

ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ  
และพฤติกรรมการสื่อสารเชิงสุขภาพของผู้บริโภค

นางสาวแพรวไพลิน ศุภรัตน์เมธี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการโฆษณา ภาควิชาการประชาสัมพันธ์  
คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2552  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CONSUMER'S HEALTH KNOWLEDGE, MOTIVATION, CONSCIOUSNESS,  
BEHAVIOR AND COMMUNICATION BEHAVIOR

MISS PRAEPAILIN SUKOLRATTANAMETEE

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts Program in Advertising

Department of Public Relations

Faculty of Communication Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ  
และพฤติกรรมการสื่อสารเชิงสุขภาพของผู้บริโภค

โดย

นางสาวแพรวไพลิน ศุกลรัตน์เมธี

สาขาวิชา

การโฆษณา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล. วิภูวราธร จิรประวัติ

---

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... คณบดีคณะนิเทศศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัตยา ไตควณิชย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล. วิภูวราธร จิรประวัติ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุหงา ชัยสุวรรณ)

แพรวไพลิน ศุภรัตน์เมธี : ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และ พฤติกรรมการสื่อสารเชิงสุขภาพของผู้บริโภค (CONSUMER'S HEALTH KNOWLEDGE, MOTIVATION, CONSCIOUSNESS, BEHAVIOR AND COMMUNICATION BEHAVIOR) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. ม.ล. วิจิราธร จิรประวัติ 178 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ 2) ความสัมพันธ์ของความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนักกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ 3) การเปิดรับสื่อทั่วไปและสื่อเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค และ 4) ทักษะติดต่อสื่อและรูปแบบของสารเพื่อสุขภาพที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 433 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-54 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และ ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้บริโภคมีความรู้เรื่องสุขภาพเฉลี่ย 3.46 มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพเฉลี่ย 3.16 มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพเฉลี่ย 3.78 และมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพเฉลี่ย 3.34
2. ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01
3. ผู้บริโภคได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และหนังสือพิมพ์มากที่สุด และได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ สมาชิกในครอบครัว และหนังสือพิมพ์มากที่สุด
4. ผู้บริโภคมีทัศนคติต่อสื่อเพื่อสุขภาพที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากที่สุดคือ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ และมีทัศนคติต่อรูปแบบสารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากที่สุดคือ สารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ

ภาควิชา.....การประชาสัมพันธ์..... ลายมือชื่อนิติ.....  
 สาขาวิชา.....การโฆษณา..... ลายมือชื่ออ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....  
 ปีการศึกษา.....2552.....

# # 5184713128 : MAJOR ADVERTISING

KEYWORDS : HEALTH KNOWLEDGE/ HEALTH MOTIVATION / HEALTH  
CONSCIOUSNESS / HEALTH BEHAVIOR / HEALTH COMMUNICATION

PRAEPAILIN SUKOLRATTANAMETEE : CONSUMER'S HEALTH  
KNOWLEDGE, MOTIVATION, CONSCIOUSNESS, BEHAVIOR AND HEALTH  
COMMUNICATION BEHAVIOR. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. M.L.  
VITTRARORN CHIRAPRAVATI, Ph.D., 178 pp.

The purposes of this research were to examine: 1) consumer's health knowledge, motivation, consciousness and behavior 2) the correlation of consumer's health knowledge, motivation, consciousness and behavior 3) consumer's general media and health media exposure and 4) consumer's attitude toward health message. The methodology of this study was survey research, using questionnaires to collect data from 433 male and female consumers, 20-54 years old and living in Bangkok. The research was conducted in February 2010.

The results were as follows:

- 1) Consumers had health knowledge average at 3.46, had health motivation average at 3.16, had health consciousness at 3.78 and had health behavior average at 3.34
- 2) Consumer's health knowledge, motivation, consciousness and behavior were significantly positively correlated at 0.01
- 3) Consumers receive general information mostly from television, internet and newspaper and receive health information mostly from television, family members and newspapers.
- 4) Consumer's attitude toward media that suitable for health information were television, internet and health specialists. Health message patterns that is suit for health information was health informative message.

Department : .....Public Relations..... Student's Signature .....

Field of Study : .....Advertising..... Advisor's Signature .....

Academic Year : .....2009.....

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคุณแม่กับป้า บุคคลที่แพรรักและรักแพรมากที่สุด ที่เป็นแรงบันดาลใจในการเรียนต่อปริญญาโท คอยเป็นกำลังใจ ดูแลห่วงใย จนตอนนี้อายุจะ 30 แล้วก็ยังเป็นห่วงทุกนาที่ไม่ว่าแพจะไปไหน ทำอะไร ในช่วง 2 ปีที่เรียนปริญญาโทนี้ก็เช่นกัน ไม่มีคำว่าเรียนหนักจนผอมคะ เพราะไม่มีทางที่คุณแม่กับป้าจะปล่อยให้แพเหนื่อยและหิว ขอขอบคุณคะ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ก็ ผศ. ดร. ม.ล. วิชาธร จิระประวัติ อาจารย์ที่ปรึกษาที่น่ารักที่สุดในโลก บุคคลสำคัญที่สุดที่ช่วยแนะนำตั้งแต่หัวข้อที่น่าสนใจ วิธีการดำเนินการจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดีพร้อมกับให้กำลังใจเสมอมาคะ ขอขอบคุณประธานกรรมการสอบ ผศ.รัตยา โตควนิชย์ กรรมการสอบ ผศ. ดร. บุญงา ชัยสุวรรณ ที่สละเวลามาช่วยขัดเกลาให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น อ.วรวัฒน์ จินตกานนท์ ที่สละเวลามาช่วยแก้ไขบทความย่อภาษาอังกฤษที่ไม่ค่อยจะแข็งแรงของแพให้สมบูรณ์ อาจารย์ทุกท่านทั้งในคณะ ต่างคณะ และอาจารย์นอกมหาวิทยาลัยทุกท่านที่มอบความรู้และประสบการณ์ให้พวกเราทุกคนคะ รวมถึงพี่หญิงที่คอยบอกกล่าวและให้คำแนะนำในการทำเอกสารต่างๆ

ขอบคุณ ADS14 ทุกคนที่ร่วมชะตากรรมกันมา โดยเฉพาะส้ม กัลยาณมิตรที่เจอกันวันแรกก็สนิทกันแล้ว พี่ที่ฝ่าฟันการทำงานกลุ่มน้อยๆ กันมามากมาย รวมถึงเจเจ อิง แอร์ เนมมี ฌาน ชิงชิง อ้อม ส้ม ออย หมู ที่แบ่งปันกำลังใจและเสียงหัวเราะร่วมกันเสมอมา

ขอบคุณชม พี่เจง แอ้ม เพื่อนสาวและพี่สาวที่รักที่แม่ไม่ได้คลานตามกันมา แต่ก็รักและเป็นห่วงกันมากในทุกเรื่อง พร้อมกับให้กำลังใจกันเสมอเปรียบเสมือนพวกเธอเป็นญาติผู้ใหญ่ เพื่อนคนอื่นอย่างน้อยใจ เราชักทุกคนเช่นกัน ขอขอบคุณเพื่อนโรงเรียนเตรียมอุดม เพื่อนมศว.ประสานมิตร เพื่อนตั้งแต่ประถม และพี่ๆ ที่โรงเรียนปานะพันธุ์ รวมถึงเพื่อนสถาบันอื่นๆ ซึ่งแม้ว่าบางคนไม่ได้เจอและไม่ได้สนิทกันก็ยังช่วยตอบแบบสอบถามให้ ทั้งยังช่วยปริ้นท์และซีร็อกซ์แจกให้คนอื่นทำอีกมากมาย

ขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ที่บริษัทอินโฟเสิร์ชทุกคนที่ช่วยตอบแบบสอบถาม โดยเฉพาะพี่โบ๊ พี่ก้อย DP และพี่น้อง ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและ SPSS ที่ทั้งช่วยประมวลผลและให้คำแนะนำที่ดีกับแพเสมอ รวมถึงน้องป๊อบที่ช่วยแจกแกมบังคับให้ทุกคนตอบแบบสอบถาม และพี่หนูย พี่ก้อย ADMIN ที่ปรึกษาด้าน Microsoft word คะ

ขอบคุณเพื่อนของเพื่อน พี่ๆ น้องๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยชื่อได้ครบ และขอบคุณทุกท่านที่ไม่เคยรู้จักแพ แต่มีความกรุณาช่วยตอบแบบสอบถามให้ ขอขอบคุณ Bill Gates ที่สร้าง Microsoft ขึ้นมา ขอขอบคุณ MSN และ BB ที่ทำให้ทุกคนได้ส่งกำลังใจถึงกันคะ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ.....	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ.....	35
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมผู้บริโภค.....	65
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	79
ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย.....	81
วิธีการสุ่มตัวอย่าง.....	81
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	82
การทดสอบเครื่องมือ.....	86
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	86
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	88
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา.....	89

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	89
ความรู้เรื่องสุขภาพ.....	92
แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ.....	93
ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ.....	94
พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ.....	95
การได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไป.....	97
การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ.....	98
การค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ.....	99
การค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพจำแนกตามเพศ.....	99
การค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพจำแนกตามช่วงอายุ.....	100
การค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพทางสื่อต่างๆ.....	101
ความแตกต่างระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพจำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	102
ความแตกต่างระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพจำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	104
ความแตกต่างระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพจำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	106
ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเพื่อสุขภาพจำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	108
ทัศนคติต่อสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	111
ทัศนคติต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	112
ความแตกต่างระหว่างทัศนคติต่อรูปแบบสารเพื่อสุขภาพ.....	113
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน.....	113
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ.....	113
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับตระหนักในเรื่องสุขภาพ.....	114



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ.....	114
ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ....	115
ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ.....	115
ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ..	116
ความแตกต่างของความรู้เรื่องสุขภาพจำแนกตามลักษณะประชากร.....	118
ความแตกต่างของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพจำแนกตามลักษณะประชากร.....	123
ความแตกต่างของความตระหนักในเรื่องสุขภาพจำแนกตามลักษณะประชากร	128
ความแตกต่างของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพจำแนกตามลักษณะประชากร.....	131
บทที่ 5 สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	138
สรุปผลการวิจัย.....	139
อภิปรายผลการวิจัย.....	148
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	160
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต.....	160
ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	161
รายการอ้างอิง.....	163
ภาคผนวก.....	171
ประวัติผู้วิจัย.....	178

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	แสดงคำนิยาม “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ”.....	36
2.2	แสดงข้อดีและข้อเสียของการผสมผสานสื่อ (Media mix).....	43
2.3	แสดงหน้าที่ของการประชาสัมพันธ์เพื่อการดูแลสุขภาพ (Public relations functions in health care).....	47
4.1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ.....	89
4.2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ.....	89
4.3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพทางครอบครัว.....	90
4.4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด.....	90
4.5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ.....	91
4.6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน.....	92
4.7	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ.....	93
4.8	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ.....	94
4.9	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ.....	95
4.10	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ.....	96
4.11	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไป.....	97
4.12	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ.....	98
4.13	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	99
4.14	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยจำแนกตามเพศ.....	100

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ โดยจำแนกตามช่วงอายุ.....	100
4.16	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการ ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	101
4.17	แสดงค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ.....	103
4.18	แสดงค่าเฉลี่ยแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ.....	105
4.19	แสดงค่าเฉลี่ยความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ.....	107
4.20	แสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ.....	109
4.21	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับทัศนคติ ต่อสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ.....	111
4.22	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับทัศนคติ ต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพ.....	112
4.23	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับทัศนคติ ต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพ.....	113
4.24	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ.....	114
4.25	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับความตระหนักในเรื่อง สุขภาพ.....	114
4.26	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับและพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ	114
4.27	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับความตระหนักในเรื่อง สุขภาพ.....	115
4.28	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ....	115

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.29	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ.....	116
4.30	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามเพศ.....	118
4.31	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ.....	120
4.32	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามรายได้.....	122
4.33	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ.....	124
4.34	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ.....	125
4.35	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้.....	126
4.36	แสดงความแตกต่างเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	128
4.37	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ.....	130
4.38	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามรายได้.....	131
4.39	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ.....	132
4.40	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ.....	134
4.41	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้.....	136

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	แสดงแบบจำลองแนวคิด Health Belief Model: HBM.....	19
2.2	แสดงแบบจำลองกระบวนการเกิดแรงจูงใจ.....	27
2.3	แสดงแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (Precede-Proceed Model).....	29
2.4	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) และทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environmental attitudes) กับรูปแบบการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyle).....	33
2.5	แสดงผลการวิจัยในความสัมพันธ์ของอายุและประเภทอาหารที่เลือกรับประทาน.....	34
2.6	แสดงสภาพแวดล้อมของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health communication environment).....	40
2.7	แสดงแนวคิดทัศนคติ 3 องค์ประกอบ (The Tripartite View of Attitude).....	67
2.8	แสดงแนวคิดทัศนคติองค์ประกอบเดียว (The Unidimensional View of Attitude).....	67
2.9	แสดงผลกระทบลำดับขั้นในการเกิดทัศนคติ.....	69
2.10	แสดงแบบจำลองพฤติกรรมผู้บริโภค (A model of consumer behavior).....	75
2.11	แสดงกรอบงานวิจัยสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้.....	78
2.12	แสดงกรอบงานวิจัยสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้.....	78

# บทที่ 1

## บทนำ

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในภาวะปัจจุบัน โลกของเราต้องประสบกับปัญหาต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นสภาวะเศรษฐกิจถดถอย ภัยธรรมชาติ และปัญหาความขัดแย้งทางด้านการเมือง ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการทำงานของร่างกาย เป็นตัวการที่ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ อีกมากมาย (Taylor, 1995) ทั้งนี้ Mindshare ได้รายงานผลการวิจัยเรื่อง “กระแสการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้บริโภคในยุค 2009” พบว่าแนวโน้มด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้บริโภคทั่วโลกมีความแตกต่างจากในอดีต โดยที่แนวโน้มการดูแลสุขภาพไม่ได้จำกัดแค่เรื่องของการรักษาโรค หรือการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์เท่านั้น แต่ยังหันมาให้ความสนใจเรื่องของการป้องกันและดูแลสุขภาพก่อนที่จะมีการเจ็บป่วย รวมถึงรักษาสุขภาพจิตใจให้สมบูรณ์และแข็งแรง (กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, 2552)

สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันก็ประสบปัญหาไม่แตกต่างไปจากประเทศอื่นๆ ในโลก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัญหาความแตกแยกทางการเมือง ส่งผลให้ผู้บริโภคต้องประสบกับความเครียด เจ็บป่วยได้ง่าย และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงที่สุด ยังคงเป็นโรคมะเร็ง และตามด้วยโรคหัวใจ (“มะเร็งสาเหตุการตายอันดับ 1,” 2551, อ้างถึงใน “สารพันความรู้ประชากร,” 2551) จึงส่งผลให้ผู้บริโภคชาวไทยที่เคยเชื่อว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพียงอย่างเดียวจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรง แต่เริ่มมีแนวคิดที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูจิตใจให้แข็งแรงควบคู่กันไปมากขึ้นในปัจจุบัน โดยผู้บริโภคในประเทศไทยร้อยละ 77 มีความใส่ใจสุขภาพมากขึ้น ออกกำลังกายมากขึ้น โดยที่กิจกรรมหลักในการดูแลสุขภาพอย่างง่าย ๆ ของคนไทย 5 อันดับคือ การใช้เวลากับครอบครัว ออกกำลังกายเล่นกีฬา รับประทานผักและผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ และใช้เวลาพักผ่อนผ่านทาง Internet (กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, 2552) นอกจากนี้ ยังจะเห็นได้จากสถิติต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงความใส่ใจในสุขภาพของคนไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

### ตารางแสดงสถิติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีพ.ศ. 2544-2550

สถิติ	2544	2547	2549	2550
การสูบบุหรี่	22.5	19.5	18.9	18.5
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	32.7	32.7	31.5	29.3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551)

### ตารางแสดงสถิติการออกกำลังกาย ปีพ.ศ. 2546-2550

	2546	2547	2550
การออกกำลังกาย	29.0	29.1	29.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551)

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551 ดังตารางข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคได้ใส่ใจห่วงใยสุขภาพมากยิ่งขึ้น สังเกตได้จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2544-2550 ที่มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 22.5 เป็น 19.5, 18.9 และล่าสุดในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ร้อยละ 18.5 ส่วนจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2544-2550 มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 32.7 มาเป็น 31.5 และล่าสุดในปีพ.ศ. 2550 มีจำนวนประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนร้อยละ 29.3 โดยที่เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ ผู้บริโภคยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย โดยในปี พ.ศ. 2546-2550 มีสถิติการออกกำลังกายร้อยละ 29.0 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 29.1 และ 29.6 ตามลำดับ โดยที่ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่าเพศชายมีอัตราการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) นอกจากนี้ นาโนเซิร์ซได้ทำการศึกษาและพบว่าวัตถุประสงค์ในการออกกำลังกายของแต่ละคนก็แตกต่างกันไป โดยบนพื้นฐานของการใส่ใจต่อสุขภาพเหมือนกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมาต้องการลดน้ำหนักหรือลดไขมันส่วนเกิน มีร้อยละ 18.9 และการที่เพื่อนหรือคนรอบข้างชักชวน ร้อยละ 17.4 ตามลำดับ (นาโน เซิร์ซ, 2008)

ทั้งนี้ ทางภาครัฐก็ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ เนื่องจากการมีสุขภาพที่ดีนั้น เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาของประเทศให้เป็นไปได้ด้วยดี และรัฐบาลยังได้มีนโยบายในการลงทุนเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ครอบคลุม มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้รับ

อนุมัติโครงการภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 และโครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อให้สถานีนอ้ามัยมีศักยภาพการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบ

ในขณะเดียวกัน ทางภาคเอกชนต่างได้เห็นพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยที่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ประกอบการธุรกิจทั้งที่เกี่ยวกับสุขภาพและไม่เกี่ยวกับสุขภาพต่างก็แข่งขันกันผลิตสินค้าและบริการออกมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค ดังจะเห็นได้จากมูลค่าตลาดสุขภาพที่เติบโตสูงขึ้นถึงกว่า 350,000 ล้านบาท (กรุงเทพธุรกิจ, 2551) ทั้งนี้ผู้บริโภคก็มีความต้องการสินค้าที่เป็นเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ ไม่เว้นแม้แต่เครื่องใช้ไฟฟ้าประเภทต่างๆ อาทิ เครื่องปรับอากาศ เครื่องซักผ้า ตู้เย็น เป็นต้น ที่จำเป็นต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพทางด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน (มาร์เก็ตเทียร์, 2552)

ยิ่งไปกว่านั้น ในปัจจุบันก็มีการสื่อสารเพื่อสุขภาพกันอย่างแพร่หลาย เพื่อรณรงค์ให้ผู้ที่ไม่เคยใส่ใจสุขภาพหันมาตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ดี และสำหรับผู้ที่มีความใส่ใจในสุขภาพอยู่แล้วก็สามารถเพิ่มพูนความรู้และข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น จะเห็นได้จากรายการโทรทัศน์ โฆษณาทางสื่อมวลชนต่างๆ รวมถึงช่องทางอินเทอร์เน็ต และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ก็ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์มากมาย อาทิเช่น บริษัทชั้นนำทางยาอย่างบริษัท โนวาร์ทีส (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งมีเจตนารมณ์ที่ต้องการเห็นคนไทยมีสุขภาพดี ได้ร่วมกับโรงพยาบาลชั้นนำจัดมหกรรมตรวจสุขภาพ “Healthy Avenue...ถนนรวมพล คนรักสุขภาพ” ขึ้น เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคให้หันมาใส่ใจสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิต เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (มาร์เก็ตเทียร์, 2552) ทั้งยังมีรูปแบบสารที่หลากหลายในการสื่อสารออกไป เพื่อจูงใจให้ผู้บริโภคสนใจและปฏิบัติตาม เช่น การบอกประโยชน์และวิธีการดูแลสุขภาพ การใช้รูปแบบความบันเทิง และการใช้จุดจูงใจด้วยความกลัว เป็นต้น

