

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จากการใช้บริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ในจังหวัดชลบุรี

Health Literacy in Nutritional Value and Food Consumption
Behaviors toward Food Delivery Service among Senior
High School Students in Chonburi Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Jan.10, 2025

Revised : July 30, 2025

Accepted : Aug. 15, 2025

Published : Aug. 30, 2025

ปรเมศวร์ สิงโตทอง, ณัฐธิชา แดงสวัสดิ์, เดชา วรณพาสกุล

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Paramet Singtothong, Natthicha Daengsawat, Decha Wunnaphahol

Sirindhorn College of Public Health, Chonburi,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก จำนวน 96 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($r = 0.26$) ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ($r = 0.25$) ทักษะความสามารถในการโต้ตอบ ชักถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ($r = 0.29$) และทักษะการให้คำแนะนำ ($r = 0.33$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารโดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าถึงง่าย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้บริโภคโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนมีทักษะในการตรวจสอบและตัดสินใจเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นจากการใช้บริการส่งอาหาร ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, บริการส่งอาหาร

Corresponding Author: ปรเมศวร์ สิงโตทอง E-mail: demonix7642@gmail.com

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the relationship between health literacy in nutritional value and food consumption behaviors toward food delivery service among senior high school students (Grades 10-12). The study sample consisted of 96 senior high school students from a school located in the service area of Ban Hua Krok Sub-district Health Promoting Hospital. Data were collected using a self-administered questionnaire. Statistics were used to analyse data, including descriptive statistics, such as percentage, mean, and standard deviation, along with inferential statistics, namely Pearson's correlation coefficient, with a statistical significance level set at 0.05.

The results showed that health literacy, including behavioral modification skills ($r = 0.26$), skills accessing and verifying health information skills ($r = 0.25$), ability to interact and inquire to verify accuracy skills ($r = 0.29$), and advisory skills ($r = 0.33$), were significantly correlated with food consumption behaviors from food delivery service at a significance level of < 0.05 .

Therefore, it is recommended to promote and develop health literacy through accurate and easily accessible information. It is also important to support consumers, especially students, in developing the skills to verify and make their own healthy food choices. This will lead to improved food consumption behaviors from food delivery service, which in turn will help reduce long-term negative health impacts.

Key words: Health Literacy, Food Consumption Behaviors, Food Delivery

Corresponding Author: Paramet Singtothong E-mail: demonix7642@gmail.com

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 ในประเทศไทย ทำให้รัฐบาลต้องใช้มาตรการที่เข้มข้นเพื่อควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา ซึ่งมาตรการต่าง ๆ ที่รัฐบาลกำหนดออกมาใช้นั้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาคธุรกิจและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทยอีกด้วย ธุรกิจที่ได้รับผลกระทบหนัก คือ ธุรกิจร้านอาหาร ธุรกิจสายการบิน และธุรกิจโรงแรม อยู่ในภาวะที่ยากลำบาก โดยคาดว่าจำนวนผู้ประกอบการร้านอาหารที่ไม่สามารถชำระหนี้ได้จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 39 จากช่วงก่อนมีการระบาด ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ธุรกิจร้านอาหารต้องปรับตัวมาใช้วิธีการแบบบริการส่งอาหาร (Food Delivery) เพื่อพยุงยอดขายให้อยู่รอดได้ และในภายหลังสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา ทำให้การส่งอาหารแบบบริการส่งอาหารได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก (Manprasert, 2020)

