

ความรู้ด้านโภชนาการและการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น ด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 Self ตามหลัก PROMISE Model

นันทภัทร์ เฉลียวศักดิ์¹
ศิวานันท์ ฐิติกุลพัฒน์วดี²

¹ ผู้นิพนธ์ประสานงาน โทรศัพท์ 08-1969-9634 อีเมล: nanthaphat@tsu.ac.th
รับเมื่อ 21 มิถุนายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 8 กันยายน 2565 ตอรับเมื่อ 12 กันยายน 2565

บทคัดย่อ

โรค NCDs” (Noncommunicable Diseases หรือโรคไม่ติดต่อ เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย หากย้อนไปดูรายงานการสำรวจสุขภาพจะพบว่าประชาชนไทยเริ่มมีปัญหสุขภาพตั้งแต่เป็นวัยรุ่น โดยพบว่าวัยรุ่นมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มเกิดโรคอ้วนลงพุง เพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง หากดูในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น เพศหญิงจะมีสัดส่วนการเพิ่มที่มากกว่าเพศชาย ทำให้เชื่อได้ว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นเพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรส่งเสริมและให้กำลังใจวัยรุ่นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้สุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ด้วยหลัก PROMISE Model จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าวัยรุ่นจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น 3 Self: PROMISE Model

¹ อาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยทักษิณ

² นักวิชาการอิสระ

Nutrition literacy and Health Promotion in Teenage via 3 Self: PROMISE Model

Nanthaphat Chaleawsak ¹

Sivanun Thitikunpatthanawadee ²

¹ Corresponding author, Tel. 08-1969-9634, E-mail: nanthaphat@tsu.ac.th

Received 21 June 2022; Revised 8 September 2022; Accepted 12 September 2022

Abstract

NCDs (Noncommunicable Diseases) represent the health problem for both the world and Thailand. Health survey reports show that Thai people start to have health problems when they are teenagers. It was found that adolescents' obesity has increased and there is a tendency to increase in both men and women. The increasing proportion of females is higher than males, indicating that adolescents have inappropriate health care behaviors. Therefore, to reduce the rate of morbidity from chronic non-communicable diseases, teenagers should be encouraged to change health behaviors and lifestyle health literacy, health beliefs the social cognitive theory, and the health behavior modification 3-Self with PROMISE model, are likely to help reduce risk behaviors and promote a healthy nutrition behavior in the future.

Keywords: Nutrition literacy, Health promotion in teenagers, 3 Self : PROMISE model

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University

² Independent Scholar

1. บทนำ

“อาโรครยา ปรมา ลาภา ความไม่เป็นโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” เชื่อว่าทุกคนต้องเคยได้ยินและเป็นสิ่งที่หลายคนหวังจะได้ลาภเช่นนี้ แล้วจะต้องทำอะไร ต้องลงทุนอย่างไร จึงจะได้ลาภเช่นนี้ “ความไม่เป็นโรค” เป็นส่วนหนึ่งของนิยาม “สุขภาพ” ที่องค์การอนามัยโลก ระบุไว้ในธรรมนูญ เมื่อ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2489 ณ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ให้นิยามอย่างเป็นทางการ ไว้ว่า สภาวะที่สมบูรณ์พร้อม ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม และมีใช้เพียงความปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น (Health is a state of complete physical mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) การมีสุขภาพดี (Healthy) จึงเป็นยอดปรารถนาของสิ่งมีชีวิตทั้งปวง จึงได้มีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพขึ้น เพื่อหวังให้ประชากรมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น จึงได้มีการส่งเสริมสุขภาพ โดยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้เกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กร ผ่านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีคือการมีสุขภาพที่ดีนั่นเอง

ด้วยสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขมีมาตั้งแต่เกิด สุขภาพเป็นเรื่องระดับบุคคล บุคคลจึงจำเป็นต้องประยุกต์การพึ่งพาตนเองทางสุขภาพและสาธารณสุข เพื่อให้บุคคลได้มีส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ช่วงวัยเด็กก็จะอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง แต่เมื่อก้าวผ่านวัยเด็ก เข้าสู่วัยรุ่น ต้องดูแลตนเอง และรับผิดชอบตัวเอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้นิยาม “วัยรุ่น” คือบุคคลที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี จัดเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาดโครงสร้างของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ช่วงนี้เป็นช่วงวัยที่เกิดการพัฒนาทางด้านต่าง ๆ (WHO, 1998) วัยนี้ต้องการความเป็นอิสระ ต้องการเรียนรู้โลกภายนอกบ้าน มีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จะอยู่ในช่วงที่ก้ำกึ่งระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ ต้องการค้นหาความต้องการของตนเอง สัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่เริ่มห่างเหินกันมากขึ้น ต้องการมีอิสระในการตัดสินใจ เรื่องของตนเอง ทำตัวให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนและบุคคลในสังคม (Santrock, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่นในไทย และต่างประเทศ จะพบว่ามีความสอดคล้องกันเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพคือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร และขาดการออกกำลังกาย (Thongsuk, S., et al, 2012; Noimontree, W. & Piphatvanitcha, N., 2015)

ปัจจุบันการบริโภคอาหารของวัยรุ่นและเยาวชนมีเทคโนโลยี และแอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารเข้ามามีบทบาทมากขึ้น แต่การเลือกส่วนใหญ่ยังขึ้นอยู่กับความชอบเป็นปัจจัยหลัก มากกว่าคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ ทำให้วัยรุ่นจำนวนมากยังคงเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ขณะที่การบริโภคผักและผลไม้ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหาร จึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ด้านโภชนาการ (Food/nutrition literacy) ซึ่งความรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ (2) ความสามารถด้านอาหาร ได้แก่ การเลือกอาหาร การวางแผนและการจัดการ การเตรียมอาหาร การบริโภคอาหาร และ (3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (เกศินี จงมนตรี, อนันต์ มาลารัตน์ และสิงหา จันทน์ขาว, 2563)

“You are what you eat” การกินเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารประชากร เมื่อ พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การเลือกซื้ออาหารของวัยรุ่นและเยาวชนไทยยังเป็นไปตามความชอบถึงร้อยละ 27.2 ตามความอยากรับประทานอาหาร ร้อยละ 18.8 เลือกรับประทานตามรสชาติ ร้อยละ 18.8 มีเพียงร้อยละ 8.1 ที่เลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคส่วนใหญ่ของวัยรุ่นที่เลือกรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดที่มีรสชาติถูกปาก แต่ให้พลังงานและไขมันในสัดส่วนที่สูง โดยพบว่ามีสัดส่วนถึงร้อยละ 47.8 ของวัยรุ่นทั่วประเทศ ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ ของวัยรุ่นกลุ่มเดียวกันนี้อยู่ในระดับต่ำ (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

วัยรุ่นและเยาวชนไทย ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อต่อวัน มีเพียงบางส่วนที่รับประทานไม่ครบ โดยพบว่าผู้ชาย 3 ใน 4 ที่งดมื้ออาหาร ทั้งนี้เพราะไม่มีเวลา ในขณะที่ผู้หญิงกว่าร้อยละ 50 งดมื้ออาหารด้วยความเข้าใจผิดเรื่องต้องการลดน้ำหนัก หรือคิดว่าการรับประทานอาหารเช้าจะทำให้อ้วน และหันมาดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม เพื่อความสดชื่นและรับประทานอาหารจานด่วน หรืออาหารสำเร็จรูป รวมถึงการรับประทานอาหารโดยติดตามผู้มีชื่อเสียงต่างๆ หรือตามสื่อโฆษณา