ดังนั้นแล้ว เพื่อให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น การสื่อสารเพื่อให้ผู้บริโภครับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องมีการวางแผนการสื่อสารที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการสร้างสาร และการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ การใช้สื่อมวลชนและการสื่อสารทางการตลาดที่สามารถเข้าถึงผู้รับสารได้จำนวนมาก เช่น รายการโทรทัศน์ รายการวิทยุ หนังสือ นิตยสาร หรือคอลัมน์ในสิ่งพิมพ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งเว็บไซต์ต่างๆ ที่ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งยังให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยตรง เพื่อเผยแพร่ความรู้ สร้างความตระหนักในเรื่องสุขภาพ สร้างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพตามมา ด้วยเหตุนี้ ในการออกแบบสารและการเลือกใช้สื่อ นั้น ผู้ที่ทำการสื่อสารจำเป็นต้องรู้ว่าผู้บริโภค



กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการสื่อสารมีลักษณะการเปิดรับสื่อและมีทัศนคติต่อสารในรูปแบบต่างๆ  
อย่างไร และผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายนั้นมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพหรือไม่

ทั้งนี้ ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพและการ  
สื่อสารเพื่อสุขภาพอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการศึกษารื่องนี้ เพื่อเป็น  
ประโยชน์ต่อผู้ที่ประกอบธุรกิจที่เกี่ยวกับสุขภาพ นักการตลาด นักสื่อสารเพื่อสุขภาพ นักวางแผน  
สื่อ และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในการพัฒนากลยุทธ์การ  
สื่อสารทางการตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มองค์ความรู้  
ให้แก่นักวิชาการ นักวิจัย และผู้สนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพและการสื่อสารเพื่อสุขภาพ  
ในยุคปัจจุบัน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อ  
สุขภาพของผู้บริโภค
3. เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อทั่วไปและสื่อเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค
4. เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้บริโภคต่อรูปแบบของสารเพื่อสุขภาพ

### ปัญหานำวิจัย

1. ผู้บริโภคมีความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ หรือไม่ อย่างไร
2. ผู้บริโภคมีความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ สัมพันธ์กันหรือไม่  
อย่างไร
3. ผู้บริโภคมีการเปิดรับสื่อทั่วไปและสื่อเพื่อสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
4. ผู้บริโภคมีทัศนคติต่อรูปแบบของสารเพื่อสุขภาพอย่างไร

## ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ อันได้แก่ ความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ และความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสุขภาพ อันได้แก่ รูปแบบของสารเพื่อสุขภาพ และการเลือกใช้สื่อเพื่อสุขภาพ โดยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) และใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 433 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20-54 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

## นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

### ความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge)

หมายถึง ขอบเขตที่ผู้บริโภคมียุทธศาสตร์เกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และปัญหาเรื้อรังที่จะส่งผลดีให้มีพฤติกรรมรักษาสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ทุเลาลง โดยคำถามที่ใช้ได้ประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Jayanti และ Burn (1998)

### แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation)

หมายถึง แรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้บริโภคเห็นคุณค่าและความสำคัญของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และเกิดความต้องการในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Healthy behaviors) มีรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyles) หรือมีพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health care behavior) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นแรงจูงใจเป็นคำถามเกี่ยวกับความโน้มเอียงในการป้องกันสุขภาพ (A preventive health orientation) และความโน้มเอียงในการรักษาสุขภาพ (A curative health orientation) โดยประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Moorman (1990)

### ความตระหนักเรื่องสุขภาพ (Health consciousness)

หมายถึง ระดับความกังวล หรือความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของผู้บริโภค โดยคำถามที่ใช้ได้ประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Jayanti และ Burn (1998)

### **พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behavior)**

หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้บริโภคมองกัน (Prevention) เสริมสร้าง (Enhance) รักษา (Maintain) หรือฟื้นฟูเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ด้วยการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ชีวิต

### **การสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication)**

หมายถึง ศิลปะและกลวิธีเพื่อแจ้งให้ทราบ ชูใจ และกระตุ้นประชาชนและองค์กร เพื่อให้มีความสนใจในความสำคัญของสุขภาพ โดยในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเรื่องรูปแบบของสารที่ให้ข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพ และสื่อที่ใช้เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

### **การเปิดรับสื่อ (Media exposure)**

หมายถึง การเห็นและการได้ยินของผู้บริโภคที่มีต่อสื่อที่เผยแพร่เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งการเปิดรับสื่อในการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งออกเป็นการเปิดรับสื่อทั่วไป คือ การเปิดรับสื่อที่มีการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าเป็นเรื่องสุขภาพ และการเปิดรับสื่อเพื่อสุขภาพ คือ การเปิดรับสื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพโดยเฉพาะ ซึ่งจะทำให้การศึกษาถึงความถี่ในการเปิดรับสื่อประเภทต่างๆ ของผู้บริโภค

### **ทัศนคติ (Attitude)**

หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ต่อรูปแบบของสารเพื่อสุขภาพและสื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อเป็นองค์ความรู้แก่นักวิชาการและนักวิจัยที่สนใจในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ในการนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์ทางวิชาการต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักการตลาด นักสื่อสารเพื่อสุขภาพ นักวางแผนสื่อ และผู้ประกอบการธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายหรือกลยุทธ์การสื่อสารการตลาด ทั้งเรื่องของวิธีการ รูปแบบ และช่องทางที่หลากหลาย เพื่อจะได้สื่อสารให้ตรงกับวัตถุประสงค์ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การอาหารและยา และ สสส. เป็นต้น เพื่อนำผลวิจัยไปใช้ในการวางแผนการรณรงค์เพื่อสุขภาพ

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ผู้วิจัยได้ศึกษาจากกรอบแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 แนวคิด ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behavior)
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health communication)
3. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมผู้บริโภค (Attitudes and consumer behavior)

#### แนวคิดเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behavior)

ด้วยสถานการณ์ที่มีโรคระบาดเป็นจำนวนมาก เช่น โรควัวบ้า (Mad cow disease) โรคปากเท้าเปื่อย (Foot-and-mouth epidemic) โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (H1 N1) เป็นต้น ทำให้ผู้บริโภคมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) มากยิ่งขึ้น โดยผู้บริโภคได้หันมาใส่ใจเรื่องคุณภาพของอาหารและการผลิต การใช้จ่ายเงินในการเกษตร ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกซื้ออาหารของผู้บริโภค (Magnusson, Arvola, Koivisto, Aberg & Sjoden, 2003, as cited in Chen, 2009) นอกจากนี้ยังมีการสืบหาข้อมูลความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health knowledge) โดยจะเห็นได้จากการตอบสนองของความต้องการของผู้บริโภคจากกลยุทธ์การสื่อสารต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางโฆษณา ประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมต่างๆ หรือแม้แต่ทางสังคมออนไลน์ (Social network) ที่กำลังได้รับความนิยมเป็นอย่างสูงในปัจจุบัน เพื่อให้ข้อมูลความรู้ ทั้งยังช่วยกระตุ้นให้ผู้บริโภคมีแรงจูงใจเพื่อให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behavior) ตามมา

ดังนั้น ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค (Health behaviors) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge) แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ควรศึกษาวิจัย เพื่อให้การสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมเพื่อสุขภาพนั้น เกิดจากเหตุปัจจัยมากมาย (Antecedents) โดยมีปัจจัยหลักๆ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร (Demographic) อาทิ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา เป็นต้น (Moon, Balasubramanian & Rimal, 2005) ความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge) (Ma, Shive, Toubbeh, Tan & Wu, 2008) แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ

(Health motivation) (Moon, Balasubramanian & Rimal, 2005) และความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) (Chen, 2009) ซึ่งปัจจัยแต่ละด้านนั้นอาจส่งผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้ทันที หรืออาจมีความสัมพันธ์ร่วมกัน แล้วจึงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

### ความหมายของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health Behavior)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1948, 2006) ได้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” (Health) ไว้ดังนี้ 1) สุขภาพ เป็นสินทรัพย์ถาวรของมนุษย์ที่ไม่สามารถถูกแยกออกไปได้ (An alienable asset) ซึ่งดูเหมือนว่าจะคล้ายกับสินทรัพย์อื่นๆ ของมนุษย์ เช่น การศึกษา ความรู้ความชำนาญ และทักษะเฉพาะตัวทางด้านต่างๆ แต่แท้จริงแล้วแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง เนื่องจากสุขภาพไม่สามารถสะสมเพิ่มพูนได้เหมือนความรู้ และทักษะ ทั้งยังไม่สามารถรับประกันความเสียหายได้ด้วย 2) สุขภาพ มีความหมายรวมถึงสภาพร่างกาย จิตใจ และการมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรคเท่านั้น และสุขภาพ ยังหมายถึง สภาพทางร่างกายที่มีการทำงานปกติ และมีความสมดุลกัน (The free dictionary, 2009)

ในขณะที่การนิยามศัพท์ในประเทศไทยนั้น ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2545 ได้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย คือ ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมคุณภาพ ทางจิตใจ คือ มีจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ไม่ติดขัด มีเมตตา มีสติ มีสมาธิ ทางสังคม คือ มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม และทางจิตวิญญาณ คือความสุขที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตใจได้สัมผัสสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง โดยทั้ง 4 ด้านนี้ จะต้องเกิดขึ้นจากการจัดการทางสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล (Individual health) สุขภาพของครอบครัว (Family health) อนามัยชุมชน (Community health) และสุขภาพของสาธารณะ (Public health) (Exteen blog, 2008)

ส่วนนิยามคำว่า “พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” (Health behavior) นั้น Kasl และ Cobb (1966, as cited in Taylor, 1995) ได้นิยามไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้บริโภครเสริมสร้าง (Enhance) หรือรักษา (Maintain) เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังเป็นการฟื้นฟูเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น และช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ทั้งยังเป็นการสะท้อนถึงความเชื่อเรื่องสุขภาพของแต่ละบุคคล (Person's health beliefs) โดยพฤติกรรมเพื่อสุขภาพทั่วไป คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็น (Mosby's Medical Dictionary, 2009, as cited in The free dictionary, 2009)

ในขณะที่ Goshman (1997) ได้อธิบายคำนิยามของคำว่า “พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” (Health behavior) ไม่ใช่เพียงแค่การรักษาพยาบาล (Clinical improvement) หรือการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Physiological recovery) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงวิธีการรักษา การฟื้นฟูให้สุขภาพดีขึ้น การรับรู้ถึงความเสื่อมของร่างกาย ทั้งจากโรคภัยไข้เจ็บ และจากอุบัติเหตุ เพื่อที่จะฟื้นฟูหรือรักษาต่อไป

Taylor (1995) ได้อธิบายวิธีการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพไว้ดังต่อไปนี้ 1) พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การตรวจเช็ควัดโรค ตรวจมะเร็งปากมดลูก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอและโรคคอตีบตั้งแต่วัยเด็ก เป็นต้น 2) พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการหยุดสูบบุหรี่ 3) พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น และ 4) พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์เลย เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย และการสวมหมวกกันน็อค เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้ Taylor (1995) ได้อธิบายวิธีการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพเพิ่มเติมว่า มีการส่งเสริมเพื่อสุขภาพหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ และการป้องกันเพื่อสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ (Health promotion หรือ Health promoting lifestyle) คือรูปแบบการปฏิบัติตัว ซึ่งจะสนับสนุนการรักษาสุขภาพ หรือส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดี (Wellness) (Orleans, Ulmer & Gruman, 1986 , as cited in Tucker, Butler, Loyuk, Desmond and Surrency, 2009) ส่วน WHO (2005) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นเงื่อนไขหรือความรู้ของผู้บริโภค ครอบครัว และชุมชนที่จะเป็นการสนับสนุน และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี ทั้งยังเป็นการพัฒนา (Improve) รักษา (Maintain) และป้องกัน (Safeguard) เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (The free dictionary, 2009) โดยพฤติกรรมเพื่อสุขภาพนั้น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Healthy eating) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Exercising consistently) ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนั้นจะช่วยป้องกันการเกิดโรคอ้วน (Obesity) โรคหัวใจ และโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) การควบคุมความเครียด (Stress management practices) และความรับผิดชอบเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health responsibility behaviors) (Walker, Sechrist, & Pender, 1987, as cited in Tucker, Butter, Loyuk, Desmond, & Surrency, 2009)

สอดคล้องกับ Moorman และ Matulich (1993) ที่กล่าวไว้ว่าการรักษาสุขภาพ (Health maintenance behaviors) คือการส่งเสริม (Health enhancing behaviors) ให้มีสุขภาพดี โดยการตรวจเช็คร่างกายกับผู้เชี่ยวชาญ (Health professionals for checkups) การรับประทาน

อาหารที่มีประโยชน์ (Improving dietary intake) การลดความเครียด (Minimizing stress) การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Moderating alcohol consumption) และงดการสูบบุหรี่ (Eliminating tobacco use)

Tucker และคณะ (2009) ได้อธิบายไว้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพมี 4 ประการ คือ 1) การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Healthy eating) 2) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Exercising consistently) 3) ความรับผิดชอบเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health responsibility behaviors) และ 4) การควบคุมความเครียด (Stress management practices)

นอกจากนี้ Tucker และคณะ (2009) ยังได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์หลักของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ เพื่อสร้างสุขภาพที่แข็งแรง (Healthy) มากกว่าเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น โดยมีผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้

- เพื่อให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behavior) ในการพัฒนาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น เช่น การควบคุมอาหารประเภทไขมัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health behaviors) เช่น การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง
- เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Avoidance of health-compromising-behaviors) เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเกินขนาด

ทั้งนี้ Taylor (1995) ได้อธิบายว่า หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ไม่ดี อาจนำมาซึ่งลักษณะนิสัยเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ดีอีกด้วย (Poor health habits) ซึ่ง Taylor (1995) ได้ให้ความหมายของลักษณะนิสัยเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ดีไว้ว่า เป็นพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่เกิดขึ้นและแสดงออกมาด้วยความเคยชิน ซึ่งเป็นการเรียนรู้และพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก ดังนั้น ผู้บริโภคจะเติบโตมาด้วยพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behaviors) ที่ดีได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการปลูกฝัง และการแนะนำให้มีลักษณะนิสัยที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health habits) ตั้งแต่ยังเด็ก โดยผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดก็คือ พ่อ แม่ และบุคคลในครอบครัว เช่น หากมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ จะมีความเป็นไปได้สูงมาก ที่เด็กจะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ด้วย

ทั้งนี้ Tucker และคณะ (2009) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Predictors of a health-promoting lifestyle and behaviors among low-income African American mothers and white mothers of chronically children ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยการส่งแบบสอบถามจากรายชื่อในฐานข้อมูลของศูนย์บริการทางการแพทย์สำหรับเด็กในรัฐฟลอริดา (Children's Medical Services) ซึ่งมีลูกที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากผู้หญิงกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความเครียดสูง และมีความเสี่ยงในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ ตามมา จากรายชื่อที่ส่งไปทั้งสิ้น 145 ราย ผลการตอบ



แบบสอบถามที่เสร็จสมบูรณ์มีทั้งสิ้น 94 ราย โดยในการวิจัยครั้งนี้ Tucker และคณะ ได้หาค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยกำหนดตัวแปรอิสระซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ไว้ดังนี้ 1) แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) 2) ความมั่นใจในประสิทธิภาพจากการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health Self-efficacy) 3) การยกย่องตนเองเรื่องสุขภาพ (Health self-praise) และตัวแปรสุดท้าย 4) การปฏิบัติตัว (Active coping) ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 4 ประการ คือ 1) การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Healthy eating) 2) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Exercising consistently) 3) ความรับผิดชอบเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health responsibility behaviors) และ 4) การควบคุมความเครียด (Stress management practices)

ผลการวิจัยพบว่า 1) การยกย่องตนเองเรื่องสุขภาพ (Health self-praise) มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health-promoting behaviors) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Healthy eating) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Exercising consistently) การควบคุมความเครียด (Stress management practices) และ ความรับผิดชอบเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health responsibility behaviors) อย่างมีนัยสำคัญ 2) แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ มีผลต่อความรับผิดชอบเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ 3) ความมั่นใจในประสิทธิภาพจากการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ มีผลต่อการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ และ 4) การปฏิบัติตัว (Active coping) มีผลต่อการควบคุมความเครียด และความรับผิดชอบเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ

2. การป้องกันเพื่อสุขภาพ (Primary Prevention) คือ พฤติกรรมที่ป้องกันไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บขึ้นได้ โดยมี 2 วิธีการคือ 1) การเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior-change) ซึ่งเป็นวิธีที่จะช่วยให้มีทางเลือกในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพได้ เช่น โปรแกรมการรับประทานอาหาร โปรแกรมลดน้ำหนัก เป็นต้น 2) การป้องกันไม่ให้เกิดลักษณะนิสัยที่ไม่ดี (Poor health habits) ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เป็นต้น

ส่วน Jayanti และ Burns (1998) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health care behavior) เป็นพฤติกรรมที่จะช่วยยืดอายุของคนเรา หรือช่วยบรรเทาอาการ ผ่อนหนักให้เป็นเบา หากเกิดการเจ็บป่วยขึ้น หรือช่วยลดอาการเรื้อรังลงได้ และในแง่การตลาด พฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ ถือว่าเป็นสิ่งที่ทำให้นักการตลาดอย่างมากในการที่จะโน้มน้าวให้ผู้บริโภคหันมาปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต (Lifestyle) ให้หันมาดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ จะเกิดขึ้นได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลาย อาทิเช่น การสนับสนุนภายในครอบครัว ข้อความจากโฆษณา การแนะนำจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ลักษณะนิสัยส่วนตัว ความมั่นใจในตัวเอง คุณค่าและความเชื่อต่อเรื่องสุขภาพ

สถานภาพทางการเงิน สภาวะทางอารมณ์ อุปสรรคทางร่างกาย และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ Gochman (1982, 1997) Kasl และ Cobb (1966, as cited in Glanze et al., 2008) และ จริมา ทองสวัสดิ์ (2545) ได้อธิบายว่าพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ มี 3 ประเภทคือ 1) พฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health behavior) คือ กิจกรรมหรือพฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีสุขภาพดี เพื่อดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ทั้งยังเป็นการป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันในชีวิตประจำวันอื่นๆ เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย ขณะขับรถ หรือการตรวจมะเร็ง การตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะ แม้ไม่ได้เป็นการป้องกันการเจ็บป่วย แต่อาจช่วยให้พบอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ซึ่งสามารถรักษาได้ทันที่ 2) พฤติกรรมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness behavior) เป็นความรู้สึกของบุคคล ที่รับรู้ความผิดปกติ รับรู้ว่าตนเองป่วย จะมีพฤติกรรมในการค้นหาการรักษาที่เหมาะสม (Suitable remedy) โดยอาจได้มาจากประสบการณ์ตรง การปรึกษาเพื่อน ญาติพี่น้อง ก่อนที่จะไปพบแพทย์ จนถึงการพิจารณาแล้ว เห็นว่าควรไปพบแพทย์ 3) พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick-role behavior) เป็นการพิจารณาแล้ว ยอมรับว่าตนเองป่วย และต้องไปพบแพทย์เพื่อได้รับการรักษาเพื่อให้อาการป่วยทุเลาลง

ส่วน Dutta (2004) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behaviors) ว่ามีกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1) การรับประทานอาหารเช้าที่ไขมันต่ำ 2) รับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืชมากขึ้น 3) ดื่มน้ำในปริมาณมากทุกวัน 4) รับประทานวิตามินหรืออาหารเสริมเป็นประจำ 5) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 6) ไม่สูบบุหรี่ 7) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือดื่มในปริมาณน้อย และ 8) รักษาน้ำหนักให้คงที่ ซึ่ง Glanze และคณะ (2008) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ อันจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตนั้น ได้แก่ การสูบบุหรี่ (Tobacco use) รูปแบบการรับประทานอาหารและรูปแบบการทำกิจกรรมต่างๆ (Diet and activities pattern) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) และพฤติกรรมทางเพศ (Sexual behavior)

ในขณะที่ การวิจัยของ Belloc และ Breslow (1972, as cited in Taylor, 1995) เกี่ยวกับลักษณะนิสัยเพื่อสุขภาพ (Health habits) ที่สำคัญ 7 ประการ เพื่อให้ผู้บริโภคมีสุขภาพร่างกายที่ดี ได้แก่ 1) การนอนหลับวันละ 7-8 ชม. 2) การไม่สูบบุหรี่ 3) การรับประทานอาหารเช้าทุกวัน 4) การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิน 2 แก้วต่อวัน 5) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 6) การไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ และ 7) การไม่มีน้ำหนักเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตามมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคเพศหญิงปฏิบัติได้ครบทั้ง 7 ประการ ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตลงถึงร้อยละ 43 ในขณะที่ ผู้บริโภคเพศชายปฏิบัติได้เพียง 3 ประการ มีผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 28 ซึ่งเมื่อผู้บริโภคมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ไม่ดี จะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ โดยเฉพาะโรคมะเร็ง ที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ไม่ดี และการบริโภค

อาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ถึง 5 ปีติดต่อกัน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2550 สาเหตุการเสียชีวิตรองลงมาคือ อุบัติเหตุ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551)

### ขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Stages of health behavior change)

แบบจำลอง Transtheoretical Model ของ Prochaska, Redding และ Evers (2008) คือแบบจำลองที่อธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งแบบจำลองนี้ช่วยให้เข้าใจว่าบุคคลที่ปรับเปลี่ยน หรือไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เป็นเพราะสาเหตุใด เพื่อจะสามารถประเมินสถานการณ์ จัดการรูปแบบ ช่องทาง หรือโปรแกรมต่างๆ เพื่อตอบสนองได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมายให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีต่อไป ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนการพิจารณา (Pre-contemplation stage) เป็นขั้นที่บุคคลไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพเลย เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ไม่รู้และไม่ได้อะไรเกี่ยวกับปัญหาเรื่องสุขภาพ หรือคิดว่าจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ขั้นตอนการพิจารณา (Contemplation stage) เป็นขั้นที่บุคคลรับรู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และเริ่มคิดวิธีแก้ไขปัญหานั้น แต่ก็ยังไม่ตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยังพยายามหาเหตุผล ข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมที่ตนปฏิบัติอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะพยายามหาข้อดีหรือเหตุผลมาอ้างในการมีพฤติกรรมนั้นต่อไป เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ รับผิดชอบว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีต่อสุขภาพ แต่ก็ยังไม่คิดที่จะเลิกสูบ ทั้งยังหาเหตุผลมาเพื่อจะได้เห็นว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่เรื่องเสียหาย
3. ขั้นตอนการเตรียมตัวที่จะเปลี่ยนแปลง (Preparation stage) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังไม่เริ่มปฏิบัติ ซึ่งอาจเกิดจากความล้มเหลวในอดีต หรือมีการผลักดันไปเรื่อยๆ จนกว่าจะพบเหตุการณ์หรือความกดดันให้ต้องเปลี่ยนแปลง เช่น ตั้งใจว่าจะสูบบุหรี่ให้น้อยลง แต่ก็ยังไม่ทำ
4. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action stage) เป็นขั้นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาจเป็นการเลิกพฤติกรรมเดิม หรือเปลี่ยนแปลงให้มีพฤติกรรมใหม่
5. ขั้นตอนการรักษาสุขภาพ (Maintenance) เป็นขั้นที่รักษาพฤติกรรมที่ดีไว้ ซึ่งหากคงพฤติกรรมที่ดีไว้ได้นานกว่า 6 เดือน ก็มีแนวโน้มว่าจะรักษาพฤติกรรมที่ดีแบบนี้ไว้ได้อย่างยาวนาน

Taylor (1995) ได้อธิบายพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างให้มีสุขภาพที่ดี (Health-enhancing Behaviors) ไว้ดังนี้

1. การออกกำลังกาย (Exercise) โดยราวปีค.ศ. 1985 วงการแพทย์และนักจิตวิทยาสุขภาพ (Medical community and health psychologists) ได้หันมาสนใจบทบาทการออกกำลังกาย ประเภทแอโรบิก (Aerobic exercise) เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่ให้ประโยชน์ต่อร่างกายมากมาย เช่น กระตุ้นการทำงานและสร้างความแข็งแรงให้หลอดเลือดหัวใจ (Alpert, Field, Goldstein, & Perry, 1990; Serfass & Gerberich, 1984, as cited in Taylor, 1995) ทั้งยังช่วยให้การทำงานของร่างกายมีประสิทธิภาพ โดยได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ ส่วนประโยชน์อื่นๆ ของการเดินแอโรบิก ได้แก่ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาความสามารถในการทำงานของร่างกาย มีน้ำหนักที่เหมาะสม รักษากล้ามเนื้อให้แข็งแรง ลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสม รวมถึงช่วยลดการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ (Leon, 1983; Leon & Fox, 1981; Ebbesen, Prkhachin, Mills, & Green, 1992, as cited in Taylor, 1995)

นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีอีกหลายรูปแบบ เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ ยกน้ำหนัก เป็นต้น ส่วนปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายแตกต่างกัน คือ ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร (Demographics) เช่น หากอยู่ในช่วงวัยรุ่น วัยรุ่นชายจะออกกำลังกายมากกว่าวัยรุ่นหญิง (Sallis, Nader, Broyles, Berry, Elder, McKenzie, & Nelson, 1993, as cited in Taylor, 1995) เป็นต้น ส่วน Dishman (1982, as cited in Taylor, 1995) ได้แนะนำไว้ว่าสิ่งสำคัญที่จะทำให้คนหันมาสนใจการออกกำลังกายนั้น คือ แรงจูงใจ ซึ่งมีปัจจัยมากมายที่จะเพิ่มแรงจูงใจให้ออกกำลังกาย แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะจูงใจได้ในระยะยาว ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรศึกษาวิจัยต่อไป (Godin, Desharnais, Jobin, & Cook, 1987, as cited in Taylor, 1995)

2. การป้องกันอุบัติเหตุ (Accident prevention) เนื่องจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ดังนั้นจึงควรหันมาหาวิธีป้องกัน หรือกำหนดกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งจะเป็นการลดอัตราการเสียชีวิตลงด้วย สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุแบ่งได้เป็น

- อุบัติเหตุภายในบ้านและที่ทำงาน (Home and workplace accidents) อุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น เกิดจากสารพิษ หรือการหกล้ม โดยที่พ่อแม่เป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแล ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อที่จะป้องกันการเกิดอุบัติเหตุกับคนในครอบครัว (Peterson, Farmer, & Kashani, 1990, as cited in Taylor, 1995) ส่วนอุบัติเหตุในที่ทำงานก็สามารถลดลงได้ด้วยความเข้มงวดของกฎระเบียบต่างๆ

- อุบัติเหตุจากยานพาหนะ ทั้งทางมอเตอร์ไซค์และรถยนต์ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการกำหนดความเร็วในการขับขี่ (Califano, 1979a, as cited in Taylor, 1995) การคาดเข็มขัดนิรภัย (McGinnis, 1984; O'Day & Scott, 1984; Sleet, 1984, as cited in Taylor, 1995) และการสวมหมวกกันน็อค ซึ่งจะช่วยลดอาการบาดเจ็บให้น้อยลงได้ (R. Thompson, Rivara, & D. Thompson, 1989, as cited in Taylor, 1995) แต่ก็เป็นการยากที่จะทำให้คนปฏิบัติตามกฎระเบียบที่ตั้งไว้ (McGinnis, 1984, as cited in Taylor, 1995) กลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อที่จะโน้มน้าวให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบเหล่านี้ คือ การให้การศึกษาเรื่องสุขภาพ (Health Education) ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความรู้เรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

### 3. พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง (Cancer-related health behaviors)

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยอันดับ 1 ติดต่อกันถึง 5 ปี นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546-2550 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) พฤติกรรมป้องกันด้วยการตรวจเช็คด้วยตนเอง จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคมะเร็ง หรือหากเกิดขึ้นแล้ว แต่ก็สามารถพบได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรกเพื่อที่จะได้เข้ารับการรักษาทันท่วงที การตรวจเช็คมะเร็งด้วยตนเองแบ่งเป็นประเภทต่างๆ คือ

- การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination: BSE) จากในอดีตพบว่า อายุเริ่มต้นของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมคืออายุ 45 ปี ต่อมาพบว่าอายุที่เริ่มต้นนั้นลดลง (Anderson, 1992, as cited in Taylor, 1995) และแม้ว่าวิวัฒนาการทางการแพทย์จะก้าวไกล แต่ถึงอย่างไร วิธีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองก็สามารถป้องกันโรคได้ถึง 90% ซึ่งวิธีการตรวจก็ง่ายๆ ก็คือการคลำเต้านมเพื่อหาสิ่งผิดปกติในขณะอาบน้ำอุ่น ส่วนปัจจัยที่จะกระตุ้นให้ผู้หญิงตรวจเต้านมนั้น คือการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ และวิธีการที่ถูกต้องในการตรวจ เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งได้ตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งผู้บริโภคนั้นที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่มีความกังวลหรือความตระหนักในเรื่องสุขภาพสูง (Champion, 1990; Shepperd, Solomon, Atkins, Foster, & Frankowski, 1990 as cited in Taylor, 1995)
- การเอ็กซเรย์เต้านม (Mammography) เป็นวิธีการตรวจที่จำเป็นต้องตรวจเป็นประจำทุกปี สำหรับผู้หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป นอกจากการตรวจด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มเสี่ยงคือผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ก็สามารถเข้ารับการตรวจได้ ส่วนอุปสรรคที่ทำให้ผู้หญิงไม่ไปตรวจนั้นก็คือ ความกลัวเจ็บ ความอายขณะตรวจ และความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านลักษณะประชากรก็ยังเป็นอุปสรรคขัดขวางในการตรวจเอ็กซเรย์เต้านม

โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีรายได้น้อยจะมีความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจเป็นอย่างมาก (Stein, Fox, & Matura, 1991; Rimer, 1992, as cited in Taylor, 1995)

- การตรวจต่อมลูกหมากด้วยตนเอง (Testicular self-examination: TSE) มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ชายอายุ 15-35 ปี และมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (National Cancer Institute, 1987, as cited in Taylor, 1995) ซึ่งวิธีการตรวจต่อมลูกหมาก ด้วยตนเองนั้นทำได้ง่ายๆ คล้ายกับการตรวจมะเร็งเต้านม โดยสามารถคลำตัวเองในขณะอาบน้ำอุ่น
- การควบคุมน้ำหนัก (Weight control) เพราะโรคอ้วน (Obesity) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย ดังนั้น การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจึงเป็นพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งสามารถทำได้โดยการรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมัน และน้ำตาลน้อย (Rodin, Reed, & Jammer, 1988, as cited in Taylor, 1995) ซึ่งนอกจากจะควบคุมน้ำหนักได้แล้ว ยังช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด และป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วย โดยหากมีการปลูกฝังเรื่องพฤติกรรมการบริโภคตั้งแต่ยังเด็ก ก็สามารถเติบโตมาโดยไม่เป็นโรคอ้วน

จากที่ผู้วิจัยได้อธิบายมาข้างต้น สรุปได้ว่าพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่ผู้บริโภคเสริมสร้าง (Enhance) หรือรักษา (Maintain) เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งยังช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บอีกด้วย ผู้บริโภคสามารถมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้ด้วยวิธีง่ายๆ คือ การตรวจเช็คร่างกายและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ลดความตึงเครียด งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพนั้นสามารถแบ่งเป็นวิธีการต่างๆ ได้ดังนี้ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์เลย ทั้งยังแบ่งเป็นวิธีการต่างๆ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ (Health promotion หรือ Health promoting lifestyle) การป้องกันเพื่อสุขภาพ (Primary Prevention) พฤติกรรมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick-role behavior)

ทั้งนี้ ผู้บริโภคแต่ละคนย่อมมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันไป จึงเป็นที่มาของการศึกษาต่อไปว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อกันหรือไม่ และอย่างไร

## ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Antecedents of health behavior)

เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกัน พฤติกรรมเพื่อสุขภาพจึงไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกคน นำไปสู่การที่นักวิชาการ นักวิจัย และนักสื่อสารเพื่อสุขภาพให้ความสนใจถึงเหตุปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และทำการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย สร้างแบบจำลอง และทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ทำให้เข้าใจในความแตกต่างของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคแต่ละคนมากยิ่งขึ้น

National Cancer Institute (2005) ได้รายงานไว้ว่า ราวทศวรรษที่ 1950 มีการพัฒนาแบบจำลองเริ่มแรกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ คือ แบบจำลองความเชื่อเรื่องสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM) แบบจำลองที่ยังคงรู้จักกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (S. Jones, P. Jones & Katz 1988; Taylor, 1995; Glanz, Rimer & Lewis, 2002, as cited in Taylor, 1995) โดย HBM ได้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพในเรื่องการป้องกันโรคมะเร็งไข้เจ็บ ความจำเป็นที่ต้องดูแลสุขภาพ การรับรู้ในผลดีของการป้องกันการเกิดโรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของ University of Twente (2004) ได้อธิบายไว้ว่า แบบจำลอง HBM เกิดขึ้นจาก Hochbaum, Rosenstock และ Kegels ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาทางสังคม (Social psychologists) ที่ทำงานอยู่ใน U.S. Public Health Services โดยเป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่อธิบายและคาดการณ์พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยมุ่งประเด็นไปที่เรื่องทัศนคติ และความเชื่อของผู้บริโภค ทั้งยังเป็นการศึกษาพฤติกรรมเพื่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

S. Jones, P. Jones และ Katz (1988) University of Twente (2004) และ Taylor (1995) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพไว้ในแบบจำลอง Health Belief Model (HBM) ได้สอดคล้องกันว่า พฤติกรรมเพื่อสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อผู้บริโภคมีความเชื่อ และการรับรู้ในสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ว่าตนเองอ่อนแอ อ่อนเพลีย (Perceived susceptibility) เช่น เมื่อผู้บริโภครู้สึกว่าตนเองอ่อนเพลีย ก็อาจนำไปสู่การตรวจเช็คร่างกาย
2. การรับรู้ถึงผลร้ายจากการไม่ดูแลสุขภาพ (Perceived severity) เช่น เมื่อผู้บริโภครับรู้ว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้บริโภคก็จะลดอาหารประเภทไขมัน
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Perceived benefits) เช่น เมื่อผู้บริโภครับรู้ประโยชน์ที่จะช่วยลดปัญหา หรือผลร้ายต่างๆ จากโรคมะเร็งไข้เจ็บ ก็มีแนวโน้มให้เกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพตามมา

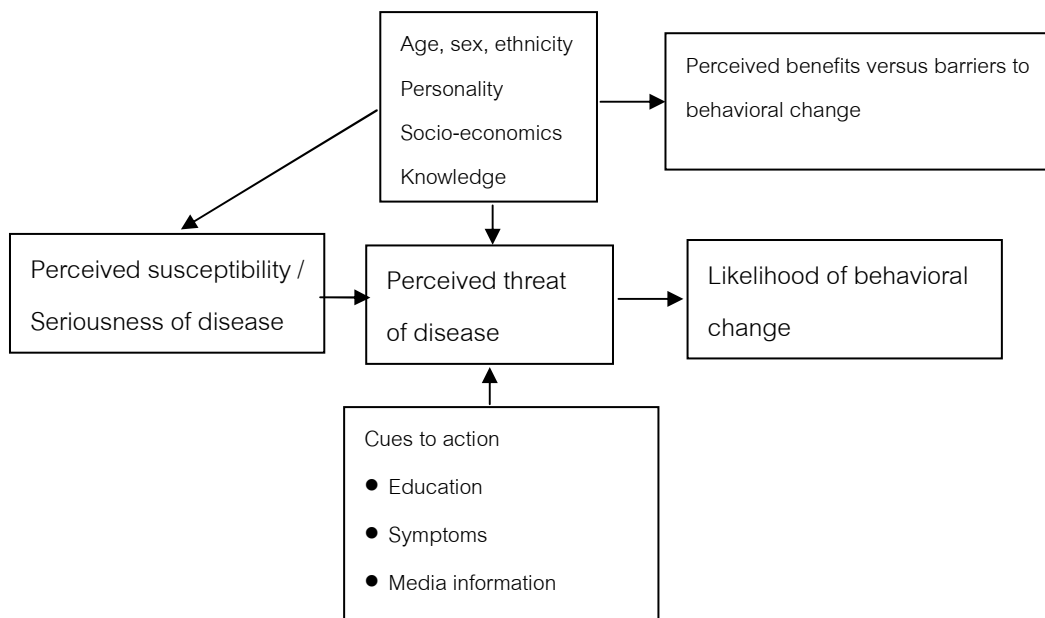
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Perceived barriers) เช่น เมื่อผู้บริโภครับรู้ว่าการไปตรวจสุขภาพนั้นมีค่าใช้จ่ายสูง จึงตัดสินใจไม่ไปตรวจ

5. สิ่งช่วยเตือน หรือกระตุ้นให้ผู้บริโภคแสดงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Cue to action) เช่น สถานพยาบาล หรือแพทย์ แจ้งเตือนผู้บริโภค เมื่อถึงเวลาการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

6. ความมั่นใจในประสิทธิภาพจากการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของตนเอง หรือจากการดูแลป้องกันตนเองให้ปราศจากโรค (Self-efficacy) เช่น เมื่อผู้บริโภคเชื่อมั่นว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมได้อย่างแน่นอน ผู้บริโภคก็จะปฏิบัติ เป็นต้น

นอกจากนี้ HBM ยังได้ขยายขอบเขตในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้อีก 3 ประการ 1) พฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health behaviors) ซึ่งรวมถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting) เช่น การออกกำลังกาย และพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health-risk) เช่น การสูบบุหรี่ 2) พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behaviors) โดยผู้บริโภคจะยินยอมทำตามคำแนะนำ กฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ได้รับจากแพทย์ หลังจากการตรวจวินิจฉัยโรค ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย หรือการรับประทานอาหาร และ 3) การไปพบแพทย์ และการไปสถานพยาบาล (Clinic use) ซึ่งรวมถึงเหตุผลต่างๆ ที่ไปด้วย

แผนภาพที่ 2.1 แสดงแบบจำลองแนวคิด Health Belief Model: HBM



ที่มา : Glanz et al., 2002, as cited in University of Twente (2004) retrieved November 21, 2009, from [http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health\\_Belief\\_Model.doc](http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc)



ต่อมาเมื่อมีการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมาในระยะเวลาหนึ่ง จึงทำให้เกิดความแพร่หลายในการวิจัยถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยปัจจัยที่ได้รับการศึกษากันอย่างกว้างขวางได้แก่ ลักษณะทางประชากร (Demographics) ความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge) แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) และความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness)

### ลักษณะทางประชากร (Demographics)

ลักษณะทางประชากร (Demographics) เป็นปัจจัยสำคัญที่การศึกษาวิจัยหลายๆ ด้านนำมาวิเคราะห์หรืออยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยการตลาดและการวิจัยเรื่องพฤติกรรมของผู้บริโภค ซึ่งลักษณะทางประชากรนั้น เป็นตัวแปรที่มีผลต่อการเกิดทัศนคติ และพฤติกรรมต่างๆ รวมไปถึงความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge) แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behaviors) เช่น งานวิจัยของ Ferraro (1993) เรื่อง Are black older adults health-pessimistic? งานวิจัยของ Jayanti และ Burns (1998) เรื่อง The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study ส่วน Burns (1992, as cited in Jayanti และ Burns, 1998) ได้อธิบายเหตุ (Antecedents) ที่จะนำมาสู่พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร (Demographics) และปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา (Psychosocial factors) นอกจากนี้ Nathanson (1977, as cited in Goshman, 1997) ยังกล่าวถึงเรื่องความแตกต่างเรื่องเพศ มีผลต่อความแตกต่างด้านพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยเพศชายจะมีพฤติกรรมเสี่ยง (Risky behavior) มากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Health care behaviors) มากกว่าเพศชาย

นอกจากนี้ Gordon (2002) ยังได้อธิบายไว้เช่นกันว่า ระดับการศึกษาของผู้บริโภคที่มีอิทธิพลต่อการมีความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพด้วย นอกจากนี้ระดับการศึกษาแล้ว ลักษณะทางประชากร (Demographics) อื่นๆ อย่างเช่น อายุ และเพศ ก็มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพเช่นกัน กล่าวคือ ผู้บริโภคที่มีอายุมากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้บริโภคที่มีอายุน้อยกว่า และผู้บริโภคเพศหญิงมักจะมีพฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้บริโภคเพศชาย

จากการศึกษาของ Moon, Balasubramanian และ Rimal (2005) เรื่อง Perceived health benefits and soy consumption behavior: Two-stage decision model approach ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจทางออนไลน์ (Online survey) โดยใช้ในการสุ่มจากฐานข้อมูลของบริษัทวิจัย

