้บริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง บริโภคนิสัยไม่ถูกต้อง ผลผลิตทางเกษตรต่ำ เป็นต้น ปัจจัยแต่ละปัจจัยจะมีผลเชื่อมโยงถึงกัน (ภาพ 1) ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการเกิดขึ้น



ภาพ 1 รูปแบบของการประเมินภาวะโภชนาการ (assessment model)

ที่มา : Beghin I, et al. A guide to nutritional assessment. Geneva: World Health Organization, 1988 (อ้างใน ประณีต พ่องแก้ว, 2539)

ในการประเมินภาวะโภชนาการ ปัจจัยที่เกี่ยวกับนิเวศน์วิทยาที่ควรจะนำมาพิจารณาร่วมด้วย ได้แก่

2.1 ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งรวมถึง

- รายได้ของประชากร
- ระดับการศึกษา

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับอาหาร ควรจะพิจารณาถึงปัจจัยต่อไปนี้

- การมีอาหารอุดมสมบูรณ์ในท้องถิ่นหรือไม่
- สามารถจัดหามารับประทานได้ไม่ลำบาก
- วิธีการเตรียมอาหารปรุง อาหารก่อนบริโภค มีการรับประทานดิบๆ หรือทำให้สุก

- รูปแบบของการบริโภค สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับส่วนแบ่งเหมือนกันหรือไม่
- ความพอเพียงของอาหารที่รับประทานในครอบครัว
- การใช้ประโยชน์ของอาหารที่มีว่าถูกต้องสมควรหรือไม่ ส่วนที่มีประโยชน์หรือมีคุณค่าทางอาหารสูง เก็บไว้รับประทานเอง ทิ้งไป หรือเก็บเอาไว้เลี้ยงสัตว์

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพ ควรจะพิจารณาถึง

- ภาวะการคิดเชื่ออาจเกิดขึ้นเป็นปัจจัยร่วม
- สภาพการสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อมในบริเวณที่ทำการสำรวจ
- การให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่

3. วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการหรือการสำรวจปัญหาโภชนาการทำได้ในหลาย ๆ ระดับ เช่น ระดับโครงการ ระดับหมู่บ้าน ระดับอำเภอ ระดับภูมิภาค จนถึงระดับชาติ (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539) ซึ่งวิธีการประเมินภาวะโภชนาการส่วนมากทำได้หลายวิธี โดยอาจแบ่งโดยอาศัยลักษณะการรับประทานอาหารและผลจากการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคลได้เป็น 4 วิธี คือ

3.1 การตรวจอาการทางคลินิก (clinical assessment) การตรวจทางการแพทย์หรือการตรวจร่างกาย เป็นวิธีการที่ใช้ประเมินสภาวะโภชนาการของบุคคลและชุมชนที่สำคัญอย่างหนึ่ง โดยการตรวจร่างกายเพื่อดูความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น ผิวหนัง เนื้อเยื่อ ผม ตา ริมฝีปาก เหงือก ฟัน เล็บ ค่อม ไทรอยด์ เป็นต้น แต่วิธีการนี้มีข้อเสียคือนอกจากจะต้องอาศัยผู้ตรวจที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคแล้ว การตรวจด้วยวิธีนี้ยังไม่มีควมไวในการบ่งชี้ปัญหาโภชนาการ เนื่องจากลักษณะอาการที่แสดงอาจไม่เด่นชัดว่าเป็นการขาดสารอาหารชนิดใด

3.2 การตรวจสอบสารทางชีวเคมีในร่างกาย (biochemical assessment) เป็นวิธีการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการตรวจวิเคราะห์ปริมาณหรือทดสอบหน้าที่ทางชีวภาพของสารอาหารในเลือด ปัสสาวะ หรืออุจจาระ แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่าปกติ ค่าระดับสารอาหารที่ต่ำหรือสูงกว่าค่าปกติ ถือว่ามีภาวะโภชนาการไม่ดี การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยบอกให้รู้ว่าการร่างกายเริ่มมีการขาดสารอาหารแล้วหรือยัง ก่อนที่อาการรุนแรงจะปรากฏให้เห็น แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือ ต้องระมัดระวังในการแปลผลอย่างรอบคอบจึงจะแปลผลได้อย่างถูกต้อง และค่าใช้จ่ายสูง