ทำให้แนวโน้มสุขภาพของวัยรุ่นกลายเป็นปัญหา ส่งผลกระทบต่อการศึกษาเติบโต และเป็นสาเหตุของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในอนาคต

2. หลักการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (Health-consciousness food consumption principle)

ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ให้ความหมายว่า อาหาร (Food) คือ ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ทั้งนี้ไม่รวม ยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาเสพติดให้โทษ เมื่อรับเข้าสู่ร่างกาย (ไม่ว่าจะเป็นการดื่ม การกิน หรือการฉีด ฯลฯ) แล้วเกิด ประโยชน์แก่ร่างกาย โดยให้สารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ใช้บำบัดความหิว เสริมสร้างให้ร่างกายเติบโตแข็งแรง ทำให้เกิดพลังงานแก่ร่างกายในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อวัยต่าง ๆ สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ และมีสมรรถภาพสูง (นันทภักดิ์ เฉลียวศักดิ์, 2564)

อาหารสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่เรารับประทานเข้าไปแล้วก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย นอกเหนือจากสารอาหารหลัก ที่จำเป็นต่อร่างกาย และยังมีส่วนช่วยลดอัตราเสี่ยงจากการเป็นโรคร้ายไข้เจ็บอีกด้วย

พฤติกรรมทางโภชนาการ (Nutrition behavior) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีทั้งรูปแบบ ชนิด ปริมาณ การกินอาหาร รวมถึงพฤติกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องกับการนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี ได้แก่ พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่มี คุณค่าทางโภชนาการมาบริโภค พฤติกรรมการเก็บ การเตรียม ปู และประกอบอาหาร พฤติกรรมการประเมินภาวะโภชนาการ ของตัวเอง ตลอดจนพฤติกรรมการแสวงหาความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ (นันทภักดิ์ เฉลียวศักดิ์, 2564)

การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ คือการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการบริโภคอาหารเพื่อให้ได้ปริมาณและ คุณค่าอาหารอย่างเพียงพอ สารอาหารต่าง ๆ และพลังงานที่ได้รับควรจะสมดุลกันไม่มากหรือน้อยจนเกินไป เพื่อให้ร่างกาย ได้รับสารอาหารครบถ้วน และมีภาวะโภชนาการที่ดี (สิริพันธุ์ จุลรังคะ, 2553)

ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วย กล้ามเนื้อ กระดูก ไขมันและน้ำ และยังมีสารอาหารต่าง ๆ หลายชนิดเป็นส่วนประกอบ ซึ่งทำให้ร่างกายต้องการอาหารและสารอาหารในปริมาณที่ไม่เท่ากัน จึงได้มีการกำหนดสารอาหารออกไปตามความต้องการ ของร่างกาย คือ กลุ่มที่ให้สารอาหารหลักที่ร่างกายต้องการในปริมาณมาก เรียกว่า Macronutrient ซึ่งก็หมายถึงสารอาหาร ประเภท คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ส่วนกลุ่มที่ให้สารอาหารที่ร่างกายต้องการในปริมาณน้อย เรียกว่า Micronutrient อันได้แก่ แร่ธาตุ วิตามินและน้ำ หากมีการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้องก็จะเป็นเหตุให้เกิดความไม่สมดุลของสารอาหาร ที่ได้รับในแต่ละวัน อันจะนำมาซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นสาเหตุการตายลำดับต้น ๆ ของประชาชนคนไทย มาตลอด สำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดค่าประมาณการของความต้องการสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันเรียกว่า Estimate Average Requirement : EAR) จัดว่าเป็นค่าปริมาณสารอาหารระดับต่ำสุดที่ควรได้รับต่อเนื่อง เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ พอเหมาะ และดีต่อสุขภาพ (สุปราณี แจ่มบำรุง, 2563).

ข้อปฏิบัติในการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (สิริพันธุ์ จุลรังคะ, 2553; อัญชลี ศรีเจริญ, 2553)

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว โดยบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ ให้ได้วันละ 15-25 ชนิด และให้มีการหมุนเวียนกันในแต่ละวัน ไม่กินซ้ำ เพียงอาหารไม่กี่ชนิด เพื่อให้ได้สารอาหารทั้ง Macronutrients and Micronutrients ครบถ้วน แต่สิ่งที่ควรระวังคือ อาหารประเภทไขมัน ที่มีกรดไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ และโคเลสเตอรอล น้ำตาล และแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกันก็ควรระวังอาหารที่รับประทานเข้าไป สำหรับการเลือกซื้ออาหารก็ควรเลือกซื้อที่ ปนเปื้อนน้อยที่สุด ถ้าเป็นไปได้ เลือกที่มาของอาหารแต่ละชนิด ระวังไขมันและเลือกให้มีความหลากหลาย ขณะเดียวกันให้ ควรตรวจสอบความครบถ้วนของวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ

2. กินข้าวเป็นหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้ง เป็นมือ ๆ โดยข้าวและแป้งที่รับประทานเข้าไปจะได้สารอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรต ซึ่งนอกจากจะให้พลังงานแล้ว ยังมีส่วนช่วยควบคุมการเผาผลาญโปรตีนและไขมันและยังมีความสำคัญต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและหัวใจ อีกด้วย โดยคาร์โบไฮเดรตได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้ (นพวรรณ เป็ยชื่อ, 2561)

2.1 คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (Simple carbohydrate) เป็นคาร์โบไฮเดรตที่ ย่อย ดูดซึมและเปลี่ยนเป็นน้ำตาลได้ ง่ายและเร็ว เช่น ข้าวขัดขาว ขนมปังขาว น้ำตาล นอกจากจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงแล้วหากรับประทานในปริมาณที่ มากเกินไปจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในร่างกาย ทำให้อ้วนได้ง่าย

2.2 คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) จัดเป็นคาร์โบไฮเดรตที่มีคุณภาพดี มีดัชนีน้ำตาล (Glycemic index) ต่ำ ดูดซึม และเปลี่ยนเป็นน้ำตาลอย่างช้า ๆ ได้แก่ ข้าวกล้อง ข้าวสังข์หยด ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ข้าวพันธ์ กข-43 ธัญพืช โดยคาร์โบไฮเดรตกลุ่มนี้มีประโยชน์ ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ ได้รับพลังงานต่อเนื่อง ไม่หิวง่าย และมีกากใยช่วยให้ระบบย่อย และขับถ่ายทำงานได้ดี และที่สำคัญการดูดซึมน้ำตาลและคอเลสเตอรอลเข้าสู่ร่างกายลดลง อาหารที่จัดเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ผือก มัน พักทอง แครอท ข้าวกล้อง ถั่ว เป็นต้น

3. กินผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ควรกินหลาย ๆ ชนิด หลากหลายสี และควรบริโภคตามฤดูกาล เพราะนอกจากร่างกายจะได้รับวิตามินและแร่ธาตุแล้ว ยังได้รับใยอาหาร (Dietary fiber) ซึ่งสามารถจับสารต่าง ๆ ได้ เช่น น้ำดี คอเลสเตอรอล และสามารถดึงน้ำไว้ในลำไส้เป็นจำนวนมาก เป็นการเพิ่มปริมาณอุจจาระในลำไส้ และเกิดการกระตุ้นให้มีการขับถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอเป็นการลดโอกาสที่สารพิษต่าง ๆ จะสัมผัสกับผนังของลำไส้