การตลาด Ipsos 3,000 รายจากทั้งหมด 400,000 ราย และได้รับการตอบกลับมากกว่า 1,400 ราย คิดเป็น 47% โดยศึกษาเรื่องลักษณะทางประชากร (Demographic) และพฤติกรรมการบริโภคถั่วเหลือง ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทางประชากรมีบทบาทต่อทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลือง และต่อปริมาณการบริโภค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้บริโภคที่มีการศึกษาสูงกว่า มีแนวโน้มที่จะบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลือง และบริโภคในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนชนชาติก็มีผลต่อการบริโภคถั่วเหลืองด้วยเช่นกัน โดยผู้บริโภคชาวแอฟริกัน-อเมริกัน (African-Americans) ชาวเอเชีย (Asians) และชาวสเปน (Hispanics) อาหารที่ผลิตจากถั่วเหลืองมากกว่าชนชาติอื่นๆ

นอกจากนี้ ผู้บริโภคที่มีการศึกษาสูงกว่า จะมีความรู้เรื่องประโยชน์จากถั่วเหลืองมากกว่า และมีแนวโน้มที่จะบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลืองสูงกว่า เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่านั้น เสียเปรียบในการได้รับความรู้เรื่องประโยชน์ในการบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลือง ส่วนปัจจัยเรื่องเพศ รายได้ และอายุนั้น พบว่า เพศหญิง ผู้ที่มีรายได้มากกว่า และผู้สูงอายุ มีแนวโน้มที่จะบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลืองสูงกว่า

ในขณะที่ Ma, Shive, Toubbeh, Tan และ Wu (2008) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Knowledge, attitudes, and behaviors of Chinese Hepatitis B screening and vaccination ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคตับอักเสบบี (Hepatitis B : HPB) ของชาวจีน 429 ราย ในนิวยอร์ก ซึ่งโรคตับอักเสบบี เป็นโรคที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับ (Liver cancer) ซึ่งชาวจีนที่อพยพมาตั้งแต่ต้นนั้น ขาดการคัดกรอง (Screening) และการฉีดวัคซีนป้องกันโรค (Vaccination) จึงยิ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของการแพร่ระบาด และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคมะเร็งตับ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบบี และอัตราการฉีดวัคซีนป้องกันโรคของชาวจีนนั้นอยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ การศึกษา และรายได้ ก่อให้เกิดความแตกต่างในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่เป็นเพศหญิง ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีรายได้สูง จะมีการฉีดวัคซีนมากกว่า

นอกจากนี้ Plonczynski (2003) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ผิวดำและผิวขาว เนื่องจากเห็นว่าสีผิว หรือเชื้อชาติ นั้น เป็นลักษณะทางประชากรที่เป็นปัจจัยสำคัญ แต่มักถูกละเลยในการศึกษาวิจัยอยู่เสมอ ในการวิจัยครั้งนี้ Plonczynski (2003) ได้ทำการสำรวจจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศ เป็นผู้สูงอายุผิวดำ 855 ราย และผู้สูงอายุผิวขาว 3,000 รายระหว่างวันที่ 9 มกราคม 1985 ถึงวันที่ 6 มกราคม 1986 ตัวชี้วัด 4 ตัวที่นำมาสำรวจในครั้งนี้คือ 1) การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Functional morbidity) โดยวิเคราะห์ตัวแปรดังต่อไปนี้ 1.1 กิจกรรมประจำวัน (Activities of daily living) 1.2 กิจกรรมอื่นๆ ที่ทำในแต่ละวัน (Instrumental activities of daily living) 1.3 ข้อจำกัดของการปฏิบัติตัว

(Functional limitations) 1.4 โรคภัยต่างๆ (Physiological conditions/ Diseases) 2) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) โดยวิเคราะห์ตัวแปรดังต่อไปนี้ 2.1 ความรับผิดชอบเรื่องสุขภาพ (Health responsibility) 2.2 ระดับของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านๆ มา (Activity level now versus the previous year) 2.3 ความเชื่อในการควบคุมเรื่องสุขภาพของตนเอง และ 3) การประเมินเรื่องสุขภาพ (Health assessment) ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคที่มีอายุมากกว่า และผู้บริโภคเพศหญิง มีระดับ Functional Morbidity สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญ ในทางกลับกัน ผู้บริโภคที่มีการศึกษาสูงกว่า และผู้บริโภคผิวขาว มีระดับ Functional Morbidity ต่ำกว่า ส่วนผู้บริโภคที่มีอายุมากกว่า และผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ที่มากกว่า ในขณะที่เดียวกับ ผู้สูงอายุผิวดำ ก็มีแนวโน้มที่จะสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่มากกว่าเช่นกัน ส่วนในเรื่องของการประเมินเรื่องสุขภาพนั้น พบว่า ผู้ชายผิวดำประเมินค่าสุขภาพตนเองต่ำกว่าผู้ชายและผู้หญิงผิวขาว

ส่วน Landstrom, Hursti, Becker และ Magnusson (2007) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Use of functional foods among Swedish consumers is related to health-consciousness and perceived effect เพื่อศึกษาเรื่องลักษณะทางประชากร และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสร้างสุขภาพ (Functional food) ของผู้บริโภคชาวสวีเดน ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และส่งแบบสอบถามโดยวิธีการสุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคเพศหญิงบริโภค และซื้ออาหารสร้างสุขภาพมากกว่า ผู้บริโภคเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ โดยมักจะบริโภคหรือซื้อน้ำผลไม้ (Fruit-drinks) ผลิตภัณฑ์จากนม (Milk-products) และขนมปังที่อุดมไปด้วยใยอาหาร (Fibre-rich bread) ในสัดส่วนสูงที่สุด และผู้บริโภคที่มีการศึกษาสูง จะบริโภคอาหารที่มีจุลินทรีย์ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (Probiotic products) เช่น นมเปรี้ยว โยเกิร์ต มากกว่าผู้บริโภคที่มีการศึกษาต่ำกว่า

จากการศึกษาของ Ridder, Heuvelmans, Tommy, Seidell และ Renders (2009) เรื่อง We are healthy so we can behave unhealthy: A qualitative study of the health behavior of Dutch lower vocational students ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่น ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนาในครั้งนี้ เป็นกลุ่มเด็กนักเรียนอาชีวศึกษาชาย 37 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนาซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นนั้น ไม่มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ในทางตรงกันข้าม พ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกว่า และเป็นผู้ที่คอยเตรียมอาหารสำหรับครอบครัวนั้น จะให้ความสำคัญต่ออาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นหลัก

จากผลการศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากร และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ลักษณะทางประชากร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพเป็นอย่างมาก ซึ่งเมื่อบุคคลมีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน ก็ย่อมมีพฤติกรรมเพื่อ

สุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น เพศหญิงใส่ใจเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีอายุมากย่อมมีความใส่ใจในเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และผู้ที่ระดับการศึกษาสูงกว่าก็มีความใส่ใจเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เป็นต้น

### ความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge)

การที่บุคคลจะมีทัศนคติ หรือพฤติกรรมแบบใดแบบหนึ่ง การมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ย่อมมีอิทธิพลกระตุ้นให้เกิด และไม่เกิดพฤติกรรม รวมทั้งอาจเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมทั้งแบบผิดวิธีและถูกวิธี พฤติกรรมเพื่อสุขภาพก็เช่นเดียวกัน การมีความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge) จึงเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่นักวิชาการและนักวิจัยได้สนใจศึกษาว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างไร

Finnegan และ Viswanath (2008) ได้อธิบายว่า ความรู้ (Knowledge) คือ ข้อมูลข้อเท็จจริง ที่นำไปสู่ความเข้าใจหรือการนำไปใช้เพื่อการปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างถูกต้อง ส่วน Moorman และ Matulich (1993) ได้ให้ความหมายของความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge) ไว้ว่า เป็นขอบเขตที่ผู้บริโภคมียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Gordon (2002) ที่กล่าวว่า ความรู้เรื่องสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

ส่วน Moon, Balasubramanian และ Rimal (2005) ได้กล่าวว่า ความรู้เรื่องสุขภาพคือ ความรู้เรื่องผลทางโภชนาการที่มีต่อสุขภาพ

Jayanti และ Burns (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study โดยอธิบายไว้ว่าความรู้เรื่องสุขภาพ คือ คลังความรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เรื่องสุขภาพนั้น มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ ในขณะที่ Clay และ Bassett (1999) กล่าวว่า หากผู้บริโภคไม่มีความรู้เรื่องสุขภาพ ก็จะไม่มีความแตกต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ จึงไม่สามารถพัฒนาสุขภาพของพวกเขาให้ดีขึ้นได้

Kenkel (1991) กล่าวว่า การมีความรู้เรื่องสุขภาพจะช่วยให้เราใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่อาจมีสาเหตุบางประการ เช่น รายได้ ซึ่งเป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ในขณะที่ Grossman (1972) กล่าวว่า การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพนั้น จะช่วยเพิ่มการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้กับสมาชิกในครอบครัว

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จึงทำให้ Nutrition Labeling and Education Act: NLEA ออกกฎระเบียบให้ใส่ข้อมูลทางโภชนาการให้เพิ่มมากขึ้นบนบรรจุภัณฑ์ ไม่ว่าจะเป็นขนาดรับประทาน (Serving size) และการอ้างถึงสรรพคุณทางสุขภาพ (Health claims) เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้บริโภคมีความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้นแล้ว จะทำให้ผู้บริโภคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหันมาใส่ใจสุขภาพ และลดการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเกิดมาจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ลดน้อยลง (Balasubramanian & Cole, 2002)

นอกจากนี้ จากการวิจัยของ Kraft และ Goodell (1993) เรื่อง Identifying the health conscious consumer ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การอ้างถึงสรรพคุณทางสุขภาพ (Health claims) มีบทบาทต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge) และส่งผลต่อการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอีกด้วย

จากการวิจัยของ Kenkel (1991) เรื่อง Health behavior, health knowledge and schooling ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และความรู้เรื่องสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดให้ความรู้เรื่องสุขภาพ เป็นตัวแปรอิสระ ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแปรตาม คือ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย ผลการศึกษา พบว่า การให้ความรู้เรื่องสุขภาพนั้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราลดลง แต่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ

Moon, Balasubramanian และ Rimal (2005) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Perceived health benefits and soy consumption behavior: Two-stage decision model approach เพื่อศึกษาเรื่องการรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของถั่วเหลือง (Perceived soy health benefit) ซึ่งถือเป็นความรู้เรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคถั่วเหลือง (Consumption behavior) โดยใช้มาตรวัดของ Moorman และ Matulich (1993) คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ของความรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งคำถามเป็นการจับคู่ 11 คู่ ระหว่างสารอาหาร เช่น ไขมัน แคลเซียม และผลดี ผลเสียจากสารอาหารนั้น เช่น ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กระดูกแข็งแรง เป็นต้น ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคที่มีความรู้เรื่องสุขภาพ มีโอกาสที่จะบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลือง แต่ไม่มีอิทธิพลต่อปริมาณในการบริโภค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ Bergman (1995) เรื่อง Health attitudes, health cognitions and health behaviors among internet health information seekers: Population-based survey ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จากการสุ่มรายชื่อในฐานข้อมูลของ The health styles database เพื่อศึกษาเรื่องทัศนคติต่อสุขภาพ (Health attitudes) การรับรู้

เรื่องสุขภาพ (Health cognitions) และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behaviors) กับผู้บริโภคที่หาข้อมูลเรื่องสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคที่ค้นหาข้อมูลเรื่องสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต จะมีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่า และส่งผลให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้หาข้อมูล

ส่วน Ma และ คณะ (2008) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Knowledge, attitudes and behaviors of Chinese Hepatitis B screening and vaccination เพื่อทำการศึกษาเรื่องความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคตับอักเสบ บี (HPB) ของชาวจีน 429 ราย ในนิวยอร์ก ผลการวิจัยพบว่า ชาวจีนจะเข้ารับการคัดกรอง (Get screened) เมื่อมีความรู้เรื่องโรคตับอักเสบ บี (Knew of HPB) 82.9% มีความรู้เรื่องการคัดกรอง (Screening test) 77.6% และรู้ว่าจะมีการฉีดวัคซีนป้องกัน (Vaccination) 76.8% มากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่จะเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี คือผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคตับอักเสบ บี 80% มีความรู้เรื่องการคัดกรอง (Screening test) 72.1% และรู้ว่าจะมีการฉีดวัคซีนป้องกัน (Vaccination) 83.3% มากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ ส่วนในแง่ของทัศนคตินั้น ผู้ที่จะเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี คือผู้ที่ไม่เชื่อว่ามะเร็งตับสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง 27.6% ยกตัวอย่าง เช่น การไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน แปรงสีฟัน และผู้ที่ไม่คิดว่ามะเร็งตับสามารถรักษาได้ 57.4%

นอกจากนี้ Tu และ Cohen (2008) รายงานไว้ใน Tracking report No.20 จาก Center for Studying Health System Change ว่า การหาข้อมูลเรื่องสุขภาพ ทำให้ผู้บริโภคมีความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้บริโภคมีความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น โดยในปี 2007 ชาวอเมริกันหาข้อมูลความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ถึงร้อยละ 56 หรือมากกว่า 122 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2001 ที่มีอยู่ร้อยละ 38 หรือ 72 ล้านคน โดยที่สื่อทางอินเทอร์เน็ตนั้น เป็นแหล่งความรู้เพื่อสุขภาพที่เติบโตเร็วที่สุด ปริมาณการหาข้อมูลที่เพิ่มขึ้นระหว่างปี 2001 และปี 2007 ไม่ได้จำกัดอยู่ในผู้บริโภคกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น แต่พบว่า ปริมาณการหาข้อมูลที่เพิ่มขึ้นทั้งทางอินเทอร์เน็ตและจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ นั้น ล้วนมาจากผู้บริโภคทุกกลุ่มอายุ ทุกระดับการศึกษา ทุกกลุ่มรายได้ ทุกเชื้อชาติ และจากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมากต่อการหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (Health information) โดยในปี 2007 ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพถึง 72% มากกว่าผู้ที่ไม่ได้จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ที่หาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพียง 42%

ส่วนงานวิจัยของ Chern, Loehman และ Yen (1995, as cited in Moon et al., 2005) เรื่อง Health, Nutrition and Demand for Food: An American Perspective เพื่อศึกษาเรื่องการรักษาอาหารที่ผลิตด้วยน้ำมันประเภทต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อผู้บริโภคได้รับข้อมูลความรู้

เกี่ยวกับสุขภาพแล้ว จะเลือกรับประทานอาหารที่ใช้น้ำมันพืชในการผลิตมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็รับประทานอาหารที่ผลิตด้วยน้ำมันหมู และเนยลดลง

นอกจากนี้ จากการศึกษาวิจัยของ Ippolito และ Mathios (1993, as cited in Moon และคณะ, 2005) เรื่อง Information, Advertising, and Health Choices: A study of the Cereal Market ผลการวิจัยพบว่า เมื่อผู้บริโภคมีความรู้เรื่องประโยชน์ของใยอาหาร ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง จะส่งผลให้มีการบริโภคอาหารประเภทธัญพืชที่อุดมไปด้วยใยอาหาร (Fiber rich cereals) เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ความรู้เรื่องสุขภาพของแม่ มีผลกระทบโดยตรงต่อการเลือกอาหารที่มีคุณภาพให้ลูก อย่างมีนัยสำคัญ

### แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation)

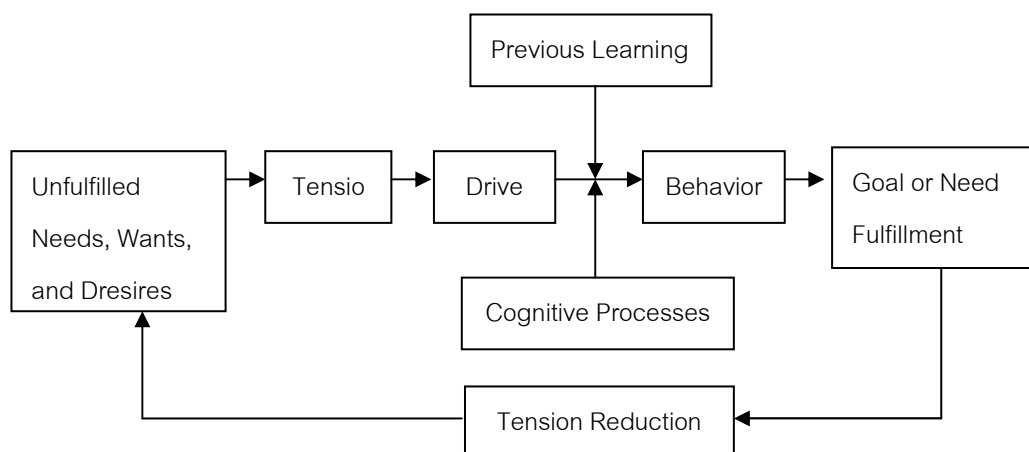
Finnegan และ Viswanath (2008) ได้อธิบายว่า “แรงจูงใจ” (Motivation) คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคล เพื่อที่จะเข้าร่วมหรือปฏิบัติตามข้อมูล (Information) หรือความรู้ (Knowledge) ที่มีอยู่ในขณะที่ Schiffman และ Kanuk (2007) ได้ให้นิยามคำว่า “แรงจูงใจ” (Motivation) ไว้ว่าเป็นแรงขับของบุคคล เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เพื่อให้ได้รับรางวัล หรือเพื่อให้เกิดสภาวะใดสภาวะหนึ่ง โดยสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจนั้น ได้แก่ สิ่งเร้าทางกายภาพ (Physiological) สิ่งเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) สิ่งเร้าจากการเรียนรู้ (Cognitive arousal) และสิ่งเร้าทางสิ่งแวดล้อม (Environmental arousal)

นอกจากนี้ Schiffman และ Kanuk (2007) ยังได้อธิบายแบบจำลองกระบวนการเกิดแรงจูงใจไว้ว่า เมื่อผู้บริโภคมีความต้องการหรือปรารถนาในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะทำให้เกิดความเครียด ซึ่งนำไปสู่แรงขับหรือแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายหรือตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อกำจัดความเครียดนั้นให้หมดไป โดยที่เป้าหมายนั้นแบ่งเป็น 1) เป้าหมายทั่วไป (Generic goals) คือ ความต้องการทั่วไปของผู้บริโภค และ 2) เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ (Product-specific goals) คือ ความต้องการในเรื่องตราสินค้าของผลิตภัณฑ์หรือบริการ ซึ่งผู้บริโภคจะเลือกเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้มีความเครียดลดลง โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น เกิดจากประสบการณ์ในอดีตและจากกระบวนการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

ทั้งนี้ การเลือกเป้าหมาย (The selection of goals) ของแต่ละบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับพื้นฐานต่างๆ ได้แก่ ประสบการณ์ของแต่ละคน (Personal experiences) ความสามารถทางกายภาพ (Physical capacity) บรรทัดฐานและคุณค่าทางวัฒนธรรม (Prevailing cultural norms and

values) และการบรรลุเป้าหมายทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคม (Goal's accessibility in the physical and social environment)

## แผนภาพที่ 2.2 แสดงแบบจำลองกระบวนการเกิดแรงจูงใจ



ที่มา: Schiffman และ Kanuk (2007) *Consumer motivation*. Retrieved December 20, 2009, from <http://www.scribd.com/doc/20931315/Chapter-4-Consumer-Motivation>

ส่วน Tucker และคณะ (2009) ได้ให้คำนิยามของคำว่า “แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ” ไว้ว่า เมื่อผู้บริโภคเห็นคุณค่าและความสำคัญของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ก็จะมีความต้องการในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Healthy behaviors) หรือมีรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyles) ซึ่งสอดคล้องกับ Carter (1990, as cited in Tucker et al., 2009) ที่พบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyles)