3.3 การสำรวจอาหารที่รับประทาน (dietary assessment) เป็นการศึกษาถึงปริมาณของอาหารชนิดต่างๆ ที่ร่างกายบริโภค และปริมาณดังกล่าวเมื่อนำมาเทียบกับค่ามาตรฐานจะบ่ง

บอกได้ว่าร่างกายได้รับสารอาหารทั้งปริมาณและคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ แบ่งออกได้เป็น 5 วิธี คือ

1) การซักถามเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมง (24 hour dietary recall) เป็นการซักถามเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของอาหาร น้ำ เครื่องดื่มทุกชนิดที่รับประทานในวันที่ผ่านมา (24 ชั่วโมง) วิธีการนี้เป็นวิธีการที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากข้อมูลต่างๆ ที่ต้องการได้รับมาอย่างรวดเร็ว ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย สามารถทราบถึงพฤติกรรมการกิน และความชอบอาหารเป็นพิเศษของผู้บริโภค

2) การบันทึกรายการอาหารที่กินในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง (24 hour dietary record) เป็นวิธีการที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุดถ้าทำได้อย่างถูกต้อง วิธีการนี้จะให้ผู้ช่วยบันทึกรายการอาหาร น้ำ และเครื่องดื่มทุกชนิดที่กินในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง หรือ 1 วัน ส่วนใหญ่นิยมให้บันทึกเป็นระยะเวลา 3-7 วัน โดยทั่วไประยะเวลา 3 วันก็เพียงพอ (วันปกติ 2 วันและวันสุดสัปดาห์ 1 วัน) ข้อมูลที่ได้จะบอกถึงชนิดของอาหารที่ได้รับในช่วงเวลานั้น มีปริมาณและคุณภาพดีเพียงใด เป็นวิธีการบอกรายละเอียดโภชนาการของบุคคลได้ถูกต้องมากกว่าวิธีการซักถามเกี่ยวกับอาหารที่กินในรอบ 24 ชั่วโมง เพราะไม่ต้องอาศัยความจำ และการสำรวจก็ครอบคลุมระยะเวลาที่นานกว่า เพื่อให้ข้อมูลที่ได้ถูกต้องและสมบูรณ์ที่สุด

3) การซักประวัติอาหาร (diet history) เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับความบ่อยของการได้รับอาหารชนิดนั้นๆ ที่คิดว่าเป็นสาเหตุให้เกิดการขาดหรือการกินได้ หรือเป็นการศึกษาอาหารที่บุคคลนั้นรับประทานเป็นประจำเป็นอย่างไร มีคุณค่าทางโภชนาการดีหรือไม่ดี วิธีการนี้มักจะใช้กันในคลินิกแพทย์หรือโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริโภคนิสัยในอดีต ความชอบเกี่ยวกับอาหารชนิดต่างๆ และอาการแพ้ที่เกิดจากอาหารบางชนิด ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของอาหารเป็นไปตามฤดูกาล ข้อมูลที่ได้จากวิธีการนี้สามารถตรวจเช็คชนิดของอาหารที่กินในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาได้ ฉะนั้นจึงสามารถใช้ร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการได้รับอาหารของผู้บริโภคมากยิ่งขึ้น แต่วิธีการนี้ขึ้นอยู่กับความจำของผู้บริโภค นอกจากนี้ผู้สัมภาษณ์ก็ต้องได้รับการฝึกอบรมมาอย่างดีอีกด้วย