การใช้บริการส่งอาหาร มีการเติบโตอย่างเห็นได้ชัด โดยธุรกิจบริการส่งอาหาร เป็นแนวคิดที่ใช้เทคโนโลยีในการสร้างแพลตฟอร์ม (Platform) โดยเข้ามาตอบโจทย์ในการส่งอาหารให้กับผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ร้านอาหารไม่ต้องจัดส่งอาหารด้วยตนเอง และผู้บริโภคได้รับความสะดวกสบาย เสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการซื้อผ่านช่องทางเดิม โดยกระบวนการเริ่มจากผู้บริโภคส่งคำสั่งซื้อ ชำระเงิน ตลอดจนรับอาหาร ภายในเวลาที่กำหนด (Buntanapeerat, 2017) ปัจจัยสำคัญที่ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกใช้บริการส่งอาหารคือ การรับรู้การใช้งานง่ายในประเด็นความคล่องตัวในการใช้งาน ความสะดวกสบายรวดเร็ว ช่องทางการชำระเงิน และภาพลักษณ์ ซึ่งการเลือกใช้บริการส่งอาหารนั้นเป็นการตัดสินใจของผู้บริโภค (Petpradubsook, 2020) เนื่องจากมีปัจจัยที่หลากหลายในการเลือกใช้บริการส่งอาหารที่ส่งผลให้ผู้บริโภคตัดสินใจในการเลือกใช้บริการ โดยการตัดสินใจนั้นจะเป็นกระบวนการในการเลือกที่จะกระทำการใดสิ่งหนึ่งจากทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งผู้บริโภคมักจะตัดสินใจในทางเลือกต่าง ๆ ของสินค้าและบริการอยู่เสมอ โดยผู้บริโภคจะเลือกสินค้าหรือบริการตามข้อมูลและข้อจำกัดของสถานการณ์ การตัดสินใจจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญและอยู่ภายในจิตใจของผู้บริโภค (Lowantha et al., 2021)

จากการศึกษาของ Kantar Worldpanel ในช่วงวันที่ 10 – 16 เมษายน พ.ศ. 2563 ซึ่งดำเนินการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคชาวไทย จำนวน 1,638 ราย ที่มีอายุระหว่าง 15 – 49 ปี และมีถิ่นที่อยู่ในเขตเมือง พบว่า พฤติกรรมการสั่งอาหารผ่านระบบจัดส่งอาหาร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้า ซึ่งมีแนวโน้มบริโภคอาหารจานด่วน (Fast food) มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวของพฤติกรรมผู้บริโภคในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Kantar Worldpanel, 2020) โดยอาหารจานด่วนยอดนิยม ได้แก่ พิซซ่า ไก่ทอด เป็นต้น ซึ่งอาหารจานด่วนที่ได้รับความนิยมจากการสั่งผ่านบริการส่งอาหาร แบ่งออกเป็น 1) อาหารประเภทกินอิ่ม (Full Meal Fast Food) โดยในหนึ่งชุดอาจประกอบไปด้วยอาหารประเภทแป้ง ได้แก่ ขนมปัง มันฝรั่งทอด ข้าวโพดแผ่น ส่วนเนื้อสัตว์ก็แปรรูปเป็นไส้กรอก แฮม เบคอน ไก่ย่าง ไก่ทอด ประดับด้วยแตงดอง ผักกาดหอม มะเขือเทศ มีทั้งชุดเล็กและชุดใหญ่ตามความต้องการของผู้บริโภค และ 2) อาหารประเภทกินขนม (Snack Fast Food) ถือเป็นอาหารว่างระหว่างมื้อ หรือเป็นอาหารหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมเค้ก โดนัท กรอบเค็ม ข้าวเกรียบ ปอเปี๊ยะ ลูกชิ้นปิ้ง หรือขนมไทยอื่น ๆ อาหารประเภทนี้มักมีปริมาณไขมันอิ่มตัวมาก เกลือโซเดียมสูง มีเส้นใยอาหารต่ำ และจะจำหน่ายควบคู่กับน้ำอัดลม ซึ่งให้พลังงานที่ได้จากน้ำตาล การรับประทานอาหารประเภทนี้เป็นประจำ จึงอาจทำให้เกิดโรคอ้วน มีผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ ไขมันอุดตันในเส้นเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น แต่ในทางกลับกัน การบริโภคอาหารจานด่วนที่เป็นพวกเนื้อสัตว์หรือขนมปัง ฯลฯ หากเลือกรับประทานอย่างถูกต้องและถูกหลักโภชนาการ ก็สามารถทำให้ได้คุณค่าทางโภชนาการหรือสารอาหารได้ครบถ้วนตามปริมาณที่ร่างกายต้องการในแต่ละวันและพอเหมาะกับร่างกาย ซึ่งสารอาหารที่ร่างกายได้รับเช่น โปรตีน แร่ธาตุ และวิตามินบางชนิด