ในขณะที่ Cox (1982, as cited in Loeb, O'Neill, & Gueldner, 2001) ได้ให้คำนิยามคำว่า “แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ” ไว้ว่า เป็นระบบการทำงานที่มีหลายมิติ (Multidimensional subsystem) ซึ่งรวมถึงกระบวนการเลือก ความปรารถนา และความสามารถในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนเอง ซึ่งแรงจูงใจจากภายนอกนั้น (Extrinsic motivation) มาจากสิ่งกระตุ้น (Cues) หรือผลตอบแทนที่จะได้รับ (Rewards) ส่วนแรงจูงใจภายในนั้น (Intrinsic motivation) มาจากความรู้สึก และความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Deci, 1975, as cited in Loeb et al., 2001)

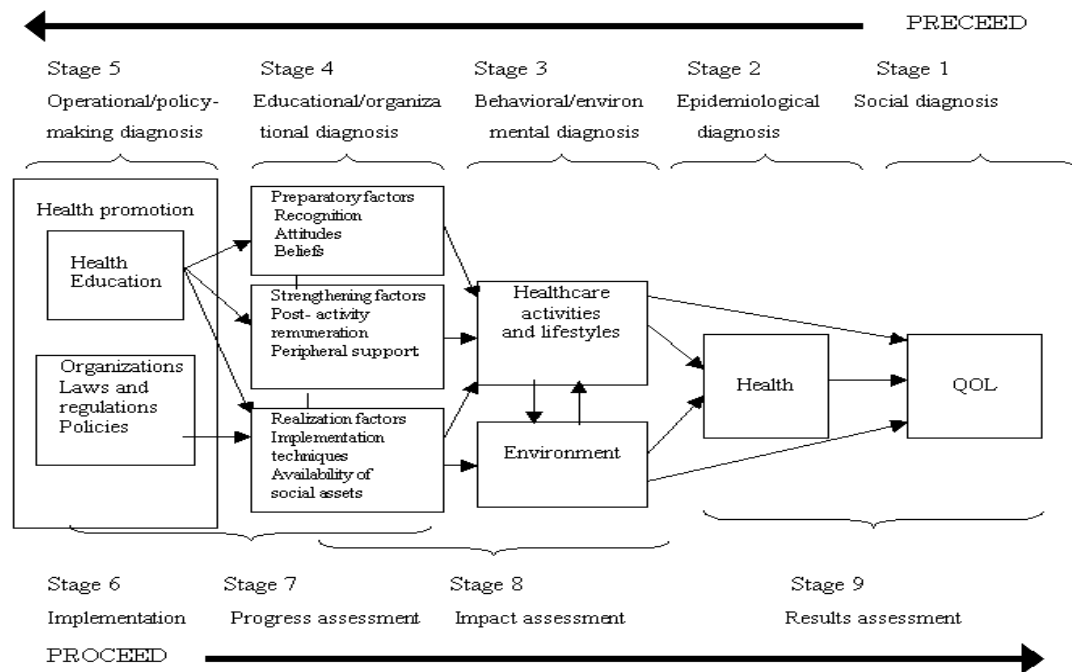


Moorman และ Matulich (1993) ได้นิยามความหมายของคำว่า “แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ” ไว้ว่า เป็นการกระตุ้นความรู้สึกผู้บริโภคระดับปัจเจก เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Chew, Palmer, Slonska และ Subbiah (2002) และ Jayanti และ Burns (1998) ที่อธิบายไว้ว่า “แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ” คือ การที่ผู้บริโภครู้สึกถูกกระตุ้นให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ หรือมีพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ

นอกจากนี้ Moorman และ Matulich (1993) อธิบายได้สอดคล้องกับ Chew และคณะ (2002) ว่า ปัจจัยที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behaviors) นั้นก็คือ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) และความสามารถในการดูแลสุขภาพ (Health ability) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความใส่ใจ และความเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมถึงช่วยสร้างทัศนคติที่ดีเรื่องสุขภาพมากขึ้นอีกด้วย (Batra & Ray 1986; Bettman & Park 1980; Celsi & Olson 1988; Hoch & Deighton 1989; Lutz, MacKenzie & Belch 1983; Petty & Cacioppo 1986, as cited in Moorman & Matulich, 1993)

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (Precede-Proceed Model) ใช้ในการศึกษาเรื่องสุขภาพ และใช้วางแผนโครงการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Green และ Kreuter (1991) เพื่ออธิบายกระบวนการวางแผนการสร้างพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีระบบ โดยการให้อำนาจบุคคลด้วยความเข้าใจมีแรงจูงใจ (Motivation) ทักษะ (Skills) และการมีส่วนร่วมกับชุมชน (Active engagement in community) เพื่อการพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แผนภาพที่ 2.3 แสดงแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (Precede-Proceed Model)



ที่มา: Jordan University of Science and Technology Faculty of Nursing. (2008). *School based oral health promotion and prevention program.*

Gelb และ Gilly (1979) ได้ทำการวิจัยเรื่อง The effect of promotional techniques on purchase of preventive dental care ด้วยวิธีวิจัยเชิงทดลองกับผู้ป่วยใน Houston ในปี 1977-1978 เพื่อทดสอบผลของแรงจูงใจด้วยการส่งเสริมการตลาด โดยให้บัตรเตือนความจำในการตรวจสุขภาพฟันแก่ผู้ป่วย และจะมีการโทรศัพท์แจ้งเตือนเมื่อใกล้ถึงเวลาตรวจ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และกลับมาใช้บริการตรวจสุขภาพฟันมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

Hartley (2009) ได้กล่าวว่า คนส่วนใหญ่รับรู้ว่าการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ การออกกำลังกาย และรู้ดีว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นผลดีต่อสุขภาพ ทั้งยังช่วยกำจัดน้ำหนักส่วนเกินให้ออกไป โดยตัวแปรสำคัญที่จะนำมาสู่การมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพนั้นก็คือแรงจูงใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดความรู้สึก และความต้องการในการแสดงพฤติกรรมนั้น โดยอาจค้นพบได้ว่าตนเองชอบออกกำลังกายแบบใด เช่น ออกกำลังกายกลางแจ้ง (Exercise outside) เพราะสามารถสูดอากาศบริสุทธิ์ได้ หรือบางรายอาจชอบใช้เครื่องออกกำลังกาย เนื่องจากสามารถดูโทรทัศน์หรือฟังเพลงไปได้ในขณะเดียวกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความสนุกสนาน และจะทำให้รู้สึกอยากออกกำลังกายอย่างเป็นกิจวัตร ดังนั้นแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะกระตุ้นให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น

Moorman และ Matulich (1993) ได้ทำการวิจัย เรื่อง A model of consumer's preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability ผลการวิจัย

พบว่า เมื่อผู้บริโภคมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพสูง ก็จะมีการบริโภคสื่อ มีพฤติกรรมการหาข้อมูลเรื่องสุขภาพ (Health information acquisition behaviors) มีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ (Health maintenance behaviors) และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น เช่น การตรวจสุขภาพ ความระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความตึงเครียด การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งยังมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพิ่มเติม ในทำนองเดียวกัน เมื่อผู้บริโภคมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพต่ำ ก็จะมีการบริโภคน้อย ไม่มีความระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร และไม่สามารถควบคุมความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิจัยของ Moon และคณะ (2005) เรื่อง Perceived health benefits and soy consumption behavior: Two-stage decision model approach ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจทางออนไลน์ (Online survey) โดยใช้มาตรวัดของ Moorman และ Matulich (1993) เป็นการถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากโภชนาการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพและความตระหนักทางด้านโภชนาการ มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการบริโภคถั่วเหลือง และต่อปริมาณการบริโภคที่เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยังมีแรงจูงใจในการหาข้อมูลเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ (Motivation to seek healthy diets) ยังมีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลืองมากขึ้นเท่านั้น

จากการศึกษาของ Muhlenkamp, Brown และ Sands (1985, as cited in Loeb et al., 2001) เรื่อง Determinants of health promotion activities in nursing clinic clients ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคสูงวัยนั้นจะมีแรงจูงใจเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้บริโภคที่อายุน้อยกว่า ส่วน Loeb, O'Neill and Gueldner (2001) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Health motivation: A determinant of older adults' attendance at health promotion programs กับผู้สูงอายุจำนวน 106 คน ใน Pennsylvania เพื่อศึกษาเรื่องแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) และลักษณะทางประชากร (Demographics) ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคที่มีการศึกษาสูง จะมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมาก และส่งผลให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากขึ้น ด้วย โดยที่โปรแกรมตรวจสุขภาพที่ได้รับความสนใจจากผู้บริโภคมากที่สุดคือ การวัดความดันโลหิต (Blood pressure) 17.9% รองลงมาเป็นโปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ (Health education program) 17% และการวัดระดับคอเรสเตอรอล (Cholesterol screenings) 13.2%

ในขณะที่ ผลการวิจัยของ Moorman และ Matulich (1993) เรื่อง A model of consumer's preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability พบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งทำให้เพิ่มความรู้เรื่องสุขภาพ (Health knowledge) และมีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behaviors) โดยผู้บริโภคจะเข้มงวดในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น ซึ่ง

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Moon, Balasubramanian และ Rimal (2005) ที่พบว่า ผู้บริโภคที่มีความรู้เรื่องประโยชน์ของถั่วเหลือง และมีแรงจูงใจในการบริโภค จะมีพฤติกรรมการบริโภคถั่วเหลืองตามมา

นอกจากนี้ Carter (1990, as cited in Tucker et al., 2009) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Health behavior as a rational process: Theory of reasoned action and multiattribute utility theory ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyle) อย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการศึกษาเรื่องแรงจูงใจเพื่อสุขภาพนั้น พบว่า ลักษณะทางประชากร และความรู้เรื่องสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพต่างกัน ย่อมมีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน

### ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health Consciousness)

Jayanti แล Burns (1998) ได้อธิบายความหมายของความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health Consciousness) ไว้ว่า คือระดับความกังวล หรือความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของผู้บริโภค ซึ่งผู้บริโภคที่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพนั้น ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health care behavior) มากกว่าผู้ที่ไม่มีความตระหนัก เช่น หากผู้บริโภคตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่แข็งแรง ผู้บริโภคก็จะเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Nutritious foods) และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Exercising regularly) เป็นต้น ซึ่งความแตกต่างของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) และความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) คือ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพนั้น ถือเป็นบุคลิกภาพภายใน เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่มีแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ แต่ยังไม่สามารถเลิกได้ ในขณะที่ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ เป็นบุคลิกภาพภายนอกที่ผู้บริโภคแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองออกมา เช่น ผู้สูบบุหรี่ที่ตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ จึงสูบน้อยลง หรือเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด

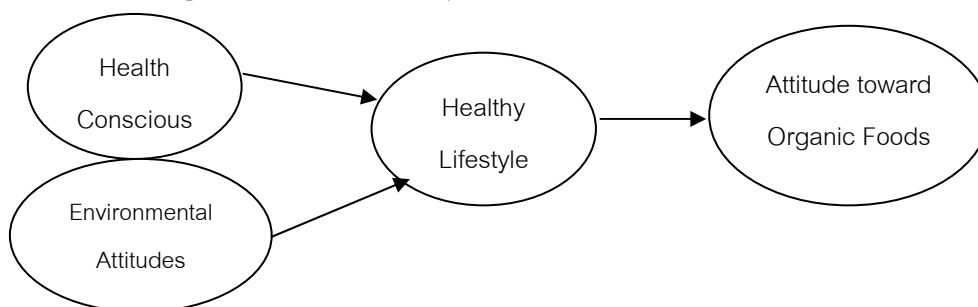
Balasubramanian และ Cole (2002) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Consumers' search and use of nutrition information: The challenge and promise of the nutrition labeling and education act ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ทั้งหมด 6 กลุ่มในมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับฉลากโภชนาการ (Label) และความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคจะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health Consciousness) เมื่อตนมีความกังวลเรื่องน้ำหนักตัว ส่งผลให้ผู้บริโภคมักจะอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อดูว่ามีส่วนประกอบ และปริมาณของไขมันและพลังงานในปริมาณเท่าใด

ส่วน Bergman (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติต่อสุขภาพ (Health attitudes) การรับรู้เรื่องสุขภาพ (Health cognitions) และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behaviors) จากผู้บริโภครุ่นที่หาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคที่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy lifestyle information) ทางอินเทอร์เน็ต จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้หาข้อมูล และเมื่อมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพอย่างสูงแล้ว ก็ส่งผลถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงมากกว่า

จากการศึกษาของ Moon และคณะ (2005) เรื่อง Perceived health benefits and soy consumption behavior: Two-stage decision model approach ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจทางออนไลน์ (Online survey) ผลการวิจัยพบว่า ยิ่งผู้บริโภคมีความตระหนักถึงความสำคัญของอาหารเพื่อสุขภาพมากเพียงใด ก็ยิ่งมีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลืองมากขึ้น

นอกจากนี้ จากการวิจัยในประเทศไต้หวันของ Chen (2009) เรื่อง Attitudes toward organic foods among Taiwanese as related to health consciousness, environmental attitudes, and the mediating effects of a healthy lifestyle เพื่อทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของทัศนคติเกี่ยวกับอาหารจากธรรมชาติ (Organic foods attitudes) กับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) ส่งผลต่อรูปแบบการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyle) เช่น การบริโภคอาหารที่เป็นธรรมชาติ (Natural food) การดูแลสุขภาพ (Health care) และการสร้างสมดุลในชีวิต (Life equilibrium) (Gil, Gracia & Sanchez, 2000, as cited in Chen, 2009) และทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environmental attitudes) เช่น การเกษตรที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม และรักษาความอุดมสมบูรณ์ของพื้นดินให้อยู่คงเดิม โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจที่ให้ผู้บริโภคตอบแบบสอบถามเอง (Self-administered) ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคที่มีความกังวลเรื่องสุขภาพ หรือมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และห่วงใยในสิ่งแวดล้อม มีแนวโน้มสูงที่สุดที่จะซื้ออาหารจากธรรมชาติ (Organic foods) ซึ่งเป็นอาหารที่ผลิตด้วยวิธีธรรมชาติ ปราศจากสารเคมี และยาฆ่าแมลงต่างๆ (U.S. Environmental Protection Agency, 2006) นอกจากนี้ ผู้บริโภคที่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และมีความห่วงใยสิ่งแวดล้อม จะมีรูปแบบการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพ และจะส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่ออาหารเพื่อสุขภาพด้วย

**แผนภาพที่ 2.4** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) และทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environmental attitudes) กับรูปแบบการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyle)

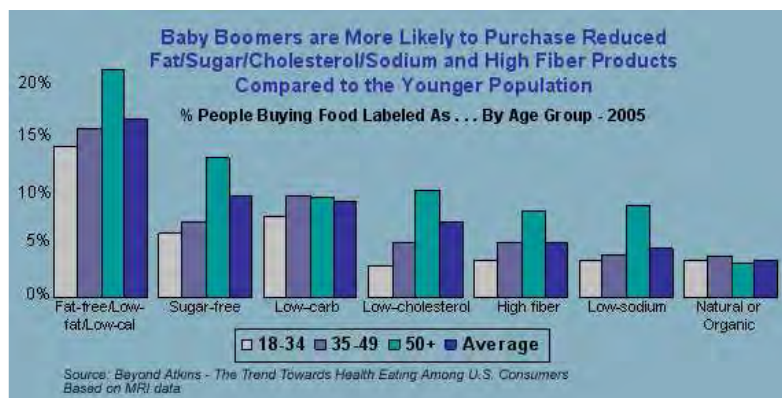


ที่มา : Chen M. F. (2009). Attitudes toward organic foods among Taiwanese as related to health consciousness, environmental attitudes and the mediating effects of a healthy lifestyle. *British Food Journal*, 111(2), p.165-178.

จากการศึกษาของ Jayanti และ Burns (1998) เรื่อง The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study ยังพบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ และความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ต่างมีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพด้วยเช่นกัน

Mediamark Research Inc. (2006) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ลักษณะทางประชากร (Demographics) และความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health Consciousness) ในการเลือกซื้ออาหาร ขนม และของหวานต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทางประชากร เป็นปัจจัยที่เร่งให้ปริมาณการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยเมื่อผู้บริโภคมีอายุเพิ่มมากขึ้น ก็จะมี ความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น และส่งผลต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้บริโภคกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป (Baby boomers) มีสัดส่วนสูงที่สุด ในการบริโภคอาหารที่ปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำ (Fat-free/Low-fat) อาหารที่ไม่มีน้ำตาล (Sugar-free) อาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ (Low-Cholesterol) อาหารที่มีใยอาหารสูง (High fiber) และอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ (Low-sodium)

แผนภาพที่ 2.5 แสดงผลการวิจัยในความสัมพันธ์ของอายุและประเภทอาหารที่เลือกรับประทาน



ที่มา: Mediamark Research Inc. (2006). *MRI helps leading investment firm evaluate packaged good companies*. Retrieved November 23, 2009, from [http://www.mediamark.com/mri/TheSource/sorc2006\\_12.htm](http://www.mediamark.com/mri/TheSource/sorc2006_12.htm).

ส่วน Landstrom, Hursti, Becker และ Magnusson (2007) ได้ทำการศึกษาเรื่องการบริโภคอาหารสร้างสุขภาพ (Functional food) และความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) ของผู้บริโภคชาวสวีเดน โดยส่งแบบสอบถามด้วยวิธีการสุ่มทั้งสิ้น 3,000 ราย และได้รับการตอบกลับมา 972 ราย (48%) ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคที่มีความสนใจและตระหนักในเรื่องสุขภาพ จะมีการซื้อหรือบริโภคอาหารสร้างสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่า เช่น ผลิตภัณฑ์จากนม (Milk-products) ขนมปังที่อุดมไปด้วยใยอาหาร (Fibre-rich bread) และอาหารที่มีจุลินทรีย์ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (Probiotic products) เช่น นมเปรี้ยว โยเกิร์ต ทั้งยังบริโภคหรือซื้ออาหารที่ไม่ทำลายสุขภาพ อย่างผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณคอเลสเตอรอลต่ำ (Cholesterol-lowering products)

จากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความวิชาการ และผลการศึกษาวิจัยในอดีต จึงสรุปได้ว่าปัจจัยต่างๆ อันได้แก่ ลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ อนึ่ง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อกันหรือไม่ และอย่างไร และในแต่ละปัจจัยมีความแตกต่างต่อการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างไร

## แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

การสื่อสารเพื่อสุขภาพในปัจจุบันมีรูปแบบและช่องทางที่หลากหลาย ไม่ต่างไปจากการสื่อสารเพื่อธุรกิจ หรือการสื่อสารเพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ เนื่องจากสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อคุณภาพชีวิต และการพัฒนาประเทศ โดยมีการนำการสื่อสารการตลาดมาใช้กันอย่างหลากหลาย แตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์และเพื่อความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การใช้สื่อใหม่ (New media) และการสื่อสารโทรคมนาคม (Telecommunication) เป็นต้น

Bhandari (n.d.) ได้ให้คำนิยามของคำว่า “การสื่อสาร” (Communication) ไว้ว่า เป็นการแจ้งหรือบอก (Imparting) การแลกเปลี่ยน (Interchange) ความคิด ความคิดเห็น หรือข้อมูลด้วยคำพูด (Speech) การเขียน (Writing) หรือเครื่องหมาย (Signs) เพื่อให้ผู้รับสารเกิดความเข้าใจ นอกจากนี้ “การสื่อสาร” ยังหมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคล ผ่านการใช้สัญลักษณ์ (Symbols) เครื่องหมาย (Signs) หรือพฤติกรรม (Behavior)

สวนปาจิริย ฐนะสมบุญนิกิจ (2551, อ้างถึงในพนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญนิกิจ, 2552) ได้ให้ความหมายของคำว่า “การสื่อสาร” (Communication) ไว้ว่า เป็นการแลกเปลี่ยน และการสื่อสารระหว่างกัน ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นว่าคนเราเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร พร้อมทั้งจะรับความคิดเห็นของผู้อื่นและยินดีแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ของตนเองร่วมกับผู้อื่นได้

ในขณะที่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2551, อ้างถึงในพนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญนิกิจ, 2552) นิยามไว้ว่า การสื่อสารสุขภาพ (Health communication) คือ การดำเนินงานเพื่อการสื่อสารสองทางระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง มีการจัดองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่ประชาชน

กระทรวงสาธารณสุขและบริการประชาชน ของประเทศสหรัฐอเมริกา (United States Department of Health and Human Services) (2005) ได้อธิบายไว้ว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นศิลปะและกลวิธีเพื่อแจ้งให้ทราบ จูงใจ และกระตุ้นประชาชนและองค์กร เพื่อให้มีความสนใจในความสำคัญของสุขภาพ โดยมีขอบเขตครอบคลุมเรื่องการป้องกันโรค (Disease prevention) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) นโยบายการดูแลสุขภาพ (Health care policy) และธุรกิจการดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนอีกด้วย