4) การชั่งน้ำหนักของอาหารที่รับประทาน (weighed intake) เป็นวิธีการศึกษาที่มีการชั่งปริมาณอาหารที่บุคคลรับประทานทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด ต้องมีการชั่งอาหารทั้งที่บ้านและนอกบ้าน ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ทำงานหรือที่โรงเรียน และชั่งโดยบุคคลที่ได้รับการฝึกหรือผู้วิจัยปริมาณอาหารที่ได้รับจะขึ้นกับการชั่งน้ำหนัก เป็นวิธีการที่มีความเชื่อถือมากที่สุด แต่ค่าใช้จ่ายสูงที่สุด

5) ความถี่ของการรับประทานอาหาร (food frequency) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ซักถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่รับประทานอาหารเช้ากลางวัน หรือช่วงเวลาที่กำหนด แบบสอบถามเป็นวิธีการที่ใช้ในการประเมินอาหารเฉพาะที่ต้องการก็ได้ จะไม่ใช้ในกรณีที่ต้องการรายละเอียดของการรับประทานอาหาร

3.4 การวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (anthropometric assessment) การวัดสัดส่วนของร่างกายที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการตามปกติต่างๆ ไปจะประกอบด้วยไปด้วย การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก การวัดเส้นรอบวงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (body circumferences) เช่น เส้นรอบศีรษะ เส้นรอบแขน เส้นรอบขา เส้นรอบสะโพก และรอบเอว การวัดความหนาของไขมันใต้ผิว (skinfold thickness) บริเวณกล้ามเนื้อ Biceps Triceps Subscapular และ Supra-iliac เป็นต้น (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

1) การวัดส่วนสูง (height) ส่วนสูงเป็นเครื่องชี้วัดการเจริญเติบโตของร่างกายในหน่วยของความยาว จึงสามารถนำมาใช้ประเมินภาวะโภชนาการวัยเด็กได้ แต่การบ่งชี้ภาวะโภชนาการนั้น ส่วนสูงจะไม่ไวเท่ากับน้ำหนักเนื่องจากส่วนสูงมีการเปลี่ยนแปลงช้า ส่วนสูงของร่างกายประกอบด้วย ความยาวขา กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง และกระดูกสันหลังรวมกัน การวัดส่วนสูงจะเป็นตัวบ่งชี้การเจริญเติบโตของโครงกระดูกของร่างกาย อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดส่วนสูง คือแท่งเหล็กสำหรับวัดส่วนสูงติดกับเครื่องชั่งแบบสปริงชนิดยื่นเลื่อนขึ้นลงได้ (Detecto scale) ซึ่งคนที่วัดส่วนสูงจะต้องถอดรองเท้า และควรจะยืนบนพื้นราบ สันเท้าชิดกัน ยึดตัวขึ้นไปข้างบนให้เต็มที่ หายใจลึก ๆ หลังควรจะตรงและไม่เกร็งอยู่ในท่าที่สบายไหล่ไม่ห่อแขนเหยียดตรงข้างตัว ศีรษะ หลัง ก้น และสันเท้า ควรจะสัมผัสกับไม้วัด ตามองตรงไปข้างหน้า อยู่ในระดับ frandfort plane ซึ่งเป็นระดับเส้นตรงจากรูหูส่วนบน เลื่อนไม้ที่ใช้ในการวัดส่วนสูงให้กดลงบนยอดศีรษะพอดี

2) การชั่งน้ำหนัก (weight) การชั่งน้ำหนักเป็นวิธีการที่นิยมใช้กันมากที่สุดในการประเมินภาวะโภชนาการ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ง่ายในการวัดและประเมินผล ไม่ว่าผู้ชั่งจะเป็นบุคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขก็ตาม ก็สามารถใช้วิธีการชั่งน้ำหนักในการประเมินภาวะโภชนาการได้ อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดน้ำหนัก คือ เครื่องชั่งแบบสปริงชนิดละเอียด (detecto scale) ซึ่งวิธีที่ดีที่สุดในการชั่งน้ำหนักตัว คือควรชั่งในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้า และควรจะได้มีการตรวจสอบเครื่องชั่งและวิธีการวัดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อที่จะลดค่าความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นให้น้อยที่สุด