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ อาหารกลุ่มนี้จะให้โปรตีน โดยเฉพาะ ปลา เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย และมีไขมันต่ำ ในเนื้อปลามีฟอสฟอรัสสูง และถ้ากินปลาเล็กปลาน้อย รวมทั้งปลากระป๋องจะได้แคลเซียม ซึ่งจะทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง ส่วนปลาทะเลทุกชนิด มีสารไอโอดีน ป้องกันการขาดไอโอดีน และ ไข่ เป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูง ย่อยง่าย ในเด็กควรกินไข่วันละ 1 ฟอง ในผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการปกติ ควรกินไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง อาหารประเภทถั่ว เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ มีราคาไม่แพง แต่มีโปรตีนสูง ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก และใยอาหารสูง คือ ประมาณ 19-28 กรัม ต่อ 100 กรัม

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่ มีแร่ธาตุที่สำคัญคือ แคลเซียมและฟอสฟอรัส ช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง และยังมีโปรตีน น้ำตาลแลคโตส วิตามินต่าง ๆ โดยเฉพาะวิตามินบีสอง หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว ควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย ช่วยให้กระดูกแข็งแรง ชะลอการเสื่อมสลายของกระดูก

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร แม้ไขมันจะเป็นสารอาหารหลักเป็นส่วนประกอบสำคัญของเนื้อเยื่อหุ้มเซลล์ และฮอร์โมนบางชนิด ช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน (Fat-soluble vitamin) เข้าสู่ร่างกาย ควบคุมอุณหภูมิ ป้องกันการสูญเสียน้ำและช่วยให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น อาหารไขมันมีส่วนประกอบของ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ฟอสโฟลิปิด (Phospholipid) คอเลสเตอรอล (Cholesterol) ไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) และกรดไขมันจำเป็น (Essential fatty acid)

โดยสรุป ร่างกายควรได้รับไขมันร้อยละ 25-30 ของพลังงานที่ควรได้ในแต่ละวัน ควรจำกัดอาหารประเภทที่มีส่วนประกอบของไขมันอิ่มตัว เพราะจัดเป็นไขมันชนิดไม่ดี ซึ่งจะพบในเนื้อสัตว์ สัตว์ปีก และน้ำมันจากสัตว์ พืชบางชนิดเช่น มะพร้าว ปาล์ม กะทิ ครีมเทียม อาหารประเภททอด หรือผัด หรืออาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ และอาหารที่ทำจากไขมันทรานส์ในขนมกรุบกรอบ และผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ เช่น เนยเทียม (Margarine) เนยขาว (Shortening) โดยพบมากในโดนัทและพิซซ่าซึ่งเป็นประเภทอาหารที่วัยรุ่นชอบรับประทาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องระมัดระวัง (นพวรรณ เปี้ยซื่อ, 2561) สำหรับกรดไขมันจำเป็น ต้องได้รับจากสารอาหาร ประกอบด้วย โอเมก้า-3 หรือกรดไลโนเลนิก (Linolenic acid) ที่พบมากในปลา ถั่ว เมล็ดธัญพืช ช่วยในการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และโอเมก้า -6 หรือกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) พบได้ในน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง

ดังนั้นในการเลือกรับประทานอาหารประเภทไขมัน ก็ควรพิจารณาเลือกในปริมาณที่เหมาะสมหากมากเกินไปจนความจำเป็นอย่างต่อเนื่องก็จะทำให้มีไขมันสะสมในหลอดเลือด เกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือด ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจขาดเลือดได้

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด อาหารรสหวานจัด เช่น น้ำเชื่อม น้ำอัดลม ขนมหวาน ซึ่งจะมีน้ำตาลทรายเป็นองค์ประกอบ ถ้ารับประทานมาก ๆ เป็นประจำ จะเกิดเป็นพลังงานส่วนเกิน นอกจากนั้นระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจะกลายเป็นไขมัน ทำให้ไขมันในเลือดสูงและทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ในทางปฏิบัติจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด อาหารรสเค็ม ทำให้ร่างกายได้รับเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้น ถ้ารับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นประจำ จะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ อาหารไทยส่วนใหญ่มีโซเดียมคลอไรด์ ประมาณวันละ 6-10 กรัม ซึ่งมากเกินไปอยู่แล้ว ดังนั้น จึงควรรับประทานอาหารที่มีรสชาติธรรมดาไม่เค็มเกลือ หรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงมาแล้ว

8. กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน ควรเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด โดยการเลือกซื้ออาหารที่ปรุงสุกใหม่ หรืออาหารที่ร้อน เพราะเชื้อโรคถูกทำลายไปหมด และควรมีการล้างที่ถูกต้องก่อนปรุงอาหาร เพื่อให้ได้รับอาหารที่สะอาด

ปราศจากเชื้อโรคทั้ง ไวรัส แบคทีเรีย และไม่มีสารปนเปื้อนจากสารเคมี หรือสารตกค้างต่าง ๆ ซึ่งจะลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหาร เช่น อาหารเป็นพิษ หรือโรคมะเร็งในลำไส้

9. ลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ เป็นสารที่ทำให้เสพติดได้ ถ้าดื่มมาก ๆ จะทำให้การทำงานของสมอง และระบบประสาทซ้าลง คนที่ติดเหล้าเรื้อรังจะมีการขาดวิตามิน แร่ธาตุต่าง ๆ และมีโอกาสเป็นโรคตับแข็ง หรือตับอ่อนอักเสบ ควบคู่กันไป ดังนั้นการลด หรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งผลดีต่อร่างกายและสุขภาพของบุคคล

3. ความต้องการอาหารของวัยรุ่น

ความต้องการอาหารและพลังงานขึ้นกับอัตราการเจริญเติบโตของร่างกาย การเผาผลาญอาหารในร่างกาย และแรงงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งการเรียน การเล่น จึงจำเป็นต้องได้รับพลังงานให้เพียงพอ วัยรุ่นควรได้รับพลังงาน 1,600-1,800 กิโลแคลอรีในวัยรุ่นหญิง และ 1,700-2,300 กิโลแคลอรี ในวัยรุ่นชาย (อบเชย วงศ์ทอง, 2551 อ้างใน พรรธน์ ศุภมิตรโยธิน, 2556) โดยพลังงานได้มาจากอาหารจำพวกข้าวแป้งต่าง ๆ ไขมัน ไข่ และน้ำมัน

ความต้องการโปรตีน วัยรุ่นต้องการโปรตีนมากกว่าผู้ใหญ่ เพราะร่างกายของวัยรุ่นอยู่ในระยะที่กำลังเจริญเติบโต จึงต้องการโปรตีนเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ กระดูก เนื้อเยื่อต่าง ๆ เลือด ฮอร์โมน และสารอื่น ๆ จากข้อเสนอแนะการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย แหล่งอาหารโปรตีนจาก ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์นม จะช่วยในการเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ และเป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ และให้พลังงานแก่ร่างกาย ปลาเป็นโปรตีนดีเยี่ยม มีไขมันน้อย และไขมันที่พบในปลาโดยเฉพาะปลาทะเลประกอบด้วยไขมันที่มีประโยชน์ 2 ชนิดคือ EPA (Eicosapentaenoic acid) ให้ประโยชน์ทางด้านลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Thrombosis) ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และ DHA (Docosahexaenoic acid) ให้ประโยชน์ทางด้านเป็นส่วนประกอบของเซลล์สมองและบำรุงจอตา นอกจากนี้ไข่ ซึ่งจัดว่าเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง หาง่าย และสามารถปรุงอาหารได้หลากหลาย ไข่ 1 ฟองมีโปรตีนมากถึง 6 กรัมและประกอบไปด้วยกรดอะมิโนจำเป็น แร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็นต่อร่างกายในปริมาณสูง เด็กที่กำลังเจริญเติบโต ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ สามารถบริโภคได้วันละ 1 ฟอง ส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ควรบริโภคสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง เนื่องจากไข่แดงมีปริมาณคอเลสเตอรอลสูง