สวน Bhandari (n.d.) และศูนย์การป้องกันและควบคุมโรค ของสหรัฐอเมริกา (The Centers for Disease Control and Prevention: CDC, 2001, as cited in Schiavo, 2007) ได้ให้



คำนิยามของคำว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ไร้ข้อดคล้องกันว่า เป็นการศึกษาวิเคราะห์ และการใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อแจ้งให้ทราบ และเพื่อให้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลและชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ (Enhance health)

นอกจากนี้ Schiavo (2007) ได้สรุปความหมายของคำว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ตารางที่ 2.1 แสดงคำนิยาม “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ”

วัตถุประสงค์	คำนิยาม “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ”
เพื่อแจ้งให้ทราบ และจูงใจบุคคลและชุมชน (To inform and influence individual and community decisions)	- เป็นการวิเคราะห์และการใช้วิธีการต่างๆ ในการแจ้งให้ทราบ และจูงใจบุคคลและชุมชนให้หันมาดูแลสุขภาพ (Freimuth, Linnan and Potter, 2000, p.338; Freimuth, Cole and Kirby, 2000, p.475) - เป็นกระบวนการเพื่อการพัฒนา และการเผยแพร่ (Diffusion) ข้อความต่อกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้มีความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitudes) และความเชื่อ (Beliefs) ในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Exchange, 2006; Smith and Hornik, 1999)
เพื่อกระตุ้นบุคคล (Motivating individuals)	- เป็นศิลปะและกลวิธีเพื่อแจ้งให้ทราบ จูงใจ และกระตุ้นบุคคล องค์กร และสาธารณชน เกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพ ตามหลักวิทยาศาสตร์ (Scientific) และจริยธรรม (Ethical) (Tufts University Student Services, 2006)
เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Change behaviors)	- เป็นการศึกษาเรื่องสุขภาพ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก (Clift and Freimuth, 1995, p.68)
เพื่อเพิ่มความรู้ และความเข้าใจในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Increase knowledge and understanding of health-related issues)	- เพื่อเพิ่มความรู้ และความเข้าใจในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเพื่อพัฒนาสถานะทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายด้วย (Muturi, 2005, p.78)

วัตถุประสงค์	คำนิยาม “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ”
เพื่อให้คนมีอำนาจในการตัดสินใจ (Empowers people)	- เป็นการทำให้คนมีอำนาจในการตัดสินใจมากขึ้น ด้วยการให้ความรู้และความเข้าใจในเรื่องปัญหาสุขภาพ (Muturi, 2005, p.81)
เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านการสนทนา 2 ทาง (Exchange, interchange of information, two-way dialogue)	- เป็นกระบวนการที่มีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน โดยมีการสนทนา 2 ทาง ซึ่งเป็นการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล แนวคิด (Ideas) กลวิธี (Techniques) และความรู้ระหว่างผู้ส่งและผู้รับ (Exchange, 2005)

ที่มา : Schiavo R. (2007). *Health communication from the theory to practice*. Sanfrancisco: Jossey-Bass. p.8-10.

อย่างไรก็ตาม บทบาทสำคัญของการสื่อสารสุขภาพที่กล่าวถึงมากที่สุดคือ เป็นการสื่อสารที่มีอิทธิพล และสนับสนุนบุคคล (Individuals) ชุมชน (Communities) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ (Health care professionals) และผู้วางนโยบายของรัฐหรือองค์กร (Policymakers) ให้นำมาปฏิบัติตาม หรือเปลี่ยนแปลงนโยบาย เพื่อเป็นการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมเพื่อสุขภาพให้ดีขึ้น (Schiavo, 2007)

### วัตถุประสงค์ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

Schiavo (2007) ได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพไว้ดังต่อไปนี้

1. เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพ (To raise awareness)
2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้เรื่องสุขภาพ (To increase knowledge)
3. เพื่อขยับยั้งการรับรู้ในข้อมูลที่ผิดๆ เกี่ยวกับสุขภาพ (To break the cycle of misinformation)
4. เพื่อเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องสุขภาพ (To change attitudes)
5. เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (To facilitate interactions)
6. เพื่อช่วยสร้างความชำนาญและทักษะในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (To help build expertise or skills)

นอกจากนี้ Colle และ Roman (2003, as cited in Schiavo, 2007) ยังได้กล่าวไว้ว่า วัตถุประสงค์หลักของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitudes) ความเชื่อ (Beliefs) แรงจูงใจ (Motivation) และพฤติกรรมของมนุษย์ (Human interactions) ทั้งนี้ ในบางวัตถุประสงค์ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น คือ สื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social) การเปลี่ยนแปลงทางลักษณะทางพฤติกรรม (Behavioral outcomes) และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับองค์กร (Organizational) ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น วัตถุประสงค์ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยมีวัตถุประสงค์ของการสื่อสารคือ การเพิ่มการตระหนักรู้ในเรื่องการเอ็กซเรย์เต้านมเป็นประจำทุกปี (Annual Mammograms) สำหรับเพศหญิงที่อายุ 40 ปีขึ้นไป หรือช่วยอำนวยความสะดวกระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องสุขภาพ และผู้ป่วย (Provider-patient interactions) ในการถามตอบเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม เป็นต้น

ทั้งนี้ องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร และองค์กรทางธุรกิจ ที่ทำการสื่อสารเพื่อสุขภาพต่างมีการประเมินผลของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ โดยการสำรวจเชิงปริมาณ ด้วยการสอบถามถึงความถี่ของพฤติกรรม และเวลาที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (When) และอาจมีการประเมินระยะเวลาที่บรรลุวัตถุประสงค์นั้นด้วย

### ขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

Schiavo (2007) ได้สรุปขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพไว้ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย (Situation analysis and audience profile) เพื่อค้นพบปัญหาและประเด็นในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาจนำผลทางการวิจัยมาใช้ในการอ้างอิงในการวางกลยุทธ์
2. ตั้งเป้าหมายว่าต้องการสื่อสารเพื่ออะไร (Goals) กล่าวคือ เพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social) การเปลี่ยนแปลงทางลักษณะทางพฤติกรรม (Behavioral outcomes) และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับองค์กร (Organizational)
3. กลุ่มผู้วางกลยุทธ์การสื่อสารต้องระดมความคิด (Brainstorm) เพื่อจัดลำดับความสำคัญของวัตถุประสงค์ในการสื่อสาร (Prioritize communication objectives)
4. ค้นหาวิธีการ (Practical tips) และตัวอย่างที่เหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการสื่อสาร อย่างไรก็ตาม จำนวนของวัตถุประสงค์ที่มากเกินไป ก็จะทำให้ข้อความที่สื่อสารออกไป (Messages) มีมากเกินไป จนอาจสร้างความสับสนแก่กลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ อาจมีการตั้งวัตถุประสงค์ไม่เกิน 3 ข้อ ในการวางแผนการสื่อสารในแต่ละครั้ง ต่อกลุ่มเป้าหมาย 1 กลุ่ม เช่น

กลุ่มเป้าหมายคือ วัยรุ่น (Teenagers) ซึ่งเป็นวัยที่เพิ่งเริ่มสูบบุหรี่ โดยที่ไม่ตระหนักถึงปัญหาของการสูบบุหรี่ วัตถุประสงค์อาจมี 2 ประการ คือ 1) เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ และ 2) เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องวิธีการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการสื่อสาร เพราะอาจทำให้วัตถุประสงค์นั้นประสบความสำเร็จอย่างล่าช้า หรืออาจไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการสื่อสารได้ (Jeopardize the attainment) เช่น คนในชุมชนหรือวัฒนธรรม ไม่ได้ตระหนักว่าสิ่งที่ต้องการสื่อสารนั้นเป็นปัญหา

Schiavo (2007) ยังได้อธิบายเรื่องกรอบเวลา (Time frame) ที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ในการสื่อสาร ซึ่งมีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อกรอบเวลานี้ ทำให้เกิดการล่าช้าในการบรรลุวัตถุประสงค์ เช่น พฤติกรรมผู้บริโภคที่เป็นอยู่ นโยบายในการสื่อสาร สภาพแวดล้อมของสังคม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการไปพบแพทย์ (Clinical practices) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจถูกนำมาใช้วิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย (Audience profile) เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเรื่องกรอบเวลา

ทั้งนี้ ขั้นตอนต่างๆ ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น การวางกลยุทธ์การสื่อสารก็มีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร ซึ่ง Schiavo (2007) ได้ให้คำนิยามของคำว่า “กลยุทธ์การสื่อสาร” (Communication strategy) ไว้ว่า เป็นข้อความที่อธิบายวิธีการทั้งหมดที่นำมาใช้เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร โดยในแง่กลยุทธ์ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น ยกตัวอย่างเช่น วิธีการที่จะทำให้คนตระหนักรู้เรื่องความเสี่ยงในการเกิดโรค (Disease risk) ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค (Prevention methods) หรือการพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเรื่องสุขภาพ ในหัวข้อที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น

ดังนั้น การวางแผน และการผสมผสานยุทธวิธี (Tactical) ต่างๆ เป็นอย่างดี จะช่วยลดช่องว่างและปัญหาต่างๆ ในการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรม

## ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

Schiavo (2007) ได้อธิบายเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มผู้รับสาร (Audiences) สภาพแวดล้อมทางการเมือง (Political environment) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และสินค้า บริการเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Recommended health behavior, service or product) และสภาพแวดล้อมทางสังคม (Social environment) โดยในแต่ละปัจจัยนั้น อาจมีผลซึ่งกันและกันภายในปัจจัยเดียวกัน หรืออาจมีผลต่ออีกปัจจัยหนึ่งก็ได้ รายละเอียดตามแผนภาพดังต่อไปนี้

### แผนภาพที่ 2.6 แสดงสภาพแวดล้อมของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health communication environment)

<p><b>Audiences :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Health beliefs, attitudes, and behavior</li> <li>● Cultural, age, and gender-related factors</li> <li>● Literacy levels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Risk factors</li> <li>● Lifestyle issues</li> <li>● Socioeconomic factors</li> </ul>
<p><b>Political Environment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Policies, laws</li> <li>● Political willingness and commitment</li> <li>● Level of priority in political agenda</li> </ul>	<p><b>Recommended health behavior, service or product :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Benefits</li> <li>● Risks</li> <li>● Disadvantages</li> <li>● Price or lifestyle trade-off</li> <li>● Availability and access</li> </ul>
<p><b>Social Environment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Stakeholders' beliefs, attitudes, and practices</li> <li>● Social norms</li> <li>● Social structure</li> <li>● Existing initiatives and programs</li> </ul>	

ที่มา: Schiavo R. (2007). *Health communication from the theory to practice*.

Sanfrancisco: Jossey-Bass p.23.

ในขณะที่ Kaplan, Sallis และ Patterson (1993) ได้อธิบายแบบจำลองเรื่องการสื่อสารและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The communication-behavior change) ไว้ว่า เป็นแบบจำลองที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย William McGuire ผู้เป็นนักจิตวิทยาสังคม (Social psychologist) และผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร ซึ่งแบบจำลองนี้นำมาใช้ประโยชน์ในด้านการรณรงค์ในการสื่อสารต่อสาธารณะ ทั้งยังใช้เป็นแบบจำลองในการสนับสนุนโปรแกรมการป้องกันโรคหัวใจอีกด้วย โดยในแบบจำลองเรื่องการสื่อสารและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ มีพื้นฐานจากปัจจัยนำเข้า (Inputs) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outputs) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยนำเข้า (Input factors) ได้ถูกนำมาใช้ในการรณรงค์การสื่อสารในเรื่องสุขภาพต่อสาธารณะ ซึ่งจะส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมเพื่อสุขภาพตามมา โดยปัจจัยนำเข้าเกิดจากสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้

- แหล่งสาร (Source) ที่นำมาใช้ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น ควรเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความน่าเชื่อถือ ส่วนลักษณะทางประชากรอย่างเพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางสังคม และความน่าดึงดูดใจของแหล่งสารนั้น ก็มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการตอบสนองของผู้บริโภคต่อโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสุขภาพด้วยเช่นกัน
- สารหรือข้อความ (Message) หมายถึงทั้งตัวข้อความ รูปแบบวิธีการสื่อสารข้อความนั้นออกไป ความเร็วในการส่งสาร ความยาวของข้อความ (Length of message) และน้ำเสียงในการสื่อสาร (Tone of voice) ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้รับสารทั้งสิ้น ซึ่งอาจเป็นการสื่อสารที่ใช้อย่างใจทางด้านบวก (Positive appeal) เช่น “กรุณาคาดเข็มขัดนิรภัย” หรือการใช้อย่างใจทางด้านลบ (Negative appeal) เช่น “หากไม่คาดเข็มขัดนิรภัย คุณอาจเสียชีวิต” (Speed of delivery)
- ช่องทางการสื่อสาร (Channel) คือ สื่อ (Medium) ที่ใช้ในการส่งสาร เช่น การโฆษณาทางโทรทัศน์ และทางหนังสือพิมพ์ ทางจดหมายตรง (Direct mail) เป็นต้น ซึ่งในการเลือกใช้นั้น พิจารณาจากงบประมาณและจำนวนผู้รับสารที่สามารถเข้าถึงได้ โดยในแต่ละช่องทางการสื่อสารนั้นอาจเหมาะสมกับข้อความที่เข้าใจได้ง่าย มากกว่าข้อความที่ซับซ้อน
- ผู้รับสาร (Audiences) คือ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการสื่อสาร (The intended target audience) ซึ่งนักสื่อสารจำเป็นต้องรู้ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอายุ ความชอบ ความไม่ชอบ และลักษณะนิสัยต่างๆ
- จุดหมายปลายทาง (Destination) คือ เป้าหมายในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outputs) คือ ผลที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารเพื่อสุขภาพ และอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวด้วย ซึ่ง McGuires (1981, as cited in Kaplan et al., 1993) ได้อธิบายไว้ว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นมี 12 ขั้นตอน ได้แก่

1. การเปิดรับการสื่อสาร (Exposure to the communication)
2. การเข้าร่วมในการสื่อสาร (Attending to it)
3. เกิดความชอบ และรู้สึกสนใจในการสื่อสารนั้น (Liking, becoming interested in it)
4. เกิดความเข้าใจในสาร และการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารนั้น (Comprehending it: Learning what)
5. การเรียนรู้วิธีการในการสื่อสาร (Skill acquisition: Learning how)
6. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและยอมปฏิบัติตาม (Yielding to it: Attitude change)
7. การเก็บข้อมูล หรือความทรงจำ หรือทั้ง 2 อย่าง (Memory storage of content or agreement or both)
8. การค้นหา และเรียกข้อมูลกลับคืนมา (Information search and retrieval)
9. การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการเรียกข้อมูลกลับมา (Deciding on basis of retrieval)
10. การปฏิบัติตนเพื่อให้สอดคล้องกับการตัดสินใจ (Behaving in accord with decision)
11. การเสริมแรงเพื่อให้เกิดการกระทำ (Reinforcement of desired acts)
12. การรักษาพฤติกรรมนั้นไว้ (Postbehavioral consolidating: Maintenance)

ทั้งนี้ใน 12 ขั้นตอน ที่เป็นผลจากการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น สามารถนำมาช่วยพิจารณาการวางแผนกลยุทธ์ในการสื่อสาร โดยอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ (Perceptions) ทัศนคติ (Attitudes) และพฤติกรรม (Behaviors) เมื่อวางแผนกลยุทธ์การสื่อสารได้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแล้ว ก็จะส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกสนใจ จดจำได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เก็บไว้ในความทรงจำ และเรียกกลับคืนมาเมื่อถึงโอกาส หรือเมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอาจรักษาพฤติกรรมนั้นไว้ได้ในระยะยาว

Bhandari (n.d.) ได้นิยามคำว่า “การตลาดเพื่อสุขภาพ” (Health marketing) ไว้ว่า เป็นการสร้างสรรค์ (Creating) การสื่อสาร (Communication) และการส่งข้อมูล (Delivering) ที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยการใช้ผู้บริโภคเป็นศูนย์กลาง และกลยุทธ์ที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ (Science based strategies) เพื่อการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีกระบวนการในการวางแผนกลยุทธ์ดังต่อไปนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์ (Goal setting) ในการสนับสนุนเป้าหมายของโปรแกรมเพื่อสุขภาพที่จะต้องมีเหตุผล (Reasonable) สามารถปฏิบัติได้จริง (Realistic) สามารถวัดผลได้ (Measurable) มีการจัดลำดับความสำคัญ (Prioritized) จัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ และเจาะจงการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้น
2. กำหนดกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย (Define target audience) โดยการแบ่งกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ (Segmentation) เรียนรู้พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เลือกการผสมผสานสื่อ (Media mix) และช่องทาง (Channel) ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal) การใช้ฐานในชุมชน (Community based) หรือการใช้สื่อมวลชน (Mass media) เป็นต้น
3. เลือกสื่อที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการตลาด (Design an effective message) ทั้งนี้ Bhandari (n.d.) ได้อธิบายเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการผสมผสานสื่อ (Media mix) แต่ละประเภท ไว้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงข้อดีและข้อเสียของการผสมผสานสื่อ (Media mix)

Media	Advantages	Disadvantages
หนังสือเล่มเล็ก / ใบปลิว (Booklets / Leaflets)	ช่วยเพิ่มอำนาจของข้อความที่ใช้คำพูด (Verbal message) ซึ่งอาจเพิ่มการตระหนักรู้ได้ในขณะเดียวกัน	เกิดการสูญหายและถูกทิ้งเป็นจำนวนมาก ทั้งยังมีต้นทุนการผลิตสูง และการผลิตในแต่ละครั้งต้องมีจำนวนมาก
โปสเตอร์ (Posters)	เหมาะสำหรับการสื่อสารด้วยภาพ และข้อความที่สั้นมากๆ	ข้อความที่สั้นเกินไป ไม่มีประสิทธิผล และไม่คงอยู่ในระยะยาว
ภาพยนตร์ / เทปวิดีโอ (Film / Video)	เป็นสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ในจำนวนมาก และเป็นจุดเริ่มต้นของการสนทนาในเรื่องที่สื่อสาร	มีราคาแพง ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างสรรค์
ละคร / เพลงแบบดั้งเดิม (Traditional dramas / songs)	เป็นสื่อเพื่อความบันเทิงสำหรับครอบครัว	เป็นการแสดงสด อาจไม่คุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย

ที่มา : Bhandari N. (n.d.). *Health communication and health marketing*. Retrieved December 20, 2009, from <http://www.scribd.com/doc/16698572/Health-marketing-communication>.