3) การวัดความยาวรอบแขน การวัดความยาวรอบแขนจะบอกถึงปริมาณของกล้ามเนื้อ (muscle mass) ที่ทำได้สะดวกและรวดเร็ว คนที่มีกล้ามเนื้อน้อยจะมีรอบแขนเล็ก เช่น

คนที่เกิดภาวะโปรตีนจะมีการพัฒนาของกล้ามเนื้อน้อยกว่าปกติ การวัดความยาวรอบแขนจึงใช้เป็นตัวบ่งชี้ภาวะทุพโภชนาการได้อีกวิธีหนึ่ง ตำแหน่งของแขนที่วัดอยู่ที่จุดกึ่งกลางของแขนท่อนบน (mid-upper arm)

4) การวัดความหนาของผิวหนัง (triceps skin-fold) ด้านหลังของแขนท่อนบน มีกล้ามเนื้อชื่อ Triceps การวัดความหนาของผิวหนังที่ด้านหลังแขน จะวัดที่ตำแหน่งกึ่งกลางของลำแขนจากช่วงไหล่ถึงข้อศอก ค่าที่วัดได้จะนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน ซึ่งควรใช้ค่ามาตรฐานของกลุ่มบุคคลที่มีเชื้อชาติและอยู่ในท้องถิ่นเดียวกัน

4. ดัชนีในการประเมินภาวะโภชนาการ (indicators for nutritional evaluation)

ดัชนีที่บ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการทั้งปัจจุบันและอดีตที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนักต่ออายุ ส่วนสูงต่ออายุ น้ำหนักต่อส่วนสูง ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการที่ได้มาจากการวัดน้ำหนักและส่วนสูงในเด็ก และดัชนีความหนาของร่างกาย ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการที่ได้มาจากการวัดสัดส่วนของร่างกายในผู้ใหญ่ (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

4.1 น้ำหนักต่ออายุ (weight for age) เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตามอายุ ซึ่งจะมีอิทธิพลจากทั้งส่วนสูงและน้ำหนักของเด็ก เนื่องจากผลของปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแปลผลข้อมูลน้ำหนักตัวตามอายุมีความยุ่งยาก ซับซ้อน

4.2 ส่วนสูงต่ออายุ (height for age) เป็นดัชนีที่สะท้อนให้เห็นถึงการเจริญเติบโตในแนวตรง จะบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการ และผลของสุขภาพที่เกิดจากความไม่เพียงพอของอาหารที่สะสมกันมาในระยะยาว จะทำให้เกิดภาวะเตี้ย (shortness และ stunting) stunting ใช้ในกรณีที่มีภาวะเตี้ยที่มีปัจจัยมาจากพยาธิสภาพสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวที่จะทำให้ความสูงมีศักยภาพถึงเกณฑ์ที่ควรจะเป็น เนื่องมาจากการมีสุขภาพ และภาวะโภชนาการไม่ดี

4.3 น้ำหนักต่อส่วนสูง (weight for height) จะบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ของน้ำหนักตัวตามส่วนสูง ข้อดีของดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการชนิดนี้คือ ไม่ขึ้นอยู่อายุ ซึ่งในบางครั้งอาจจะเป็นปัญหาในบางพื้นที่ที่ยังไม่มีการบันทึกวัดเกิดของเด็ก แต่ดัชนี W/H ก็ไม่ได้เป็นตัวแทนของดัชนี H/A หรือ W/A เพราะดัชนีแต่ละชนิดมีคุณสมบัติเฉพาะตัว และสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของขบวนการทางชีววิทยาที่ต่างกัน เมื่อดัชนี W/H มีค่าต่ำจะบอกได้ว่าเด็กคนนั้นผอม (thinness and wasting)

4.4 ดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index) เป็นดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการที่ใช้ประโยชน์ในการประเมินภาวะขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกินในผู้ใหญ่ ค่าดัชนีความหนาของร่างกายคำนวณได้จาก

$$\text{Body Mass Index} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

เทียบกับเกณฑ์ตัดสินของค่า BMI ซึ่งกำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (expert committee) โดยแบ่งภาวะโภชนาการออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