โดยทั้งนี้การตัดสินใจบริโภคขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจของตัวผู้บริโภคเองด้วย (Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization, 2024)

ในปัจจุบันกลุ่มคนที่มีการสั่งอาหารจานด่วน โดยการใช้บริการส่งอาหารมากที่สุดก็คือวัยรุ่น และเยาวชนที่มีอายุ 10 - 24 ปี หรือกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา โดยวัยรุ่นส่วนมากเลือกตัดสินใจในการสั่งอาหารด้วยบริการส่งอาหาร เนื่องจากความสะดวกสบายในการสั่งอาหาร รวมถึงความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพโดยเป็นกระบวนการทางปัญญา และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเอง หากวัยรุ่นและเยาวชนขาดความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยไม่คำนึงถึงเวลา และพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่มีประโยชน์หรืออาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว โดยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น (Chachvarat et al., 2018)

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีพบว่า กลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากในช่วงวัยรุ่นมีการเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีความสามารถในการเลือกสั่งอาหารจานด่วนผ่านบริการจัดส่งอาหารได้อย่างอิสระ ซึ่งส่งผลให้เกิดการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็มในปริมาณที่เกินความจำเป็นของร่างกายในแต่ละวัน ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการในระยะยาว (World Health Organization, 2006) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพแบบจำลอง V-shape ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบการเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ ชักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ (Department of Health, 2020) รวมถึงทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Nutbeam, 2000) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยคาดหวังว่าผลการศึกษจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการวางแผนพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ในจังหวัดชลบุรี

ระเบียบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งใน ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 126 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทางคณะผู้วิจัยใช้สูตรเพื่อกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรเครซี่และมอร์แกน (Srisa-ard, 2010)

$$n = \frac{\chi^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + \chi^2 p (1 - p)}$$

*หมายเหตุ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห้วยโกรก จำนวน 126 คน

e = ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า

(ในที่นี้ข้อกำหนดค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณร้อยละ 5)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($P = 0.5$)

ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 96 คน ซึ่งคณะผู้วิจัยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นตอนแรกเป็นการเลือกสถานศึกษาแบบสำรวจครบถ้วน (Census) โดยเลือกโรงเรียนทุกแห่งในตำบลห้วยโกรกที่มีระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ขั้นตอนที่สองเป็นการคัดเลือกนักเรียนจากสถานศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Non-probability sampling) ด้วยเทคนิคการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) (Bhandari, 2021) โดยเลือกนักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา

ทางคณะผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-probability Sampling) โดยพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion Criteria)

- (1) นักเรียนได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย
- (2) นักเรียนมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย
- (3) นักเรียนมีประสบการณ์ใช้บริการส่งอาหารที่บ้านตนเองหรือที่โรงเรียน

เกณฑ์การคัดเลือกรับจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- (1) นักเรียนแสดงความไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถามหรือประสบปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย
- (2) นักเรียนต้องการออกจากการศึกษาระหว่างการทำวิจัย
- (3) นักเรียนไม่คืนแบบสอบถามในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามวิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administer Questionnaire) ที่คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามโดยกำหนดโครงสร้างเนื้อหาให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 – 6 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการ ตำราต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามแนวทาง V-Shape ของกรมอนามัย (Bureau of Dental Health, 2018) โดยประยุกต์เป็นแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ตอน คือ 1) ความรู้ ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) การโต้ตอบ ชักถาม 4) ทักษะในการตัดสินใจ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) การให้คำแนะนำหรือบอกต่อ โดยตอนที่ 1 เป็นคำถามประเภทเลือกคำตอบ คือ ถูก – ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยมีคำถามเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ และมีคำถามเชิงลบจำนวน 4 ข้อ และตอนที่ 2 – 6 เป็นคำถามประเภทมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) คำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน

(1 – 4 คะแนน) และแบ่งกลุ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิจารณ์ญาณ (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) กลุ่มปฏิสัมพันธ์ (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และกลุ่มพื้นฐาน (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 – 6 ซึ่งทางผู้วิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือแบบสอบถามนี้จากการศึกษาตำรา เอกสารทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความถี่ของการใช้บริการส่งอาหาร ชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหาร และจำนวนความถี่ของการใช้บริการส่งอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สั่งจากการใช้บริการส่งอาหาร และนำมาประยุกต์เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 – 6 จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหารและความถี่ของการใช้บริการส่งอาหาร ซึ่งเป็นคำถามแบบหลายตัวเลือก และแบบเติมคำในช่องว่าง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สั่งจากการใช้บริการส่งอาหาร เป็นคำถามประเภทมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ โดยกรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) คำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน (1 – 4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งหาค่าดัชนีสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่าง 0.67 – 1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability Test)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขเป็นที่เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่า KR-20 (Kuder-Richardson 20) โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และมีค่า KR-20 ของส่วนที่วัดระดับความรู้ เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรีแล้ว ทางคณะผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนก่อนการเก็บข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก เพื่อขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับโรงเรียน ในการส่งหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบครูประจำชั้นและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในแต่ละห้องเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้นักเรียนได้รับทราบ และแจกใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้นักเรียนเพื่อให้ผู้ปกครองของนักเรียนได้ลงนามยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. หลังจากนั้น คณะผู้วิจัยได้เข้าพบครูประจำชั้นและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 แต่ละห้องเพื่อเก็บรวบรวมใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและตรวจสอบความยินยอมของนักเรียนในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ภายหลังจากการตรวจสอบว่านักเรียนคนใดยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดเวลาประมาณ 30 นาที

3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และสมบูรณ์

ขั้นตอนหลังการเก็บข้อมูล

ตรวจสอบแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ค่าสถิติในโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหาร กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้บริการส่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการส่งอาหาร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product - moment correlation) ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ในกรณีที่ตัวแปรมีการวัดด้วยมาตราวัดแบบช่วง (Interval Scale) และมาตราวัดแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) (Hinkle et al., 2003) ซึ่งแบ่งการวัดระดับความสัมพันธ์เป็น 5 ระดับคือ มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (0.91 – 1.00) ระดับสูง (0.71 – 0.90) ระดับปานกลาง (0.51 – 0.70) ระดับต่ำ (0.31 – 0.50) ระดับต่ำมาก (0.00 – 0.30)

จริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ 2023/S08 เมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2566 โดยการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่มีความเสี่ยงที่กระทำต่อผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยอยู่ในระดับต่ำ โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการแจกใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามยินยอม ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ได้ให้อิสระแก่กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนั้นจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับที่สุด และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจากแบบสอบถามจะถูกทำลาย โดยคณะผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะไม่นำเสนอโดยปรากฏชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.80 มีอายุ 18 ปี ร้อยละ 35.40 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16.94 ปี (S.D.= 0.94) น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 กิโลกรัม ร้อยละ 46.90 โดยมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 53.79 กิโลกรัม (S.D.= 11.11) ส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ

ตั้งแต่ 165 เซนติเมตรขึ้นไป ร้อยละ 42.70 โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย เท่ากับ 162.39 เซนติเมตร (S.D.= 8.94) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 41.70