4. ออกแบบข้อความเพื่อให้มีประสิทธิภาพ (Design message effectively) โดยการเลือกข้อความหลัก (Key message) โดยมุ่งที่ประเด็นอุปสรรค (Barriers) ในการเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรม กำหนดข้อความให้ตรงกับระดับความสามารถของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับจาก บทสรุปในการสร้างสรรค์ (Creative brief) ทั้งนี้ ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตรงไปตรงมา และใช้ข้อความในแง่บวก (Positive) ซึ่งจะมีประสิทธิผลมากกว่าการใช้ข้อความที่สื่อ ความหมายในแง่ลบ (Negative)

5. ทดสอบแผนการตลาดในเบื้องต้น (Pretest the product)
6. นำแผนการตลาดมาใช้จริง (Implement effectively)
7. ตรวจสอบผลที่ได้รับ และปรับปรุงพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น (Feedback and improve)

Bass และ Keathley (2008) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “Effectiveness of a social norms marketing campaign on a university campus” เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้โปสเตอร์ เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะ การขับขี่ในขณะมึนเมา โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการคือ ติดโปสเตอร์การ รณรงค์เรื่องอุบัติเหตุจากการขับรถในขณะมึนเมาไว้ทั่วมหาวิทยาลัย ในช่วงฤดูใบไม้ร่วงปีค.ศ. 2004 ถึงฤดูใบไม้ร่วงปีค.ศ. 2005 จากนั้นทำการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้นักศึกษา ตอบเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากโปสเตอร์ โดยมีนักศึกษาที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 447 ราย ผลการวิจัยพบว่า 51% เห็นโปสเตอร์ แต่มีอยู่เพียง 40.5% ที่อ่านเนื้อหาในโปสเตอร์นั้น และ สำหรับผู้ที่อ่านนั้น มี 24% ที่คิดว่าเป็นผลดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การขับขี่ในขณะมึนเมา ในขณะที่มีผู้ที่เห็นว่าไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 30% นอกจากนี้ มีผู้ที่คิดว่าโปสเตอร์มี อิทธิพลในการแนะนำเพื่อนเรื่องการไม่ขับขี่ในขณะมึนเมาอยู่ 23% ส่วนที่คิดว่าไม่มีอิทธิพลมีอยู่ 31% และมีผู้ตอบแบบสอบถามถึง 67% ที่รู้สึกว่าการรณรงค์โดยการใช้โปสเตอร์นั้นเป็นกลยุทธ์ที่มี ประสิทธิภาพต่อการเพิ่มการตระหนักรู้ในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการขับขี่รถยนต์

Maddock, Silbanuz และ Nash (2008) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “Formative research to develop a mass media campaign to increase physical activity and nutrition in a multiethnic state” เพื่อศึกษาถึงอิทธิพลของสื่อมวลชนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจาก เห็นว่าสื่อมวลชนเป็นกลยุทธ์ที่เข้าถึงผู้รับสารได้เป็นจำนวนมาก โดยทำการศึกษากับกลุ่มผู้บริโภค อายุ 35-55 ปี ในเกาะฮาวาย จำนวน 385 ราย ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภค รั้บรู้ว่าการบริโภคผักและผลไม้ที่ดีต่อร่างกาย แต่จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ง่ายขึ้นหากคนรอบ ข้างบริโภคด้วย ทั้งนี้ หากมีการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนต่างๆ คือโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ โฆษณา ภายในห้างสรรพสินค้า และโปสเตอร์ จะโน้มน้าวให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ มากยิ่งขึ้น

ในขณะที่ ศูนย์การป้องกันและควบคุมโรค (Center for Disease Control and Prevention: CDC) (2008) ได้อธิบายถึงการตลาดเพื่อสุขภาพ (Health marketing) ในการสร้างสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการสร้างสรรค์ การสื่อสาร และการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริโภคมีการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี มีการป้องกันโรค และเตรียมพร้อมรับมือกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น

ทั้งนี้ เพื่อที่จะสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเข้าสู่ตลาดผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การตลาดเพื่อสุขภาพ จำเป็นต้องมุ่งประเด็นไปที่ลูกค้าเป็นศูนย์กลาง (Customer-centered) โดยให้ความสำคัญเรื่องข้อมูลที่จะสื่อสาร และวิธีการที่จะจูงใจลูกค้าให้ได้มากที่สุด เพื่อให้ลูกค้าสามารถค้นพบข้อมูลที่ต้องการ และนำมาปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การตลาดเพื่อสุขภาพ ยังสร้างแรงบันดาลใจให้คนต้องการสร้างสุขภาพที่ดี และช่วยสร้างความกระตือรือร้นให้แก่ผู้อื่นด้วย

กระบวนการที่สำคัญในการวางกลยุทธ์การสื่อสาร คือการวางแผนยุทธวิธี (Tactical plan) ต่างๆ เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ ซึ่งยุทธวิธีที่มีความคิดสร้างสรรค์นั้นมีบทบาทสำคัญในกระบวนการนี้ โดยมีการผสมผสานกันระหว่างข้อความ ช่องทาง กิจกรรม และวัสดุที่นำมาใช้ ทั้งนี้ การสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน (Integrated marketing communication: IMC) นั้น เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่นำมาใช้จัดการเครื่องมือการสื่อสาร และจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อใช้ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ IMC ยังเป็นหนึ่งในวิธีการในแบบจำลองการสื่อสารที่มีผลกระทบในเชิงพฤติกรรม (Communication for Behavioral Impact: COMBI) ของ WHO ที่เป็นแบบจำลองในเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารในเชิงพฤติกรรมอีกด้วย

### วิธีการสื่อสารเพื่อสุขภาพ และขอบเขตการปฏิบัติ (Health communication approaches and action areas)

วิธีการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น มีวิธีการ รูปแบบ และช่องทางที่หลากหลาย เพื่อจะได้สื่อสารให้ตรงกับวัตถุประสงค์ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดย Schiavo (2007) ได้อธิบายวิธีการสื่อสารเพื่อสุขภาพไว้ดังต่อไปนี้

1. การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communications) คือการสื่อสาร 2 ทางระหว่างผู้ป่วย ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ และพนักงานขาย (Personal selling) รวมถึงการให้คำปรึกษา (Counseling) ต่างๆ ด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งในการเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรค เป็นการช่วยผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และให้อำนาจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้

ประกอบด้วยสัญลักษณ์ (Symbols) และเครื่องหมาย (Signs) ที่มาจากการใช้คำพูด (Verbal) และที่ไม่ได้ใช้คำพูด (Nonverbal) โดยที่เครื่องหมายนั้น (Signs) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยไม่ได้ตั้งใจ (Involuntary) เช่น อาการหน้าแดงเป็นการแสดงออกของความเขินอาย ส่วนสัญลักษณ์ (Symbols) นั้น หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาด้วยความตั้งใจ (Voluntary) เช่น การแสดงออกด้วยคำพูดเพื่อที่จะอธิบายความรู้สึก พูดออกมาตรงๆ ว่ารู้สึกอย่างไร (Krauss & Fussell, 1996, as cited in Schiavo, 2007) เพื่อจะให้การสื่อสารระหว่างบุคคลมีประสิทธิผลนั้น ขึ้นอยู่กับวิธีการสื่อสารได้ตรงตามความเหมาะสมกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

- ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม (Cultural) และสังคม (Social) เช่น การเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน (Upbringing) ระดับความใกล้ชิดสนิทสนม (Level of intimacy) ความไว้วางใจ (Mutual trust) การเปิดรับสิ่งใหม่ๆ (Openness to new ideas) และความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคล (Individual state of mind)
- ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร (Demographics) เช่น การสื่อสารกับกลุ่มอายุ 18-25 ปี ควรใช้วิธีการสื่อสารที่สนุกสนาน (Having fun) สบายๆ (Relaxing) และให้ความรู้สึกเป็นกลุ่มเดียวกัน (Feeling part of a social group) (Javavidi, W. Long. N. Long & A. Javadi, 1990; Step & Finuance, 2002, as cited in Schiavo, 2007) ส่วนการสื่อสารต่อเพศหญิงนั้น ก็ควรใช้การสื่อสารที่แสดงออกทางอารมณ์มากกว่าการสื่อสารต่อเพศชาย (Step & Finuance, 2002; Barbato & Perse, 1992, as cited in Schiavo, 2007)

นอกจากนี้ Schiavo (2007) กล่าวว่า การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ (Good provider-patient relationship) จะต้องให้ความเคารพผู้ป่วย (Give patients respects) และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเข้าใจและปฏิบัติตาม ส่วนอุปสรรคของการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับความรู้เรื่องสุขภาพ ภาษา ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติ อายุ ข้อจำกัดในการเรียนรู้ การขาดความเข้าใจเรื่องภาษาทางการแพทย์ และความเครียดจากการเกิดโรค

2. การประชาสัมพันธ์ (Public relations and public advocacy) การประชาสัมพันธ์เรื่อง การดูแลสุขภาพ (Health care PR) นั้น อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับ สาธารณชน ทั้งยังต้องคำนึงถึงความจำเป็น (Needs) ความต้องการ (Wants) และความปรารถนา (Desires) ในเรื่องต่างๆ ด้วย ซึ่ง Schiavo (2007) ได้สรุปบทบาทหน้าที่ของการประชาสัมพันธ์เพื่อการดูแลสุขภาพไว้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.3 แสดงหน้าที่ของการประชาสัมพันธ์เพื่อการดูแลสุขภาพ (Public relations functions in health care)

หน้าที่ของการประชาสัมพันธ์เพื่อการดูแลสุขภาพ (Public relations functions in health care)	
เรื่องราวและปัญหา ของสาธารณชน (Public affairs)	การประชาสัมพันธ์จะช่วยแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ สาธารณชน โดยการสนับสนุนให้มีการสนทนาปรึกษา ระหว่างองค์กร (Organization) ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกส่วน (Stakeholders) และกลุ่มเป้าหมาย (Intended audiences)
การสร้างความสัมพันธ์ ในชุมชน (Community relations)	การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน ซึ่งสามารถ โน้มน้าวให้คนในชุมชนปฏิบัติตามได้
การจัดการปัญหา (Issues management)	การประชาสัมพันธ์เป็นกระบวนการที่จัดการกับปัญหา หลากหลายแง่มุม (Multifaceted) และสามารถป้องกันปัญหาที่ จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
การจัดการในภาวะ วิกฤติ (Crisis management)	การประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกัน (Avert) และแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน ได้ โดยอาจมีการใช้สื่อมวลชน (Mass media) มาร่วมในการ วางแผนกลยุทธ์ด้วย
การสร้างความสัมพันธ์ กับสื่อ (Media relations)	การประชาสัมพันธ์เป็นการสื่อสารกับนักข่าว หรือ นักหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อวางแผนกลยุทธ์เกี่ยวกับ สุขภาพ
การประชาสัมพันธ์เพื่อ การตลาด (Marketing public relations)	เป็นขอบเขตของการประชาสัมพันธ์ที่พัฒนาแผนงาน และกล ยุทธ์ทางการตลาด เพื่อสร้างการสนับสนุนให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ และบริการเพื่อสุขภาพ (Health's products and services)

ที่มา: Schiavo R. (2007). *Health communication from the theory to practice*.

Sanfrancisco: Jossey-Bass p.123.

- การขับเคลื่อนชุมชน (Community mobilization) เป็นการให้อำนาจชุมชนและกระตุ้นให้  
บุคคลมีความกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา หรือการมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ในที่นี้  
คือพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาวิธีแก้ปัญหาของตนเอง ไม่ว่า  
ปัญหานั้นจะแก้ไขได้หรือไม่ก็ตาม (Fishbein, Goldberg & Middlestadt, 1997, as

cited in Schiavo, 2007) ซึ่งคำว่า “ชุมชน” นั้น คือความหลากหลายทางสังคม เชื้อชาติ วัฒนธรรม และสภาพทางภูมิศาสตร์ หรืออาจจำแนกเป็นโรงเรียน สถานที่ทำงาน เมือง บ้านใกล้เรือนเคียง กลุ่มของผู้ป่วย และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ โดยในการขับเคลื่อน ชุมชนนั้น จะมีการร่วมกันตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นเรื่องสาธารณสุข (Public health) หรือ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Health behavior) แต่อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องอาศัยช่องทางอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นในชุมชน เช่น สื่อมวลชน โรงภาพยนตร์ การสื่อสาร ระหว่างบุคคล เป็นต้น และเนื่องด้วยมีความแตกต่างกันของสมาชิกในชุมชน ผู้นำชุมชน จึงควรได้รับการฝึกอบรมจากองค์กรภายนอก หรือนักสื่อสารสุขภาพ เพื่อจะได้ให้ความรู้ และแนวทางปฏิบัติเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. การสื่อสารทางการแพทย์อย่างมืออาชีพ (Professional medical communications) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ (Health care providers) จัดสรรข้อมูล และใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อประสิทธิผลในการปฏิบัติทางการแพทย์ (Medical practices) และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยการใช้ทฤษฎี และแบบจำลองเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ และแนวทางที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ
5. ความสัมพันธ์ของผู้มีสิทธิในการวางแผนหรือนโยบายเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (Constituency relations) โดยมีกระบวนการประชุม (Convening) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Exchanging information) และการรักษาความสัมพันธ์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย (Patients) แพทย์ (Physicians) ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ (Health care providers) พนักงานในโรงพยาบาล (Hospital employees) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้สนับสนุน (Professional and advocacy groups) องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร (Nonprofit organizations) บริษัททางเภสัชกรรม (Pharmaceutical companies) กรมอนามัย (Public health departments) สาธารณชนทั่วไป (General public) และผู้วางนโยบาย (Policymakers) เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ

### สื่อมวลชน (Mass media)

ปฏิเสธไม่ได้เลยว่า สื่อมวลชนนั้นมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและความคิดเห็นต่างๆ ของสาธารณชน มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยการให้ความรู้แก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดโรคจากพฤติกรรมที่เป็นอยู่ (Certain behaviors) เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งถือเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ

โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาและยุโรป ซึ่งเป็นทวีปที่มีการแพร่กระจายของสื่ออย่างมาก ซึ่งสื่อมวลชนเหล่านั้นมีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก (Schiavo, 2007) จึงมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารโดยการใช้อสื่อมวลชน และประสิทธิผลในการใช้อสื่อมวลชน ไม่เว้นแม้แต่การใช้อสื่อมวลชนในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

คูบลรัตน์ ศิริยวศักดิ์ (2547) ได้ให้คำนิยามของ “สื่อมวลชน” (Mass media) ว่าเป็นช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร เป็นต้น ส่วน Joharah และ Dina (n.d.) ได้แบ่งประเภทของสื่อมวลชนไว้ดังนี้

1. สื่อสิ่งพิมพ์ (Print media) ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับ (Pamphlets)
2. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic media) ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ DVD
3. สื่อยุคใหม่ (New-age media) ได้แก่ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ

วัตถุประสงค์ของสื่อมวลชน คือ เพื่อการสื่อสาร (Communication) เพื่อความบันเทิง (Entertainment) เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร (Dissemination of information) เพื่อการโฆษณา (Advertising) เพื่อการตลาด (Marketing) และเพื่อแสดงความคิด (Ideas) ทัศนคติ (Opinions) และความคิดเห็น (Views)

ส่วน Kaplan และคณะ (1993) ได้อธิบายเรื่องสื่อมวลชนไว้ว่า สื่อมวลชนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเรา และมีบทบาทสำคัญมากขึ้นทุกวัน โดยเฉพาะบทบาทต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพใน 4 ประเด็นต่อไปนี้ (Flora & Cassady, 1990, as cited in Kaplan, Sallis และ Patterson, 1993)

- สื่อมวลชนสามารถเป็นตัวแทนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในเบื้องต้น เช่น รายการโทรทัศน์ (Television show) หรือสื่อสิ่งพิมพ์เล่มเล็กๆ (Printed booklet) อาจนำมาใช้สอนผู้บริโภคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- สื่อมวลชนสามารถเป็นส่วนเติมเต็มให้กับกลยุทธ์อื่นๆ เช่น ข้อมูลที่คล้ายคลึงกันอาจแพร่กระจายได้หลายช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นทางวิทยุ หรือทางไปรษณีย์ เป็นต้น
- สื่อมวลชนสามารถใช้ในการสนับสนุนโปรแกรมอื่นๆ เนื่องจากสามารถเข้าถึงคนได้จำนวนมาก จึงเป็นวิธีการที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ข้อความในสื่อมวลชนสามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle) โดยการกระตุ้นให้มีการรักษาสุขภาพ และส่งเสริมให้มีการเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพต่อไป

นอกจากนี้ การรณรงค์ของสื่อมวลชน (Mass media campaigns) ยังมีอิทธิพลต่อการเพิ่มอัตราการป้องกันโรค (Immunization) (Porter et al., 2000; Paunio et al., 1991, as cited in Schiavo, 2007) ความรู้เรื่องและแรงจูงใจในการฉีดวัคซีน (Vaccination knowledge) (McDivitt,

Zimicki & Hornik, 1997, as cited in Schiavo, 2007) การตรวจมะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer screening) ของผู้หญิงชาวสเปน (Ramirez et al., 1999, as cited in Schiavo, 2007) และการตระหนักรู้ในเรื่องความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ (Murray, Prokhorov & Harty, 1994, as cited in Schiavo, 2007)

จากผลการวิจัยเรื่องการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ของสุภาภรณ์ พรหมดีราช (2541, อ้างถึงใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548) พบว่า ผู้บริโภคที่ชมรายการโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพ เห็นว่าเป็นรายการที่น่าสนใจ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น การป้องกัน และควบคุมโรค เป็นต้น

### วิทยุ (Radio)

โปรแกรมการสื่อสารเพื่อสุขภาพทางสถานีวิทยุ นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเพิ่มความรู้เรื่องสุขภาพ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ต้องการเพิ่มพูนความรู้เรื่องสุขภาพให้แก่ผู้บริโภคที่มีความรู้เรื่องสุขภาพไม่เพียงพอ (United States Department of Health and Human Services, 2005) เช่นเดียวกับ Radio Salankoloto สถานีวิทยุท้องถิ่นในประเทศแอฟริกา ที่ให้ความรู้เรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจและวิธีการป้องกันโรคเอดส์ ทั้งยังช่วยลดการอัตราการเกิดโรคเอดส์อีกด้วย ทั้งนี้ Radio Salankoloto ได้ใช้กลยุทธ์การสื่อสารด้วยรูปแบบที่เป็นที่นิยม คือ ละครวิทยุ (Radio drama)

### สื่อใหม่ (New media)

ในปัจจุบัน การใช้สื่อใหม่ (New media) นับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งทั้งในการติดต่อสื่อสาร การศึกษาหาความรู้ การทำงาน หรือการทำธุรกิจ เราสามารถใช้บริการชำระค่าสินค้าผ่านทาง อินเทอร์เน็ต อ่านข่าวหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ หรือค้นหาข้อมูลที่เราต้องการได้เกือบทั้งหมด อินเทอร์เน็ตจึงกลายมาเป็นเรื่องธรรมดาในชีวิตประจำวันที่มีประโยชน์ต่อผู้ใช้อย่างมาก รวมถึงมีประโยชน์ต่อการสื่อสารเพื่อสุขภาพด้วย

Flew (2008) ได้ให้คำนิยามของคำว่า “สื่อใหม่” (New media) ไว้ว่า เป็นวิวัฒนาการของระบบดิจิทัล (Digital) ระบบคอมพิวเตอร์ (Computerized) เครือข่ายข้อมูลข่าวสาร (Networked information) และเทคโนโลยีการสื่อสาร (Communication technologies) ตัวอย่างเช่น อินเทอร์เน็ต (Internet) เว็บไซต์ (Website) การใช้สื่อหลายชนิดทางคอมพิวเตอร์ (Computer

multimedia) เกมสื่ในคอมพิวเตอร์ (Computer games) ซีดีรอม (CD-ROMS) และดีวีดี (DVDs) (Manovich, 2003)

Shah S. N. (n.d.). ได้อธิบายตัวอย่างของสื่อใหม่ที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ โดยได้ยกตัวอย่าง ดังนี้

1. Sponsored Patient Communities เป็นชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย หรือบุคคลทั่วไปได้เข้ามาพูดคุยในปัญหาที่คล้ายๆ กัน เป็นลักษณะการประชุมกลุ่มย่อยที่เข้าถึงได้ง่าย (Easily accessible) เช่น Allcircles.com Crohn's&me.com เป็นต้น
2. Wikis and CMS (Medpedia) คือ สารานุกรมทางการแพทย์ ซึ่งมีเนื้อหาทางการแพทย์ที่ให้ความรู้ และมีความน่าเชื่อถือ ทั้งยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลสุขภาพอีกด้วย เช่น Harvard Medical School, Stanford School of Medicine และ American Heart Association เป็นต้น
3. Blogging through others as guests (Patient journals) เป็นบทความและวารสารวิชาการสำหรับผู้ป่วย มีความน่าเชื่อถือ และสามารถเปิดรับได้อย่างรวดเร็ว เช่น Diabetes Mine, ePatient Dave และ e-patients.net เป็นต้น
4. Blogging on your own (Corporate blogging) เป็น Blog ขององค์กร ซึ่งเปิดโอกาสให้ลูกค้าหรือผู้ป่วย ของสถานพยาบาลหรือองค์กรโดยตรง ซึ่งทำให้ลูกค้าหรือผู้ป่วยได้อ่านในสิ่งที่แพทย์เป็นผู้อธิบาย เท่ากับว่าเป็นการให้คำปรึกษาผู้ป่วยหรือลูกค้าทางอ้อม เช่น Goldenlivingcenters Beverly Enterprises Inc. เป็นต้น
5. Microblogging เป็น Blog ที่มีผู้เปิดรับได้รวดเร็วและง่ายมาก โดยมีผู้เข้าเยี่ยมชมประมาณ 25 ล้านคนต่อวัน ผู้ป่วยสามารถติดตาม และได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้ทันทีที่มีการปรับปรุงข้อมูลที่ทันสมัยตลอดเวลา (Real-time updates) เช่น Lutheran HC, Aurora Health และ UNC Health สร้าง Blog ไว้ใน Twitter เป็นต้น
6. Commercial Social Networking for All เป็นสังคมออนไลน์เชิงพาณิชย์สำหรับบุคคลทั่วไป ที่ค่าใช้จ่ายต่ำ หรือไม่มีค่าใช้จ่ายเลย ซึ่งสามารถติดต่อกับกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่น โดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการสนทนา การชมและนำเสนอรูปภาพ วิดีโอ และอื่นๆ จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถติดตามสถานการณ์ข้อมูลข่าวสารขององค์กรได้อย่างทันทีทันใด เช่น Emory Healthcare, McKinsey Healthcare, United Healthcare และ MS Champions มีบัญชี Facebook เป็นต้น
7. Commercial Social Networking for Pros เป็นสังคมออนไลน์เชิงพาณิชย์สำหรับผู้เชี่ยวชาญ และสร้างการโฆษณาด้วยวิธีการบอกต่อ (Word of mouth) และสามารถ