สำหรับปริมาณโปรตีนที่แนะนำสำหรับคนไทยต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน (1 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน) มีปริมาณสูงกว่าโปรตีนที่แนะนำให้บริโภคในผู้ใหญ่อเมริกัน (0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม) เป็น 1.25 กรัม เนื่องจากคุณภาพโปรตีนของอาหารไทยโดยรวมต่ำกว่าคุณภาพโปรตีนของอาหารอเมริกัน โดยใช้แฟคเตอร์ 1.25 ($1.08/0.8 = 1.25$) ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (ปี ค.ศ. 2007) โดยสรุป วัยรุ่นหญิงไทย และวัยรุ่นชายได้ ควรได้รับโปรตีน ดังนี้ (คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2563)

วัยรุ่นหญิงไทย	อายุ 9 – 12 ปี	ควรได้รับโปรตีนต่อวัน 1.10 กรัม/น้ำหนักตัว หรือ 40 กรัมต่อวัน
	อายุ 13 – 15 ปี	ควรได้รับโปรตีนต่อวัน 1.07 กรัม/น้ำหนักตัว หรือ 51 กรัมต่อวัน
	อายุ 16 – 18 ปี	ควรได้รับโปรตีนต่อวัน 1.05 กรัม/น้ำหนักตัว หรือ 51 กรัมต่อวัน
วัยรุ่นชายไทย	อายุ 9 – 12 ปี	ควรได้รับโปรตีนต่อวัน 1.10 กรัม/น้ำหนักตัว หรือ 39 กรัมต่อวัน
	อายุ 13 – 15 ปี	ควรได้รับโปรตีนต่อวัน 1.07 กรัม/น้ำหนักตัว หรือ 55 กรัมต่อวัน
	อายุ 16 – 18 ปี	ควรได้รับโปรตีนต่อวัน 1.05 กรัม/น้ำหนักตัว หรือ 61 กรัมต่อวัน

ความต้องการเกลือแร่ วัยรุ่นต้องการเกลือแร่ต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อใช้ในการเสริมสร้างร่างกาย เช่น แคลเซียม จำเป็นในการเสริมสร้างการเจริญเติบโต ความแข็งแรงของกระดูก ฟัน และการทำงานของระบบประสาทต่าง ๆ ธาตุเหล็ก โดยเฉพาะในเด็กหญิง ซึ่งเริ่มมีประจำเดือนเพราะทำให้มีการสูญเสียธาตุเหล็กมากกว่าปกติ จึงควรได้รับธาตุเหล็กวันละ 16 มิลลิกรัม จากเครื่องในสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียว ไอโอดีน นอกจากนี้วัยรุ่นมีความต้องการไอโอดีนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต่อมไทรอยด์ทำงานมากขึ้น ถ้าขาดจะทำให้เกิดโรคคอพอก ซึ่งพบมากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ในวัยนี้จึงควรได้รับอาหารทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และควรใช้เกลือที่เติมไอโอดีนในการประกอบอาหารให้เป็นประจำ

ความต้องการวิตามิน วิตามินช่วยเรื่องความเจริญเติบโต และป้องกันโรคขาดวิตามิน วิตามินที่พบว่าขาดมาก ได้แก่ วิตามิน A ซึ่งช่วยเรื่องการเจริญเติบโตและสุขภาพของเยื่อบุต่าง ๆ เช่น เยื่อบุชั้นตา และเยื่อบุผิวหนัง วัยรุ่นควรได้รับวิตามิน A อย่างน้อยวันละ 2,500 หน่วยสากล วิตามิน B₂ ควรได้รับ 1.3-1.8 มิลลิกรัม วิตามิน C ประมาณวันละ 30 มิลลิกรัม

น้ำ เป็นสารอาหารที่มีความสำคัญมาก เป็นส่วนประกอบของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ช่วยควบคุมการทำงานในร่างกาย ดังนั้นจึงควรได้รับน้ำให้เพียงพอ โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกายและเสียเหงื่อมาก โดยควรได้รับน้ำวันละ 6-8 แก้ว

วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการพลังงานสารอาหารต่างๆมากที่สุดเนื่องจากเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตมากที่สุดการรับประทานอาหารให้ครบตามหลักโภชนาการหรือโภชนาการจะทำให้ได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและเป็นพื้นฐานในการเจริญเติบโต ดังนั้นวัยรุ่นควรใส่ใจและปฏิบัติให้เป็นประจำ ปัญหาโภชนาการของวัยรุ่นหญิงในปัจจุบันมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดโรค เนื่องจากนิยมรูปร่างผอมเพรียวเหมือนนางแบบ จึงนิยมลดความอ้วนโดยการใช้น้ำ การอดอาหารและออกกำลังกายอย่างหักโหม นอกจากนี้ วัยรุ่นยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคโลหิตจางได้เนื่องจากความไม่สมดุลของร่างกายที่ต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นเพื่อไปสร้างฮีโมโกลบินกับปริมาณธาตุเหล็กที่มีในอาหาร และในวัยรุ่นหญิงที่มีประจำเดือนจะมีการสูญเสียธาตุเหล็กมากขึ้น (อบเชย วงศ์ทอง, 2551 อ้างใน พรรัตน์ ศุภมิตรโยธิน, 2556)

ในประเทศไทยวัยรุ่นตอนปลายส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นช่วงเวลาที่วัยรุ่นจำนวนมากเริ่มมีพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น การไม่รับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารจานด่วน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เป็นส่วนประกอบ ประกอบกับเมื่อเข้าสู่รั้วมหาวิทยาลัยมีการปรับเปลี่ยนสถานะหลายอย่าง รวมถึงการเข้าสู่ระบบการเรียนที่ต้องพึ่งตัวเอง พึ่งกลุ่มเพื่อน การใช้ชีวิตอยู่กับความเร่งรีบ หรือ โลภโซเซียล สังคมอินเทอร์เน็ต การรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ มีทั้งที่มีคุณภาพ และด้อยคุณภาพ ในปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นและนิสิตนักศึกษา สนใจสื่อโฆษณาอาหารจากร้านค้า หรืออาหารเสริม ซึ่งมีความสะดวกในการสั่งซื้อ และหวังผลตามภาพโฆษณา หรือจากผู้ที่เป็นเน็ตไอดอล ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น ซึ่งหากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่ยังเป็นวัยรุ่น อาจส่งผลเสียในระยะยาวจนนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องและการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายจะช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าในอนาคต จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกันว่าปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ของบุคคล โดยพบว่า ผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำจะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมได้ ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี จนส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเกิดปัญหาความเจ็บป่วยตามมา (Public health England, 2015; World Health Organization, 2013; Sorensen, K. et al., 2012) จากการศึกษาของ สุวรรณมา เชียงขุนทด และคณะ (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นในเขตชุมชนเมืองมีการบริโภคเนื้อสัตว์และไขมันเพิ่มขึ้นแต่บริโภคผักและผลไม้ลดลง นิยมบริโภคอาหารแนวตะวันตกมากกว่าอาหารท้องถิ่นหรืออาหารไทย รวมถึงมีการบริโภคอาหารพร้อมปรุงและอาหารกึ่งสำเร็จรูปมากขึ้น ขณะที่ศรีบังอร สุวรรณพานิช (2555) กล่าวว่าวัยรุ่นมีลักษณะนิสัยคือ รับประทานอาหารตามแฟชั่น ชอบอาหารที่มีรสชาติแปลกใหม่ ชอบอาหารประเภทแป้ง ของทอด ของหวาน และรับประทานฉิวพืชน้อย และจากการศึกษาของ สิริธดา พรหมสุนทร (2556) พบว่าวัยรุ่นจะหลงเชื่อและเลือกบริโภคอาหารตามสื่อโฆษณาชวนเชื่อ เช่น ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม ชา กาแฟ และอาหารจานด่วน

งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคมากนักหรืออาจส่งผลเพียงระยะสั้น ๆ เท่านั้น ถ้าหากว่าผู้บริโภคยังคงดำเนินชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยการส่งเสริมให้บริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ (Booth, et al., 2001; Brug, 2008 ; Hawkes, 2013; Nestle, et al., 1998; Spence & Lee, 2003) ดังนั้น มาตรการในการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถาวรต้องประยุกต์ใช้ทั้งแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion approach) และแนวทางการคุ้มครองสุขภาพ (Health protection approach) โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้บริโภคอยู่ห่างไกลจากอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ (Brug, 2008 อ้างถึงใน ปนัดดา จันท์สุกรี และวศิน แก้วชาญคำ, 2561)

4. ความรอบรู้สุขภาพ (Health literacy)

แนวคิด Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการศึกษาด้านสุขศึกษา (Health education) เพื่อสอนให้นักเรียนในโรงเรียนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ทั้งยามปกติและเจ็บป่วย (Mancuso, 2009 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) ในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541) ได้แปลความหมาย Health literacy ที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้กล่าวถึงไว้ว่า “ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ คือ ทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”

ในการที่จะเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ทั้งการศึกษาและการปฏิบัติ จำเป็นต้องเข้าใจตั้งแต่ความหมาย แล้วจึงจะสามารถนำไปปฏิบัติและประยุกต์ใช้ เมื่อสืบค้นคำว่า Health literacy มีการใช้คำหลากหลาย โดย ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ได้สรุป การใช้คำเรียก Health literacy ในบริบทไทย และเรียงลำดับช่วงเวลาไว้ดังต่อไปนี้

1. ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ ซึ่งกำหนดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยยึดจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998)
2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ กำหนดโดยแผนงานสื่อสารสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) (2551)
3. ความฉลาดทางสุขภาพ กำหนดโดยโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษากรมสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2553)
4. ความฉลาดทางสุขภาพ กำหนดโดยโครงการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพะ ในกลุ่มนักเรียนของมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2553)
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดโดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (2560)

โดยส่วนตัวผู้เขียนจะชื่นชอบคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เพราะดูจะตรงกับที่ศาสตราจารย์ ด็อกเตอร์ ดอน นัทบีม (Professor Dr. Don Nutbeam, 2000) ได้กล่าวว่า “Health literacy represent the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health: Health literacy คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี”

จากกรอบแนวคิดของ ดอน นัทบีม (Don, Nutbeam, 2000) ที่ได้เขียนในบทความ จะชี้ให้เห็นความสอดคล้องของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี อันได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ โดยผลลัพธ์ดังกล่าว ต้องเป็นกระบวนการเริ่มต้นด้วยการให้การศึกษา (Education) สร้างความเคลื่อนไหวทางสังคม (Social mobilization) ขึ้นแนะสาธารณสุข (advocacy) อย่างไรก็ตามในการที่จะทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างครบถ้วนสมบูรณ์แบบและมีความยั่งยืน เป็นสิ่งที่ท้าทายของระบบบริการสุขภาพ และองค์การอนามัยโลก ซึ่งถือว่าเป็นองค์กรที่มีส่วนรับผิดชอบ ดังนั้นเมื่อปี 2016 ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 9 ที่เซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน มีการตั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SCG) โดยมีประเด็นสำคัญว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนช่วยสนับสนุนความสำเร็จในการทำงานด้านสุขภาพ และการเข้าถึงคุณภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างไร” และยังให้ความหมายของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยทั่วไปว่า เป็นความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึง ในการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลสารสนเทศในทางส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน สืบเนื่องจากการประชุมดังกล่าว ที่ได้ประกาศให้ชาติสมาชิกทั่วโลก เน้นให้ประชาชนมีความรอบรู้ และสามารถควบคุมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตามวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี (Health lifestyle) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ด้วยเหตุดังกล่าว ทำให้เกิดการศึกษามากมายเกี่ยวกับ Health literacy ทั้งสำรวจระดับความรู้ ศึกษาการวัดและประเมิน ความรอบรู้ทางสุขภาพ และศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ จนพอจะสรุปองค์ความรู้สำคัญ ๆ ในแต่ละระยะของการพัฒนาการของความรอบรู้ทางสุขภาพ เช่น ในระยะแรก พบว่าความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลโรคร้ายไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุยังน้อย นอกจากนี้ผู้ที่มีระดับความรู้ด้าน

สุขภาพต่ำ มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง และหากเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Baker, et al., 2007; Sharif & Blank, 2010; Chang, 2011)

แมคเจนเนลโล (Manganello, 2008) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการศึกษาความรู้ในกลุ่มวัยรุ่น โดยผู้เขียนมีความคิดว่า กลุ่มวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารในระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ อย่างไม่ถูกต้องมากที่สุด จึงได้กำหนดความรู้สุขภาพเป็น 4 ระดับคือ

1. ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional health literacy)
2. ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction health literacy)
3. ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) และได้เพิ่ม
4. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) โดยให้ความหมายของการรู้เท่าทันสื่อไว้ว่า “สถานะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ ความหมายของเนื้อหา ประเมินค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่าง ๆ”

จากมุมมองดังกล่าว ทำให้เห็นได้ว่า แนวคิดเรื่องความรู้สุขภาพเกิดขึ้นจากสภาพปัญหา และมีความพยายามในการพัฒนาทั้งระดับความรู้ และหาแนวทางในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมและชุมชน

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ดำเนินการวิจัยเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย โดยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของ Nutbeam (2009) เป็นหลักที่มี 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional literacy level) มีด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy level) มีด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และด้านการจัดการตนเอง (Self – management) 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy level) มีด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis : CFA) และได้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย

โดยสรุป องค์ประกอบการวัดความรู้สุขภาพของคนไทยมี 5 องค์ประกอบดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ
4. การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม
5. การจัดการสุขภาพตนเอง

เมื่อนำเครื่องมือที่ได้ ไปประเมินความรู้สุขภาพของคนไทย จำแนกรายช่วงวัย นำคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความรู้ด้านสุขภาพ แบ่ง 3 ระดับคือ ระดับไม่ดีพอ ระดับพอใช้ได้ และระดับดีมาก และพบว่า กลุ่มวัยรุ่น (ใช้อายุ 15-24 ปี) มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ในทุกองค์ประกอบ แต่มีข้อสังเกตว่า หากรวมสัดส่วน ระดับไม่ดีพอ และระดับพอใช้ จะพบว่ามีสัดส่วน มากกว่า ส่วนที่ได้ระดับดีมาก ยกตัวอย่างเช่น ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยโดยรวม กลุ่มวัยรุ่นที่ได้คะแนนระดับดีมาก มีสัดส่วนร้อยละ 44.10 ในขณะที่ ระดับไม่ดีพอ และระดับพอใช้ได้ มีสัดส่วนร้อยละ 56 (12.60+43.40)