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

ตาราง 2 คัดชี้ความหนาของร่างกาย (Body Mass Index) และเกณฑ์การตัดสินในการประเมินภาวะทุพโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	คัดชี้ความหนาของร่างกาย
ผอม ระดับ 3	น้อยกว่า 16.0
ผอม ระดับ 2	16.0 - 16.99
ผอม ระดับ 1	17.0 - 18.49
ปกติ (normal)	18.5 - 24.99
น้ำหนักเกิน ระดับ 1	25.0 - 29.99
น้ำหนักเกิน ระดับ 2	30.0 - 39.99
น้ำหนักเกิน ระดับ 3	มากกว่า 40

Refereneec : Report of a WHO Expert Committee. Physical status : The use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization 1995. (WHO Tech Rep Ser No.854, p.452)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

1. ความหมายของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

แซนเจอร์ (Sanjur อ้างใน สุเนตรา นิมานันท์, 2537) ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคหรือบริโภคนิสัยว่า หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ซึ่งประกอบด้วยกรรมการบริโภคอาหาร ความชอบในการรับประทานอาหาร และความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร

มาลิน ทรัพย์เจริญ (2538) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคลทั้งคำพูด กิริยาท่าทาง และการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ในการเลือกเก็บ การปรุง และการรับประทานอาหาร พฤติกรรมทุกชนิดมีความมุ่งหมายและความต้องการเสมอ พฤติกรรมทางการบริโภคที่ปฏิบัติเสมอๆ จนเคยชิน เรียกว่านิสัยการบริโภค หรือบริโภคนิสัย

พันธุ์ทิพย์ รามสูตร (อ้างในสาธิตี ลีลสัตยกุล, 2540) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติต่างๆ ที่บุคคลนั้นแสดงออก ซึ่งมีทั้งพฤติกรรมภายใน (covert behaviors) ได้แก่ กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล มีทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ เป็นต้น และพฤติกรรมภายนอก (overt behaviors) เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ตลอดเวลา อาจเป็นการแสดงออกขณะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ได้ เช่น ความสุภาพ ความคล่องแคล่วว่องไว เป็นต้น

จากที่กล่าวมาแล้วพอจะสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกให้เห็น เช่น การเลือกบริโภคอาหาร การปรุงหรือการประกอบอาหาร ความชอบ ความถ้อยชอบในการบริโภคอาหาร ชนิดต่างๆ เป็นต้น หรือพฤติกรรมภายใน เช่น ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติที่มีต่ออาหารชนิดต่างๆ เป็นต้น

ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคของแต่ละบุคคล จะมีส่วนผลักดันให้บุคคลมีสุขภาพแตกต่างกัน พฤติกรรมการบริโภคที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี ซึ่งการมีสุขภาพดีจะสามารถลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคต่างๆ และทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น ลดการใช้บริการทางการแพทย์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่จะมีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2. ชนิดของพฤติกรรมการบริโภค

ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ (อ้างใน สิริวัฒน์ อายุวัฒน์, 2539) ได้จำแนกพฤติกรรมการบริโภค เป็น 4 ชนิด คือ

2.1 อาหารต้องห้าม (food taboo) เป็นกฎเกณฑ์ของสังคมที่ถือปฏิบัติสืบทอดกัน มาในสภาวะหรือสถานการณ์บางอย่าง หรือการปฏิบัติตามข้อห้ามของศาสนา เช่น ศาสนาอิสลาม ห้ามบริโภคเนื้อหมู ศาสนาฮินดูห้ามบริโภคเนื้อวัว เป็นต้น นอกจากนี้ในกลุ่มประเทศเอเชีย มักจะมีอาหารต้องห้ามในกลุ่มเด็กและสตรี เช่น ในประเทศจีนมีข้อห้ามเกี่ยวกับอาหาร “เย็น” ในหญิงหลังคลอด ได้แก่ ห้ามบริโภคผลไม้และผักใบเขียว ปลาและเนื้อต่าง ๆ ยกเว้นไก่และหมู แต่จะบริโภคอาหาร “ร้อน” แทน ได้แก่ เนื้อหมูที่ปรุงด้วยซอสเปรี้ยว จิง หรือเหล้าขาว (Dhanamitta et al., อ้างใน สิริวัฒน์ อายุวัฒน์, 2539)