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ส่งผ่านบริการส่งอาหาร และการเข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็ม ที่บอกถึงคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพ นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 55.20 (2) ทักษะในการโต้ตอบ ชักถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 57.30 (3) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ นักเรียนส่วนใหญ่มีอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 56.30 และ (4) ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่บุคคลอื่น นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 44.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 96)

ตัวแปร	ระดับพื้นฐาน		ระดับปฏิสัมพันธ์		ระดับวิจารณ์ญาณ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ส่งผ่านบริการ Food Delivery และการเข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็ม ที่บอกถึงคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพ	53	55.20	35	36.50	8	8.30
ทักษะในการโต้ตอบ ชักถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม	55	57.30	33	34.40	8	8.30
ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ	14	14.60	54	56.30	28	29.20
ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่บุคคลอื่น	14	14.60	43	44.80	39	40.60

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารกับพฤติกรรมการใช้บริการส่งอาหารและชนิดของอาหารที่ส่งผ่านบริการส่งอาหารโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่บุคคล

อื่น มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($r = 0.33$, $P\text{-value} = 0.01$) ส่วนทักษะความสามารถในการโต้ตอบคำถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ($r = 0.29$ $P\text{-value} = 0.004$) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ($r = 0.26$ $P\text{-value} = 0.01$) และทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารและการเข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็ม ที่บอกถึงคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพ ($r = 0.25$ $P\text{-value} = 0.01$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ส่วนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับคุณค่าและผลเสียอันตรายของอาหารหวาน มัน เค็ม ($r = -0.16$, $P\text{-value} = 0.132$) และทักษะในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อย่างเหมาะสมและไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ($r = 0.16$, $P\text{-value} = 0.12$) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการสั่งอาหาร กับพฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 96$)

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการ สั่งอาหาร	พฤติกรรมการใช้บริการสั่งอาหารและ ชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหาร		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับคุณค่าและผลเสีย อันตรายของอาหารหวาน มัน เค็ม	-0.16	0.132	ไม่มีความสัมพันธ์
ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ ชนิดของอาหารที่สั่งผ่านบริการสั่งอาหารและการ เข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็ม ที่บอกถึงคุณค่าและ ผลเสียต่อสุขภาพ	0.25	0.01*	มีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำมาก
ทักษะความสามารถในการโต้ตอบ ชักถามเพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อ สุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม	0.29	0.004*	มีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำมาก
ทักษะในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมในการ บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อย่างเหมาะสมและไม่ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ	0.16	0.12	ไม่มีความสัมพันธ์
ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรม ในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ที่ไม่ส่งผลเสียต่อ สุขภาพ	0.26	0.01*	มีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำมาก
ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการ บริโภคอาหารหวาน มัน เค็มไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่ บุคคลอื่น	0.33	0.001*	มีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำ

* $P\text{-value} < 0.05$

อภิปรายผล

ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการโดยอ้างอิงจากแบบจำลอง V-shape ของกรมอนามัย มี 6 องค์ประกอบที่ประยุกต์จากแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการส่งอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ส่งผ่านบริการส่งอาหารและการเข้าถึงข้อมูลอาหารหวาน มัน เค็มที่บอกถึงคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพ 2) ทักษะความสามารถในการโต้ตอบคำถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคุณค่าและผลเสียต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม 3) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และ 4) ทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 โดยอธิบายเป็นรายปัจจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนร้อยละ 55.2 มีระดับการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาหารผ่านบริการส่งอาหารอยู่ในระดับพื้นฐาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในทักษะการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ที่ระบุว่าความรู้สุขภาพในระดับพื้นฐานหมายถึงความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นเท่านั้น แต่ยังขาดทักษะในการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของข้อมูลเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของรัตนกรณ์ สาธิทา และคณะ (Sasitha et al., 2022) ที่ศึกษานักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่าการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่านักเรียนมีข้อจำกัดในด้านนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มประชากร โดยนักศึกษามหาวิทยาลัยมีประสบการณ์และทักษะในการค้นหาข้อมูลมากกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อข้อจำกัดนี้ได้แก่ การขาดการฝึกอบรมด้านความรู้ดิจิทัล (Digital Literacy) การไม่มีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และการขาดทักษะในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลออนไลน์ นอกจากนี้ ในยุคดิจิทัลที่ข้อมูลมีมากมายแต่คุณภาพไม่เท่ากัน นักเรียนจึงต้องการทักษะในการแยกแยะข้อมูลที่ต้องการจากข้อมูลที่บิดเบือนหรือเป็นเท็จ