ดังนั้นในการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ดูแลสุขภาพของตนเอง ต้องเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต และต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ก้าวทันโลก และ ตื่นตัวต่อโรคร้ายไข้เจ็บที่ปัจจุบันเข้ามามีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิต องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) ได้ระบุว่า การพัฒนาความรู้รายบุคคล จำเป็นต้องมีการวินิจฉัย และจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่ม เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดแก่บุคคล และขณะเดียวกันยังร่วมกับองค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้เห็นชอบวาระปฏิบัติการร่วมกันในด้านสุขภาพ และพัฒนาวัยรุ่น เพื่อพัฒนาส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ป้องกันและรับมือกับปัญหาวัยรุ่นและเยาวชน ได้แก่การให้ข้อมูล สร้างทักษะ สร้างสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวย การให้คำปรึกษาและบริการด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องตามหลักการด้านคุณภาพการดูแล (Quality of care) ที่สามารถเข้าถึงได้ (Accessible) เป็นที่ยอมรับ (Acceptable) เท่าเทียม (Equitable) เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Appropriate and effective) ด้วยหลักการดังกล่าว

ทำให้นักวิจัยได้มีความพยายามศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้สุขภาพให้แก่วัยรุ่น เช่น เยาวนารถ พันธุ์เพ็ง (2563) ได้เสนอแนวคิดการใช้สื่อออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊กกับวัยรุ่นจะช่วยสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น เพราะคุณสมบัติของเฟซบุ๊กสามารถโพสต์ข้อความ ภาพนิ่ง วิดีโอ เช่นภาพออกกำลังกาย ภาพอาหารสุขภาพ และมีสัญลักษณ์ แฮชแท็ก (#) เพื่อให้การค้นหาหรือการเข้าถึงง่ายขึ้น และงานวิจัยของ อังณพร ดันติตระกูล และจิตราภรณ์ วรเศรษฐ์ (2559) ที่ศึกษารูปแบบการสื่อสารของผู้บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่มีชื่อเสียงทางอินสตาแกรม พบว่า เมื่อมีการใช้อินสตาแกรมสื่อสารเรื่องราวของตนเองเกี่ยวกับสุขภาพผู้ที่ติดตามจะได้รับข้อมูลและสร้างทัศนคติด้านบวกซึ่งกันและกัน เมื่อผู้ส่งสารและผู้ติดตามเกิดทัศนคติที่ดีต่อกันจะส่งผลให้การสื่อสารประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้นเป็นต้น

5. ความรอบรู้ทางโภชนาการ (Nutrition literacy) (เกศินี จงมนตรี, อนันต์ มลารัตน์ และสิงหา จันทน์ขาว, 2563)

ความรู้รอบรู้ทางโภชนาการ (Nutrition literacy) เป็นแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับความสนใจในปัจจุบัน โดยเน้นบริบทโภชนาการที่หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงหรือได้มา การประมวล เข้าใจความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการและทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจจัดการโภชนาการที่เหมาะสมกับสุขภาพของตน

ความรู้รอบรู้ด้านอาหาร (Food literacy) หมายถึง การเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถด้านอาหาร ในการเลือกอาหาร การวางแผนและการจัดการ การเตรียมอาหาร การบริโภคอาหารได้ในบริบทของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (เกศินี จงมนตรี, อนันต์ มลารัตน์ และสิงหา จันทน์ขาว, 2563)

1. องค์ประกอบความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ (Food and nutritional knowledge) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานด้านอาหารและโภชนาการ การอ่านฉลากโภชนาการ แหล่งอาหารการเก็บรักษาอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร และความสามารถในการใช้ข้อมูลตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

2. องค์ประกอบ ความสามารถด้านอาหาร (Food skills)

2.1 การเลือกอาหาร ความสามารถในการเลือกอาหาร เช่น การเลือกแอปเปิ้ล เป็นต้น ทราบถึงแหล่งอาหารว่ามาจากที่ใด รวมถึงความเข้าใจข้อมูลจากฉลากอาหาร

2.2 การวางแผนและความสามารถในการจัดสรรเวลาสำหรับอาหารสุขภาพได้มีการจัดการ วางแผน และใช้ทักษะที่ยืดหยุ่นในการวางแผนจัดหาอาหารให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง

2.3 การเตรียมอาหาร ความสามารถเตรียมอาหารโดยควบคุมปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการ รสชาติอาหารที่ดี เรียกว่า “สุขภาพดีด้วยอาหาร” เน้นความเป็นธรรมชาติ กับอาหารที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมของตนเอง และทรัพยากรที่จำกัด รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มที่รับประทานอาหารสุขภาพ

2.4 การบริโภคอาหาร ความสามารถในการบริโภคอาหารโดยใช้ความรู้ความเข้าใจด้านอาหารและโภชนาการ ในขณะที่บริโภคในมือนั้น และการมีส่วนร่วมในสังคมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารสุขภาพนั้น

3. องค์ประกอบ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food consumption) ความสามารถนำความรู้ด้านโภชนาการมาเป็นแนวทาง ให้ตัดสินใจที่จะบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตลอดจนการประยุกต์ความสามารถในการเลือกอาหาร การวางแผนและการจัดการการเตรียมอาหาร และบริโภคอาหารมาปรับใช้กับตนเองและครอบครัวเพื่อให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นเหตุให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางลบก่อให้เกิดวิถีชีวิตแบบนั่งอยู่กับที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาพดีจึงก่อให้เกิดปัญหาโรคอ้วนนำไปสู่ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในอนาคต องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าประชากรในวัยเด็กควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักมากสะสมวันละอย่างน้อย 60 นาที หรือ 1 ชั่วโมงทุกวัน วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการรูปแบบการออกกำลังกายที่หลากหลายจึงควรต้องมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพให้เหมาะสมกับวัย จากข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพพบว่า วัยรุ่นร้อยละ 60 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีพฤติกรรมเนือยนิ่งในแต่ละวัน โดยไม่รวมเวลานอนหลับสูงถึงเกือบ 14 ชั่วโมงต่อวันและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายลดพฤติกรรมเนือยนิ่งอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงลดปัญหาวัยรุ่นมีภาวะอ้วน ผอม เตี้ย ไม่แข็งแรง ส่งผลให้วัยรุ่นมีภาวะสุขภาพดีร่างกายแข็งแรง สูงดี สมส่วนและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีประสงค์อย่างยั่งยืน

6. การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการเน้นการสร้างเสริมให้บุคคลปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความรู้และศักยภาพของแต่ละบุคคลที่จะทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้นได้ โดยอาศัยกระบวนการสร้างเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ การสร้างเสริมสุขภาพต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล เพื่อให้บุคคลมุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น (อิติมาส หอมเทศ, 2555) ดังนั้นการสร้างเสริมปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งการส่งเสริมทางด้านปัจเจกบุคคล สังคม และนโยบายอันได้แก่ (ประเวศ วะสี, 2543)

1. การมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารที่เหมาะสม การเว้นจากสิ่งเสพติดให้โทษ เป็นต้น
2. การสร้างเสริมสุขภาพจิต มีทักษะในการป้องกันและลดความเครียด มีจิตใจที่มีการพัฒนาจิตให้สูงยิ่งขึ้น
3. การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ มีการอนุรักษ์และสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ บรรเทาและขจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
4. การสร้างเสริมสังคมที่มีสุขภาพดีตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก อันประกอบไปด้วยเศรษฐกิจพอเพียง สิ่งแวดล้อมที่ดี มีการเรียนรู้ มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี ซึ่งหมายถึงการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของทุกคน มีความสามารถในการแก้ไขความขัดแย้งด้วยสันติวิธี
5. มีกระบวนการและนโยบายที่เป็นไปเพื่อสุขภาพะสังคม ทั้งนี้โยบายและทิศทางการพัฒนามีผลกระทบต่อสังคมอย่างมากทั้งทางบวกและทางลบ