2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร (food believe) ความเชื่อคือความนึกคิด ความเข้าใจ ของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่อาจมีหรือไม่มีเหตุผล ซึ่งชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิด หรือความเข้าใจนั้นๆ และในการปฏิบัติสิ่งใดๆ ก็ตามบ่อยครั้งที่พบว่าจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความเชื่อจึงเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล (สุมาลี คุณแสง, 2537)

ความเชื่อเป็นความเข้าใจและประสบการณ์ที่ได้ถ่ายทอดและสะสมกันมา โดยมีเหตุผล หรือข้ออ้างอิงเป็นคำอธิบายถึงผลของความเชื่อนั้น ๆ ซึ่งอาจจะจริงหรือไม่จริงก็ได้ ซึ่งโบเกอร์ต และคณะ (Bogert et al., อ้างใน สิริวัฒน์ อายุวัฒน์, 2539) ได้ให้ความหมายของความเชื่อเกี่ยวกับ อาหารไว้ว่า หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับคุณลักษณะและคุณภาพของอาหารซึ่งมีอิทธิพลอย่างมาก ต่อสุขภาพ และมีผลต่อการเลือกชนิดของอาหารของบุคคลนั้นๆ เช่น คนที่อาศัยอยู่ในเขตลุ่มแม่น้ำ แมกกลองมีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลงสำหรับผู้ป่วย เช่น ไม่รับประทานหน่อไม้ดอง ข้าวเหนียว เนื้อ ผลไม้ ของดอง อาหารทะเลต่างๆ เวลาเจ็บป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ยังมีสาเหตุมาจากการรักษาของแพทย์พื้นบ้าน และมีการถ่ายทอดสู่สังคม ผสมผสานเข้าเป็นส่วน หนึ่งของวัฒนธรรม

ความเชื่อที่เกี่ยวกับการบริโภคหรือการกินนั้น นอกจากเป็นตัวกำหนดทางด้านชีววิทยา หรือความต้องการของร่างกาย และสภาพสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์จะสามารถแสวงหาได้มาซึ่งอาหาร เพื่อการยังชีพแล้ว ยังขึ้นอยู่กับชนิดของอาหาร ลักษณะรูปร่าง รส กลิ่น สี ความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนนิสัยที่ได้รับถ่ายทอดมาจากสังคม เพราะฉะนั้นการบริโภคนิสัยจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยทาง วัฒนธรรมหรือความเชื่อของสังคมนั้นร่วมอยู่ด้วย (เทพินทร์ คุณโลก, 2539)

2.3 ความนิยมในการบริโภค (food fad) เป็นการกระทำที่ทำตามอย่างกันเพื่อแสดง ความมีส่วนร่วมเพื่อรักษาสถานภาพในสังคมของตนเอง หรือเพื่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจและ

สภาพแวดล้อม โดยไม่จำเป็นต้องถูกต้องและไม่จำเป็นต้องมีเหตุผล หรืออาหารนั้นเป็นที่นิยมของ คนฐานะดีเมื่อบริโภคแล้วรู้สึกมั่นใจในสถานะสังคมของตน วนิกา สิทธิธรรณฤทธิ์ (2523) ได้ระบุ แบบแผนของพฤติกรรมการบริโภคไว้ 2 อย่าง คือ การชอบอาหารบางอย่างเป็นพิเศษและการไม่ ชอบอาหารบางอย่าง เหตุที่ชอบเพราะรสอาหารนั้นเป็นที่ถูกใจ ประสบการณ์ที่น่าพึงใจเกิดขึ้น ระหว่างรับประทานอาหารนั้น หรือในอดีตเคยต้องการบริโภคชนิดนั้นแต่ไม่ได้บริโภค และเหตุที่ไม่ชอบอาหารเพราะรสชาติของอาหาร เช่น มีรสขม มีกลิ่นเหม็น หรืออาจมีประสบการณ์ไม่ดี เกี่ยวกับอาหาร บางครั้งความนิยมในการบริโภคอาจเกิดจากการเชื่อสื่อโฆษณาที่เกินจริงเกี่ยวกับ อาหาร ความนิยมเกี่ยวกับอาหารมักจะมี ความแตกต่างกันตามวัย เช่น ผู้ใหญ่เลือกอาหารที่คำนึง ถึงประโยชน์มากกว่าเด็กหรืออาหารประเภทแฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า และไอศกรีม มักได้รับความ นิยมในกลุ่มวัยรุ่น หรือความแตกต่างตามเพศ เช่น ผู้หญิงนิยมบริโภคผัก ผลไม้ และสลัดมากกว่า ผู้ชาย ในขณะที่ผู้ชายนิยมอาหารประเภทเนื้อมากกว่าผู้หญิง

2.4 บริโภคนิสัย (food habits) หมายถึง วิธีทางการบริโภคและพฤติกรรมการ บริโภคที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ โดยได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม สภาพ ร่างกาย และจิตใจ หรืออาจหมายถึง ความประพฤตินี้เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ การ เลือกบริโภคชนิดอาหาร จำนวนมือ การใช้อุปกรณ์ และสุขนิสัยก่อนการบริโภคและขณะบริโภค (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2534)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภค (วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์, 2541)

พฤติกรรมการกินเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่จะมีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินนั้นมีอยู่หลายด้านซึ่งล้วนแล้วแต่มีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ได้แก่

3.1 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากต่อการบริโภคอาหารผู้ที่มีฐานะ ทางการเงินดีย่อมสามารถซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน อย่างไรก็ตามถึงแม้ จะมีเงินหรือรายได้มาก แต่ถ้าไม่รู้จักรักเลือกซื้ออาหารรับประทานก็อาจจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ได้

3.2 ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี

ด้านสังคม การอบรมขัดเกลาทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอบรมในเรื่องการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาคิดจะมีความรู้ในเรื่องอาหาร โดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ หรือถ้า เป็นผู้มีการศึกษาดี แต่ขาดความรู้ด้านโภชนาการก็สามารถหาเอกสารเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว ความ

รู้เกี่ยวกับคุณค่าอาหารอาจเป็นเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจเลือกซื้อ และอาจช่วยให้เปลี่ยนนิสัยในเรื่องอาหารบางประเภทได้ด้วย

วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้บริโภคได้รับการปลูกฝังเรื่องอาหารมาจากครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตลอดจนความจำต่ออาหารที่มีอยู่ จึงก่อให้เกิดการเรียนรู้ ความเชื่อ ทักษะ ความเคยชินต่ออาหารและกลายเป็นนิสัยไปในที่สุด เมื่อคนส่วนใหญ่ในท้องถิ่นมีนิสัยการกินไปในการทำงานเดียวกันจะก่อให้เกิดขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งเป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

3.3 ปัจจัยตัวบุคคล

- อายุ เพศ ศาสนา
- สุขภาพของร่างกาย ความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับโรค ขาดการประกอบกิจกรรม ความวุ่นวายที่ถูกทอดทิ้งให้รับประทานอาหารแต่เพียงลำพัง และทำให้ความอยากอาหารลดลง ตลอดจนทำให้บริโภคนิสัยเปลี่ยนแปลง
- ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารผิดไปจากปกติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เทพินทร์ คุณโลก (2539) ได้ศึกษาถึงบริโภคนิสัยกับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนบ้านแม่ขานหลังถ้ำ ตำบลสองแคว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับบริโภคนิสัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีบริโภคนิสัยดีกว่าเพศชาย และความเชื่อเรื่องอาหารมีความสัมพันธ์กับบริโภคนิสัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้มีความเชื่อเรื่องอาหารถูกต้องมีแนวโน้มที่จะมีบริโภคนิสัยที่ดี