2. ความสามารถในการโต้ตอบและซักถามข้อมูลสุขภาพ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่านักเรียนร้อยละ 57.3 มีความสามารถในการโต้ตอบและซักถามข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ซึ่งหมายถึงการไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์เชิงลึกกับข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบนี้แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และนักศึกษาที่มีทักษะการสื่อสารและการตั้งคำถามที่ดีกว่าตามแนวคิดของโซเรนเซนและคณะ (Sørensen et al., 2012) ซึ่งความสามารถในการโต้ตอบกับข้อมูลสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้สุขภาพระดับสื่อสาร (Communicative Health Literacy) ที่ต้องการทักษะการคิดวิเคราะห์และการสื่อสารที่ซับซ้อนกว่าการอ่านและเข้าใจข้อมูลเพียงอย่างเดียว การที่นักเรียนไม่สามารถโต้ตอบและซักถามข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระบบการศึกษาที่เน้นการท่องจำมากกว่าการคิดวิเคราะห์ การขาดความมั่นใจในการตั้งคำถาม วัฒนธรรมที่ไม่ส่งเสริมการตั้งคำถามต่อผู้ใหญ่หรือผู้เชี่ยวชาญ และการขาดแบบอย่างในการสื่อสารเชิงสุขภาพที่ดี

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาในด้านนี้แตกต่างจากสองด้านก่อนหน้า โดยพบว่านักเรียนร้อยละ 56.3 มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนได้ในระดับหนึ่ง ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าแม้นักเรียนจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและประมวลผลข้อมูลสุขภาพ แต่เมื่อได้รับข้อมูลแล้วสามารถนำไปปรับใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นที่มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวได้รวดเร็ว ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ที่อาจมีพฤติกรรมที่ฝังรากลึกและยากต่อการเปลี่ยนแปลง ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning

Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมใหม่ได้ง่ายกว่าวัยอื่นอย่างไรก็ตาม การที่นักเรียนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพียง "บางครั้ง" แสดงให้เห็นถึงความไม่สม่ำเสมอในการปฏิบัติ ซึ่งอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลของเพื่อน การโฆษณา และความสะดวกสบายในการสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน

4. การให้คำแนะนำแก่บุคคลอื่น ผลการศึกษาพบว่านักเรียนร้อยละ 44.8 มีทักษะการให้คำแนะนำอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการสื่อสารและโน้มน้าวบุคคลอื่นได้ในบางครั้ง ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของนักเรียนในการเป็นตัวแทนส่งเสริมสุขภาพในหมู่เพื่อน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ พบว่าความสามารถในการให้คำแนะนำสุขภาพมักจะพัฒนาไปพร้อมกับ การเพิ่มขึ้นของอายุและประสบการณ์ การที่นักเรียนมีทักษะนี้อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์แล้ว ถือเป็นสิ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากแสดงให้เห็นถึงการนำความรู้ที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับผู้อื่นตามแนวคิดของคิกเบิร์ช (Kickbusch, 2001) ซึ่งเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพระดับวิกฤต (Critical Health Literacy) การสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเป็นระดับสูงสุดของความรอบรู้สุขภาพ แม้ว่านักเรียนยังไม่ถึงระดับนี้ แต่การมีทักษะการให้คำแนะนำแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรเน้นการส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อให้สามารถเป็นผู้แนะนำหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คนรอบข้างได้ เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหรือสร้างสื่อดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย

2. ควรส่งเสริมให้นักเรียนมีความกล้าที่จะตั้งคำถามและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่สั่ง เช่น คุณค่าทางโภชนาการ ส่วนประกอบ หรือปริมาณแคลอรี ซึ่งอาจทำได้โดยการให้แพลตฟอร์มบริการสั่งอาหารแสดงข้อมูลเหล่านี้อย่างชัดเจน และมีช่องทางให้ผู้บริโภคสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ง่าย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีมาตรการที่ช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้ง่ายขึ้น เช่น การสร้างฐานข้อมูลร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การจัดทำป้ายสัญลักษณ์โภชนาการบนเมนูอาหาร หรือการร่วมมือกับผู้ให้บริการสั่งอาหารในการคัดเลือกร้านที่มีข้อมูลโภชนาการครบถ้วน

2. ควรมีการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติจริงได้ เช่น การตั้งเป้าหมายการบริโภคอาหารที่ทำได้จริง การวางแผนการสั่งอาหารล่วงหน้า หรือการเลือกเมนูที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจากตัวเลือกที่มีอยู่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ต่อยอดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีพฤติกรรมการสั่งอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หรืออาหารรสชาติหวาน มัน เค็ม ผ่านการใช้บริการสั่งอาหาร

2. ศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อผลการศึกษาจะได้สามารถนำไปใช้ หรืออธิบายในกลุ่มประชากรอื่นๆ ได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น เนื่องจากประชากรในการศึกษาค้างนี้เป็นเพียงประชากรกลุ่มเดียว

3. ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการใช้บริการสั่งอาหารให้เหมาะสมต่อภาวะโภชนาการ

References

- Bandura, A. (1977). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bhandari, P. (2021, August 16). Multistage sampling : introductory guide & examples.
<https://www.scribbr.com/methodology/multistage-sampling/>
- Buntanapeerat, P. (2017). Factors affecting consumer choice of food delivery services in the Bangkok metropolitan area, Thailand [Unpublished master's thesis]. Thammasat University. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. (2018). Health literate society. Bureau of Dental Health.
- Chachvarat, T., Phawong, W., & Nunta, S. (2018). Teenagers health behaviors. *Nursing Public Health and Education Journal*, 19(3), 107-120. (in Thai)
- Department of Health. (2020). Guidelines for developing health literate school: HLS. Department of Health. (in Thai)
- Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization. (2024). What are healthy diets? World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences* (5th ed.). Houghton Mifflin.
- Kantar Worldpanel. (2020). COVID-19: Vietnam's consumer changes and retail movements.
<https://www.kantar.com/inspiration/coronavirus/covid-19-vietnam-consumer-changes-and-retail-movements/>
- Kickbusch, S. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289–297.
- Lowantha, P., Maneepun, P., Thechatakerng, P., & Srinaruewan, P. (2021, February 5). The consumer decision making on food delivery service in Chiang Mai [Paper presentation]. Business transition to the new normal, Chiang Mai. (in Thai)
- Manprasert, S. (2020). Coronavirus outbreak impact on Thai economy.
<https://www.krungsri.com/th/krungsri-the-coach/investments/investment-knowledge/economic-covid-impact> (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Petpradubsook, T. (2020). Factors influencing the behavior of using food ordering services via smartphone applications of consumers in Bangkok [Unpublished master's thesis]. Srinakharinwirot University.
- Sasitha, R., Ivanovitch, K., & Boonshuyar, C. (2022). Nutrition literacy and eating behavior of undergraduate students of faculty of public health, Thammasat University. *The Public Health Journal of Burapha University*, 17(1), 28-43. (in Thai)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80–93.
- Srisa-ard, B. (2010). *Basic research* (8th ed.). Suweeriyasarn. (in Thai)
- World Health Organization. (2006). Adolescent nutrition: a review of the situation in selected South-East Asian countries. World Health Organization.