ดังนั้นในการรวมความรู้ด้านโภชนาการ และการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น ถือเป็นเรื่องที่ทำหายและสำคัญมาก เพราะเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ ก็จะกลายเป็นผู้ใหญ่ และเป็นพลังสำคัญของชาติต่อไปในอนาคต การออกแบบโปรแกรมเพื่อเพิ่มความรู้ด้านโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่น จึงจำเป็นต้องบูรณาการความคิดทางจิตวิทยาการรู้คิด ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ และการรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากมีงานวิจัยทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศให้ข้อสรุปว่า สถานการณ์โรคเมตาบอลิกที่เพิ่มสูงขึ้น เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมส่งผลเสียต่อสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ดังนั้น องค์การอนามัยโลก จึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และแนวทางหนึ่งที่สำคัญในการดำเนินงานคือการสนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย องค์การอนามัยโลก เห็นว่าการที่ไม่สามารถทำให้ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตอย่างสุขภาพที่ดี (Healthy lifestyle) เพราะประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพ (WHO, 2009) ดังนั้นการประยุกต์โมเดลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือทฤษฎีการพัฒนาสุขภาพอื่น ๆ ไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้หรือการศึกษาให้กับกลุ่มเป้าหมาย จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้

7. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและสุขภาพวัยรุ่นด้วยหลัก 3-Self PROMISE Model (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลมาจากฐานแนวคิดทางจิตวิทยาและกระบวนการทางปัญญาอันเกิดจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ของบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Psychological - cognitive mediators of health related behavior) ร่วมกับปัจจัยทางสังคม โดยโปรแกรมที่จัดทำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบไปด้วยหลัก PROMISE 6 ประการและหวังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตพฤติกรรม ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ด้วยหลัก PROMISE Model (ประยุกต์จาก อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

หลัก PROMISE 6 ประการ มีรายละเอียดดังนี้

1. Positive reinforcement การเสริมแรงทางบวก เป็นการสร้างความตระหนักร่วมและยอมรับในปัญหาสุขภาพ พร้อมทำสัญญาใจร่วมกัน เพื่อที่จะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายด้วยกัน นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องให้การเสริมแรงทางบวก ให้กำลังใจ และชื่นชม หรือแม้แต่ให้รางวัล เมื่อกลุ่ม/วัยรุ่น ที่ร่วมโปรแกรม สามารถทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ

2. Result based management นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องมีทักษะการบริหารจัดการ มีเทคนิคการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน และต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กำหนดว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ร่วมกลุ่ม/วัยรุ่น จะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เป็นไปตามธงโภชนาการ สามารถคำนวณแคลอรี หรือพลังงาน ในแต่เมนูอาหารได้ เป็นต้น

3. Optimism การมองโลกในแง่ดี นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องมองเชิงบวก และมีความหวัง เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เคยทำมานาน จะปรับแก้ในเวลาอันสั้นและรวดเร็ว ก็ดูจะยากไป ต้องพยายามหาวิธีให้ผู้ร่วมกลุ่ม/วัยรุ่นที่เข้าโปรแกรม ได้เริ่มลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ก่อน และให้เวลาในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการให้กำลังใจและเสริมแรงบวกตลอด ขณะเดียวกัน ต้องพยายามพัฒนาและปรับโปรแกรมให้น่าสนใจ จนเกิดเป็นแนวปฏิบัติที่ดีมีกิจกรรมหลากหลาย จูงใจ เป็นต้น

4. Motivation การสร้างแรงจูงใจ เป็นการเชิญชวนให้ผู้เข้าร่วมกลุ่ม/วัยรุ่น ได้นำเอาศักยภาพภายในตัว ให้แสดงออกมา เพื่อให้เกิดผลตามแผนที่ได้วางไว้ร่วมกัน

5. Individual of client center การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ในแต่ละกิจกรรม ในโปรแกรมที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้กำหนด หรือวางแผนนั้น สิ่งที่ดีและควรปฏิบัติก็คือ กิจกรรมนั้นต้องเป็นไปตามความต้องการและปรารถนา เพื่อแก้ไขปัญหา หรือเสริมสุขภาพของบุคคล กิจกรรมควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตและแนวปฏิบัติของแต่ละบุคคล (Lifestyle)

6. Self esteems การสร้างคุณค่าในตัวเอง เมื่อกิจกรรมที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ร่วมกันจัดโดยยึดตามวิถีชีวิตของแต่ละคน มีการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละช่วงอย่างเป็นระบบ และเมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมาย ควรให้คำชมเชย เป็นการเสริมแรงบวกแก่ตัวผู้รับบริการ ผู้เข้าร่วมกลุ่ม/วัยรุ่น ซึ่งจะรับรู้ และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง และเห็นคุณค่าในตัวเองตามมา ตรงกับเป้าหมายของโปรแกรม

8. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของวัยรุ่น 3 Self

8.1 การดูแลตัวเอง Self-care โปรแกรมนี้จัดให้วัยรุ่นได้เข้าใจหลักการเลือกบริโภคอาหาร เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องอาหารสุขภาพ พลังงานที่ต้องการ และกิจกรรมที่ทำการบริโภคอาหารให้สอดคล้องกับกิจกรรมของตัวเอง

กิจกรรมที่จัดให้ เช่น พัฒนาด้านทักษะปัญญา การคำนวณพลังงานจากอาหาร อาหารแลกเปลี่ยนเพื่อให้พลังงานต่ำ ลดการสะสม และการอ่านฉลากโภชนาการในซองบรรจุภัณฑ์อาหารเพื่อเลือกอย่างเหมาะสม

กิจกรรมพัฒนาทักษะการเลือกซื้ออาหาร การเก็บ และปริมาณหรือวิธีการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ จัดกิจกรรมด้วยการใช้โมเดลอาหาร หรือการออกไปยังร้านซูเปอร์มาเกต เพื่อให้โจทย์การเลือกซื้ออาหาร เป็นต้น

กิจกรรมการประเมินภาวะโภชนาการของตนเอง แนะนำเรื่องการวัดสัดส่วนตัวเองเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ การคำนวณ BMI และการเลือกกิจกรรมออกกำลังกาย เพื่อการเผาผลาญพลังงาน (burn out) ลดการสะสมพลังงาน เป็นต้น

8.2 การกำกับตนเอง Self-regulation เป็นวิธีการที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังส่งเสริมให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน สัดส่วนการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายที่ควรปฏิบัติในชีวิตประจำวันและการวางแผนกิจกรรมเพื่อเพิ่มการเผาผลาญพลังงานที่เหมาะสมกับตัวเอง แล้วให้วัยรุ่นได้ตัดสินใจเลือกกิจกรรมเพื่อปฏิบัติและให้พยายามมองหาความเสี่ยงหรือสิ่งเร้าที่เป็นตัวนำในการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบริโภคอาหาร เช่น พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม ก็ปรับเป็นไม่ซื้อน้ำอัดลมเก็บไว้ที่บ้าน หรือเสี่ยงที่จะไม่ไปที่ตู้ขายน้ำอัดลม เป็นต้น หรือการเลือกกิจกรรมที่ทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อการเผาผลาญพลังงาน และสร้างสมดุล สัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น