ณัฐพร สุริยากานนท์ (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารมังสวิรัตของผู้บริโภคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าจุดประสงค์หลักในการรับประทานอาหารมังสวิรัตคือเพื่อสุขภาพที่ดี รองลงมาไม่เป็นการเบียดเบียนสัตว์ ความถี่ในการรับประทานมากกว่า 10 ครั้งต่อเดือน รองลงมาไม่แน่นอน โอกาสในการรับประทานมังสวิรัตไม่แน่นอน รองลงมาทานทุกวัน ระยะเวลาในการรับประทาน 1-5 ปี รองลงมาน้อยกว่า 1 ปี จำนวนเงินที่จ่ายค่าอาหารมังสวิรัตโดยเฉลี่ยต่อครั้ง 21-50 บาท รองลงมาไม่เกิน 20 บาท สถานที่ในการรับประทานอาหารจะรับประทานอาหารที่ร้านขายอาหารมังสวิรัต รองลงมาทำทานเองที่บ้าน

Dwyer et al. (1983) ได้ศึกษา dietary intake และ anthropometry ในเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นมังสวิรัติ พบว่าได้รับพลังงาน แคลเซียม ฟอสฟอรัส และเหล็ก น้อยกว่า RDA และน้ำหนักส่วนสูงต่ำกว่าเด็กทั่วไป นอกจากนี้ปริมาณกล้ามเนื้อและไขมันใต้ผิวหนังก็น้อยกว่าปกติ จากการศึกษาของ Purves (1981) พบว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่เป็นมังสวิรัติเคร่งครัด มีสุขภาพสมบูรณ์ แต่เป็นเด็กตัวเล็กและน้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับมาตรฐาน

Gary & W Lawrence (1999) ได้ศึกษาบริโภคนิสัยของผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัติเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับประทานอาหารมังสวิรัติ ในกลุ่ม California Adventists จำนวน 34,198 คน ในปี ค.ศ.1976 โดยใช้แบบสอบถามความบ่อยของการรับประทานอาหาร (food frequency questionnaires) ซึ่งจากการศึกษาได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่รับประทานอาหารมังสวิรัติแบบเคร่งครัด (ไม่รับประทานเนื้อสัตว์) (vegetarian) กลุ่มที่รับประทานอาหารมังสวิรัติแบบไม่เคร่งครัด (รับประทานเนื้อสัตว์น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์) (partial vegetarian) และกลุ่มที่รับประทานเนื้อสัตว์ (non-vegetarian) พบว่าในกลุ่มที่รับประทานมังสวิรัติแบบไม่เคร่งครัดและกลุ่มที่รับประทานเนื้อสัตว์บริโภคผลไม้ มะเขือเทศ และผักน้อยกว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารมังสวิรัติแบบเคร่งครัด แต่มีการรับประทานไข่ โคนัท มากกว่ากลุ่มผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัติแบบเคร่งครัด และในกลุ่มที่รับประทานอาหารมังสวิรัติแบบเคร่งครัดมีการดื่มกาแฟ รวมถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มที่รับประทานเนื้อสัตว์ 17 และ 22 เท่าตามลำดับ

Peter et al. (1999) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัติเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับประทานอาหารมังสวิรัติใน California Seventh-day Adventists ในช่วงปี ค.ศ.1994 - 1996 พบว่ามีการกระจายของอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และมีค่า BMI ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันเล็กน้อย และในกลุ่มที่รับประทานอาหารมังสวิรัติมีการบริโภคอาหารประเภทผลไม้สด ผลไม้แห้ง ผลไม้กระป๋อง น้ำผลไม้ พืชผัก ถั่ว มากกว่ากลุ่มที่ไม่รับประทานอาหารมังสวิรัติ แต่มีการบริโภคไข่ น้ำมัน มากรีน ปลา และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์น้อยกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่รับประทานอาหารมังสวิรัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