8.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง Self-efficacy เป็นการรับรู้ความสามารถในด้านการบริโภคอาหารของวัยรุ่น ตั้งแต่การเลือกอาหาร และหรือการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพ หรือแม้แต่ทักษะในการปฏิเสธ การชักจูงจากเพื่อนในการละเมิดข้อตกลงเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับการเลือกกิจกรรมเพื่อเคลื่อนไหวร่างกายที่ช่วยในการเผาผลาญพลังงานที่เกินไป เป็นต้น

9. สรุป

โดยสรุปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 Self อันประกอบด้วย Self ตัวแรกคือ Self-care การดูแลตัวเอง Self-regulation การกำกับตนเอง เป็น Self ตัวที่สอง และ Self ตัวที่สามคือ Self-efficacy การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่ทำทนายสำหรับวัยรุ่นในการที่จะลงมือปฏิบัติร่วมรับผิดชอบสุขภาพ กำหนดข้อตกลง วางแผน และเป้าหมายของกิจกรรมด้วยตัวเอง ผ่านโปรแกรม ที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้พัฒนาโปรแกรมขึ้น โดยยึดเอาผู้ร่วมโปรแกรม ซึ่งในที่นี้ หมายถึง วัยรุ่น เป็นศูนย์กลาง ปรับโปรแกรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีดำเนินชีวิต และการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นผู้เข้าร่วมโปรแกรม ให้กำลังใจ เสริมแรงทางบวก และจัดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจและเพิ่มคุณค่าในตัวเอง เป็นการจัดกระทำที่เน้นให้วัยรุ่นได้เห็นศักยภาพของตนให้ดูแลสุขภาพของตัวเองอย่างมีเป้าหมาย ดำรงรักษาควบคุมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ ท้ายสุดเสริมสร้างพลังผลักดันให้วัยรุ่นหันมาใส่ใจดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ของตัวเอง ด้วยตัวเอง เพื่อปัจจุบันและสุขภาพที่ดีต่อไปในอนาคต

9. เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560*.

กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2553). *โครงการศึกษาและพัฒนางานความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ปีงบประมาณ 2553-2554*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานการประชุมคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข*. ประเด็นเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

เกศินี จงมนตรี, อนันต์ มาลารัตน์ และสิงหา จันทน์ขาว. (2563). ความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุไทย Food Literacy Among Thai Elderly. *วารสารพยาบาลสภาชาติไทย*, 13(2), 159-181.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (Health literacy : access, understand and application (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 DIETARY REFERENCE INTAKE FOR THAIS 2020*.

กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี. โปรเกรสซีฟ.

- ธิติมาส หอมเทศ. (2555). *พฤติกรรมสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นันทภัทร์ เฉลียวศักดิ์. (2564). *หลักการและแนวคิดโภชนาการและสุขภาพ*. เอกสารประกอบการสอนโภชนศาสตร์และโภชนบำบัด (Nutrition and Nutritional Therapy). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- นพวรรณ เปี้ยชื่อ. (2561). *หลักการทางโภชนาการในการพยาบาล*. ใน นพวรรณ เปี้ยชื่อ (บก). *การดูแลด้านโภชนาการเพื่อควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- ปนัดดา จันทร์สุกรี และวสิน แก้วชาญคำ. (2561). *สภาพแวดล้อมทางอาหารภายในมหาวิทยาลัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของนักศึกษาไทย*. สืบค้นจาก <http://fhpprogram.org/download/thai-university-eating-habit/>
- ปรรัตน์ ศุภมิตรโยธิน. (2556). *อาหารและโภชนาการ (Food and Nutrition)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย. (2553). *แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- เยาวนารถ พันธุ์เพ็ง. (2563). *การสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อสังคมเครือข่ายกับกลุ่มโรค NCDs ตามแนวคิด “สร้างนำซ่อม”*. *วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี*, 6(1), 56-67.
- ศรีบังอร สุวรรณพานิช. (2555). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตกระบี่*. *วารสารวิชาการสถาบันการพลศึกษา*, 4(1), 29-43.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ* (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *แผนงานสื่อสารสุขภาพเยาวชน ระยะ 3 ปี: มกราคม 2551- ธันวาคม 2553*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สิริพันธุ์ กุลกรังคะ. (2553). *โภชนศาสตร์เบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สิริธดา พรหมสุนทร. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สุวรรณมา เชียงขุนทด และคณะ. (2556). *ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สุปราณี แจ้งบำรุง. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน*. ใน สุปราณี แจ้งบำรุง. (บก). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน สำหรับคนไทย พ.ศ 2563*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี โปรเกรสซีฟ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self*. ใน อังคินันท์ อินทรกำแหง. *ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา (Health Literacy: Measurement and Development)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- อัญชลี ศรีเจริญ. (2553). *อาหารและโภชนาการ การป้องกันและการบำบัดโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญพร ตันติตระกูล และจิตราภรณ์ สุทธิวรเศรษฐ์. (2559). *รูปแบบการสื่อสารของผู้บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่มีชื่อเสียงทางอินสตาแกรม*. ใน *ประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2559* (น. 87-101). กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- Baker, D. W.; Paker, R. M.; Williamab, M. V.; Clark, W. S.; & Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of services. *American Journal of Public Health*, 87, 1027-1039.

- Booth, L., et al. (2001). Capital Structures in Developing Countries. *The Journal of Finance*, 56, 87-130.
- Brug, J. (2008). Determinants of Healthy Eating: Motivation, Abilities and Environmental Opportunities. *Family Practice*, 25, i50-i55.
- Chang, L. (2011). Health literacy, self-reported status and health promotion behaviors for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 190-196.
- Spence, J. C. & Rebecca E. L. (2013). *Toward a comprehensive model of physical activity*. Retrieve from [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(02\)00014-6](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(02)00014-6)
- Hawkes, C. (2013). *Promoting Healthy Diets through Nutrition Education and Changes in the Food Environment : An International Review of Actions and their Effectiveness*. Rome: Nutrition Education and Consumer Awareness Group, Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Maganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Nestle, M., Wing, R., Birch, L., DiSogra, L., Drewnowski, A., Middleton, S., Sigman-Grant, M., Sobal, J., Winston, M., & Economos, C. (1998). Behavioral and Social Influences on Food Choice. *Nutrition Reviews*, 56(5), S50-S74.
- Noimontree, Wanida, Piphatvanitcha and Naiyana. (2015). Health Risk Behaviors of Baccalaureate Students in a Public University. *The Journal of Faculty of Nursing Burapa University*, 23(2), 31-40.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st centuries. *Health Promotion International*, 15(3), 259-269.
- Public Health England. (2015). *Local action on health inequalities : Improving health literacy to reduce health inequalities*. The UCL Institute of Health Equity: London.
- Santrock, J. W. (2001). *Adolescence*. (8th.ed.). New York: McGraw Hill.
- Sharif, I. & Blnk, A. E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Education and Counselling*, 79(1), 43-48.
- Sorensen, K., et al. (2012). *Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. Retrieve from <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Spence, J. C. & Lee, R. E. (2003). Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 4 (10), 7-24.
- Thongsuk, S., Putwatana, P. & Orathai, P. I. (2012). Health Promoting Behaviors of Ramathibodi Nursing Students. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(2), 178-189.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). Health literacy and health promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region in the 7th Global conference on Health Promotion. Nairobi : WHO and Kenya Ministry of Public Health.
- World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.