- ติดตามได้ว่าเครือข่ายของสมาชิกมีการเคลื่อนไหวอย่างไรบ้าง เช่น โฆษณาของ Cleveland Clinic และ Quest Diagnostics ใน LinkedIn.com เป็นต้น
8. Social Networking for Physicians เป็นสังคมออนไลน์ที่สร้างการโฆษณาด้วยวิธีการบอกต่อโดยแพทย์ เช่น Sermo.com, Ozmosis.com เป็นต้น
  9. Customer Social Networking คือสังคมออนไลน์ที่ให้กลุ่มของผู้ที่ดูแลสุขภาพ (Healthcare groups) ได้แบ่งปันข้อมูลกับบุคคลกลุ่มอื่นๆ เช่น Institute of California Bilingual Medical Staffing, Hospital Online Marketing Education เป็นต้น
  10. Video Sharing & Screencasts คือ การแบ่งปันวิดีโอที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความรู้ ซึ่งวิดีโอจะช่วยแก้ปัญหาที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและคนในครอบครัว ถือเป็นวิธีการสร้างความน่าเชื่อถือได้อย่างรวดเร็ว และทำให้คนดูชื่นชอบเป็นอย่างมาก เช่น Sentra Healthcare และ UNC Healthcare ได้นำเสนอวิดีโอเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพลงใน Youtube เป็นต้น
  11. Podcasts & Radio Shows มีประโยชน์เหมือนกับ Video Sharing & Screencasts แตกต่างกันเพียง Podcasts & Radio Shows เป็นการนำเสนอข้อมูลผ่านเสียงเพียงอย่างเดียว เช่น HopkinsMedicine.com และ Pentagon Web Radio เป็นต้น
  12. Social Documents เป็นการส่งเอกสารลงในเว็บไซต์ ซึ่งผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญสามารถเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ ได้จากเอกสารเหล่านั้น เช่น การส่งเอกสารลงใน Scribd.com และ Slideshare.com เป็นต้น
  13. Virtual Worlds เป็นสื่อที่ให้ผู้ใช้งานสามารถสร้างสรรค์หรือบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนตัว เช่น Second Life ของ IBM
  14. Video Games คือเกมส์ทางอินเทอร์เน็ต ที่สามารถเข้าถึงลูกค้าที่มีศักยภาพ (Potential clients) ได้ทุกวัย ซึ่งเกมส์เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ข้อมูลอย่างเพลิดเพลิน เช่น เกมส์ Kaiser Permanente เป็นเกมส์ที่ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องด้วยวิธีการที่สนุกสนาน เป็นต้น
  15. Online Advertising คือ โฆษณาทางออนไลน์ที่มีลักษณะต่างๆ เช่น Banners, Directories, Pop-ups and Pop-downs และ Search Engine Optimization เป็นต้น
  16. Search Advertising (AdSense AdCenter) คือ การลงโฆษณาในโปรแกรมค้นหาข้อมูล (Search engine) เช่น Kaiser Permanente และ eHealth Insurance ลงโฆษณาใน Google.com, Bing.com เป็นต้น
  17. Social Media Contests คือ สื่อที่เปิดโอกาสให้บุคคลทั่วไปที่เข้ามาเยี่ยมชมข้อมูลหรือเรื่องราวต่างๆ ให้การสนับสนุน หรือในขณะเดียวกันก็เป็นการโฆษณาไปด้วย โดยอาจเป็น

การให้คะแนน หรือจัดอันดับ เช่น Galen Institute นำเสนอวิดีโอลงใน Youtube.com เป็นต้น

18. Social Bookmarking คือ เว็บไซต์ที่มีการเชื่อมโยงกับเว็บไซต์อื่นๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เช่นกัน ซึ่งไม่สามารถค้นพบได้ในโปรแกรมค้นหาข้อมูล (Search engine) ซึ่งเป็นการค้นหาที่รวดเร็ว และง่ายดาย เช่น Digg.com, Peerclip.com เป็นต้น
19. Listservs and Online Discussion Boards เป็นการให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพด้วยวิธีการแบบเก่า แต่เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผล เข้าถึงและใช้งานได้ง่าย เช่น MySears.com Healthboards.com เป็นต้น
20. E-mail Newsletters การส่ง E-mail และจดหมายแจ้งข่าวสาร ซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นแบบฉบับดั้งเดิม แต่สามารถรับประกันได้ว่าถึงผู้รับอย่างแน่นอน เช่น Family Health Source Newsletter ของ Newton-Wellesley Hospital และ Newsletter ของ Syosset Hospital เป็นต้น
21. Online calendars เป็นปฏิทินที่แจ้งข้อมูลหรือกิจกรรมต่างๆซึ่งมีประสิทธิผลต่อการจัดการตลาดเชิงกิจกรรม (Event marketing) เช่น Diabetes Events Calendar ของ Dlife.com เป็นต้น
22. Mashups & APIs เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เข้ามาเยี่ยมชมเว็บไซต์ได้ร่วมกันแบ่งปันข้อมูล และสร้างสรรค์รูปแบบได้ด้วยตนเอง เช่น Center for Disease Control and prevention (CDC) และ Visualhealth.com เป็นต้น

ผลการวิจัยของ Hofstetter, Schultz และ Mulvihill (1992) พบว่า ผู้บริโภคเปิดรับสื่อเพื่อสุขภาพทางโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาเป็นหนังสือพิมพ์ วิทยุ และการสื่อสารระหว่างบุคคล อย่างไรก็ตาม รูปแบบของสื่อแต่ละประเภทในการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น ได้ถูกจัดสรร และออกแบบให้แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ และวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร

Hofstetter, Schultz และ Mulvihill (1992) ได้ศึกษาโครงสร้างและความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อ (Media exposure) ที่มีเนื้อหาด้านโภชนาการ (Nutrition) ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health risk) การแพทย์ (Medical) การออกกำลังกาย (Exercise) ความกังวลเรื่องสุขภาพ (Health concerns) และเรื่องราวและปัญหาของสาธารณชน (Public affairs) ซึ่งความแตกต่างในการเปิดรับสื่อแต่ละประเภท ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ นิตยสาร หรือแม้แต่การได้รับข้อมูลจากการสื่อสารระหว่างบุคคล เช่น เพื่อน หรือครอบครัว ก็แตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของความต้องการข้อมูล ซึ่งสื่อมวลชนได้รับการอ้างอิงว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด และโทรทัศน์ก็ยังคงเป็นแหล่งข้อมูลหลักของผู้บริโภค (Wade &

Schramm, 1969, as cited in Hofstetter et al., 1992) ซึ่งเมื่อผู้บริโภคมีความเกี่ยวพันสูง ก็จะเป็นผู้หาข้อมูลเอง (Active) แต่ถ้าผู้บริโภคมีความเกี่ยวพันต่ำก็จะมีลักษณะเป็นผู้รับข้อมูล (Passive) ดังนั้น ผู้บริโภคที่มีลักษณะเป็นผู้รับข้อมูล จึงได้รับข้อมูลน้อยกว่าผู้บริโภคที่เป็นผู้หาข้อมูลเอง (Grunig, 1983, as cited in Hofstetter et al., 1992)

สิริพรรณ วิบูลจันทร (2542, อ้างถึงในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2551) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเปิดรับข่าวสารของกลุ่มสตรีวัยทอง พบว่า โทรทัศน์เป็นสื่อที่สตรีวัยทองเปิดรับมากที่สุด รองลงมาคือหนังสือพิมพ์ และสื่อบุคคล

Rimal และ Adkins (2003) ได้กล่าวถึงการใช้ช่องทางทางอินเทอร์เน็ตในการเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เพื่อตอบสนองการบริโภคสื่อทางอินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก และในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดยมีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในการหาข้อมูลเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 60 ล้านคน ในปี 1999 (Fox & Raine, 2001, as cited in Rimal & Adkins, 2003) สูงขึ้นถึง 97 ล้านคน ในปี 2001 (Harris Interactive, 2001, as cited in Rimal & Adkins, 2003) ซึ่งการตลาดเพื่อสังคม (Social marketing) เป็นการสื่อสารการตลาดทางอินเทอร์เน็ต ที่มีความนิยมเป็นอย่างมากในปัจจุบันนั้น เป็นช่องทางที่สามารถสร้างความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของสาธารณชน (The public's demand) และผู้จัดหาข้อมูล (Provider's supply) ได้อย่างลงตัว ดังนั้น ในการวางแผนกลยุทธ์ที่จะใช้ในการสื่อสาร จึงต้องพิจารณาความเหมาะสมของกลุ่มผู้รับสาร โดยแบ่งเป็น 1) การแบ่งกลุ่มผู้รับสาร (Audience segmentation) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จัดสรรกลุ่มบุคคลตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้ โดยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการรณรงค์ (Campaign) (Cirksena & Flora, 1995, as cited in Rimal & Adkins, 2003) โดยที่การรณรงค์เพื่อสุขภาพ (Health campaigns) อาจแบ่งกลุ่มเป้าหมายจากลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological) ลักษณะทางประชากร (Demographic) และพฤติกรรมการสื่อสาร (Communicative behaviors) และ 2) การเลือกกลุ่มเป้าหมายของการสื่อสาร (Targeting)

### สื่อเพื่อความบันเทิง (Entertainment media)

Brodie, Foehr, Rideout, Baer, Miller, Flournoy และ Altman (2001) ได้ศึกษาเรื่อง Communicating health information through the entertainment media โดยอธิบายถึงวิธีการใช้การสื่อสารด้วยสื่อเพื่อความบันเทิง และระบุว่าสื่อเพื่อความบันเทิงที่เป็นที่นิยมมากที่สุด คือ โทรทัศน์ ซึ่งถือเป็นแหล่งข้อมูลเบื้องต้นในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ (Health care providers) ต่างเห็นพ้องต้องกันว่า ผู้ป่วยมักดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น และสนใจเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพมากยิ่งขึ้น เมื่อได้รับชมรายการโทรทัศน์ยอดนิยม

## สื่อในรูปแบบสาระและความบันเทิง (Entertainment Education / Edutainment)

Hether, Huang, Beck, Murphy และ Valente (2008) ได้อธิบายเรื่องการศึกษาศึกษาเชิงบันเทิง (Entertainment Education / Edutainment) ไว้ในงานวิจัยเรื่อง “Entertainment-education in a media-saturated environment: Examining the impact of single and multiple exposures to breast cancer storylines on two popular medical dramas” ว่าเป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ตั้งแต่ปีค.ศ. 1950 ซึ่งถือเป็นวิธีการที่เข้าถึงผู้รับสารได้เป็นจำนวนมาก และเป็นการคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปอีกด้วย โดยรูปแบบที่นิยมใช้ก็คือ ละครโทรทัศน์ นอกจากนี้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2006) ได้อธิบายไว้ว่า การศึกษาศึกษาเชิงบันเทิง เป็นการนำความบันเทิงมาใช้ในการเรียนการสอน โดยนำความบันเทิงรูปแบบต่างๆ มาใช้ เช่น เกมส์ เว็บไซต์ ภาพยนตร์ เป็นต้น ในงานวิจัยเรื่อง “Entertainment-education in a media-saturated environment: Examining the impact of single and multiple exposures to breast cancer storylines on two popular medical dramas Hether” และคณะ (2008) ได้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยการส่งแบบสอบถามไปทาง E-mail ผลการวิจัยพบว่า เมื่อผู้รับสารได้รับชมรายการบันเทิงแล้วจะทำให้มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมากขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โดยการตรวจเช็คมะเร็งเต้านมด้วยวิธีต่างๆ

## การโฆษณา (Advertising)

Moorman และ Jaworski (1991) ได้กล่าวถึงการใช้โฆษณา (Advertising) ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ โดยอธิบายไว้ว่า เพื่อให้โฆษณาที่มีประสิทธิภาพนั้น นักสื่อสารสุขภาพเพื่อสาธารณะ (Public health communicators) จำเป็นต้องทำความเข้าใจใน 3 ประเด็นที่เกี่ยวกับผู้บริโภค คือ แรงจูงใจ (Motivation) โอกาส (Opportunity) และความสามารถ (Ability) ซึ่งจะช่วยให้นักสื่อสารสุขภาพ เลือกใช้กลยุทธ์ต่างๆ ได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย (Peddecord, Jacobson, Engelberg, Kwizera, Macias & Gustafson, 2008)

โฆษณาในโรงภาพยนตร์ เป็นอีกหนึ่งช่องทางที่นักโฆษณาเลือกใช้นอกเหนือจากโฆษณาทางโทรทัศน์ และทางสื่ออื่นๆ เพื่อที่จะเข้าถึงผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (Ewing, DuPlessis & Foster, 2001, as cited in Peddecord et al., 2008) นอกจากนี้ The Health Promotion Agency for Northern Ireland (1999) ก็ได้ใช้โฆษณาทางโทรทัศน์และโฆษณาในโรง

ภาพยนตร์ ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ เนื่องจากพบว่าโฆษณาทางโทรทัศน์ และโฆษณาในโรงภาพยนตร์ เป็นช่องทางการสื่อสารสุขภาพที่เข้าถึงสาธารณชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

### การสื่อสารโทรคมนาคม (Telecommunication)

Maheu, Whitten และ Allen (2001) ได้อธิบายเรื่อง “การสื่อสารโทรคมนาคม” (Telecommunication) ไว้ว่า เป็นเทคโนโลยีที่ใช้ในอุตสาหกรรมในการดูแลสุขภาพ (The health care industry) เพื่อส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพให้แก่บุคคลทั่วไปและผู้เชี่ยวชาญ โดยแบ่งเป็น “โทรเวช” (Telemedicine) “โทรคมนาคมเพื่อสาธารณสุข” (Telehealth) และสาธารณสุขทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-Health) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### - โทรเวช (Telemedicine)

Maheu, Whitten และ Allen (2001) ได้ให้คำนิยามของคำว่า “โทรเวช” (Telemedicine) ไว้ว่า เป็นการจัดการเกี่ยวกับการบริการเพื่อสุขภาพ (Health care services) และข้อมูลของสถานพยาบาล (Clinical information) และการศึกษาทางไกลผ่านทางเทคโนโลยีการสื่อสาร (Telecommunication technology) ซึ่งมีมาก่อนอินเทอร์เน็ต โดยเป็นการรวมเอาระบบการโทรคมนาคมการสื่อสารมาช่วยในการรักษา (Curative medicine) ทั้งนี้ Telemedicine ยังถือเป็นการช่วยแก้ปัญหาทางการแพทย์เมื่อมีความเร่งด่วน (Emergency medical assistance) เป็นการให้คำปรึกษาทางไกล (Long-distance consultation) แก้ปัญหาในระบบการจัดการและการขนย้าย (Administration and logistics) มีการรับรองเรื่องการควบคุมคุณภาพ (Supervision and quality assurance) ทั้งยังช่วยในเรื่องการศึกษาและฝึกฝน (Education and training) สำหรับผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลสุขภาพ (Wootton, Patil, Scott & Ho, 2009)

นอกจากนี้ สารานุกรมไทย ฉบับเยาวชน (2544) ได้ให้ความหมายของคำว่า “โทรเวช” ไว้ว่า คือวิธีการใช้ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่ส่งทั้งอักษร ภาพ และเสียงของข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น ซึ่งแพทย์สามารถใช้ช่วยทำการรักษา วินิจฉัยโรค และให้คำปรึกษาจากทางไกล เพราะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของท้องถิ่นห่างไกลสามารถติดต่อเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และใช้อุปกรณ์ของโรงพยาบาลในเมืองใหญ่ช่วยในการรักษา ตลอดจนช่วยให้สถานพยาบาลทุกแห่งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน (medical record) ของผู้ป่วยได้ แม้จะอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลเดิมของผู้ป่วยนั้นระบบโทรเวชนี้จะเป็นการกระจายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูงไปทั่วประเทศ และเป็นการสร้างความเท่าเทียมกันในด้านคุณภาพชีวิตให้แก่

ประชากรในท้องถิ่นชนบท ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในบางท้องถิ่นพร้อมทั้งช่วยประหยัดงบประมาณของรัฐด้านการสาธารณสุขในระยะยาวอีกด้วย

- โทรคมนาคมเพื่อสาธารณสุข (Telehealth)

Maheu, Whitten และ Allen (2001) ได้ให้ความหมายของคำว่า “โทรคมนาคมเพื่อสาธารณสุข” (Telehealth) ว่ามีความหมายที่ครอบคลุมมากกว่าคำว่า “โทรเวช” (Telemedicine) เนื่องจาก Telehealth ครอบคลุมในเรื่องการป้องกันเพื่อสุขภาพ การสร้างเสริมเพื่อสุขภาพ และการรักษา ในขณะที่ Telemedicine เน้นไปที่เรื่องการรักษาเป็นหลัก โดยได้ให้นิยามไว้ว่า “โทรคมนาคมเพื่อสาธารณสุข” (Telehealth) ว่าเป็นการส่งข้อมูลและการบริการ ผ่านระบบเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคม เพื่อใช้ในการป้องกัน และการสร้างเสริมสุขภาพ (Preventing and promoting health) เช่น การใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือทางการประชุมผ่านทางวิดีโอ (Videoconference) เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กทช.) และมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) (2549) ได้มีโครงการวิจัยสาธารณสุขโทรคมนาคมสู่ถิ่นกันดาร (Telehealth) คือ การนำเอาระบบโทรคมนาคมมาใช้งานสื่อสาร เช่น อินเทอร์เน็ตผ่านดาวเทียม ผ่าน land line ด้วยความเร็วการรับ-ส่งข้อมูลระดับต่างๆกัน โทรศัพท์ไร้สาย โทรศัพท์พื้นฐาน หรือแม้กระทั่งเครื่องรับวิทยุสื่อสาร เพื่อประยุกต์ใช้ในกิจการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขเพื่อบริการประชาชน หรือในยามเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร แต่ปัจจุบันระบบโทรคมนาคมที่ไปสนับสนุนงานดังกล่าวยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากสภาพภูมิประเทศของพื้นที่เป้าหมายมีความหลากหลาย ทำให้เป็นอุปสรรคในการวางแผนติดตั้งระบบโทรคมนาคมที่มีเทคโนโลยีเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ กทช. จึงได้สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยหารูปแบบที่เหมาะสมของระบบโทรคมนาคมสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทุรกันดารและห่างไกล เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดให้มีบริการอย่างทั่วถึงต่อไป

- สาธารณสุขทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-Health)

McLendon (2000, as cited in Maheu, Whitten & Allen, 2001) ได้ให้นิยามของคำว่า “สาธารณสุขทางอิเล็กทรอนิกส์” (E-Health) ไว้ว่า เป็นรูปแบบทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ส่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยมีทั้งรูปแบบที่เป็นข้อมูลข่าวสาร (Informational) ข้อมูลทางการศึกษา (Educational) สินค้า (Commercial products) และการบริการ ซึ่งข้อมูลทั้งหลายเหล่านี้ได้มาจากทั้งผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ (Professionals) ผู้ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญ (Nonprofessional) นักธุรกิจ (Businesses) หรือจากตัวผู้บริโภคเอง (Consumers)

ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, n.d.) ได้อธิบายว่า E-Health เป็นโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (Communication technologies) เพื่อสนับสนุนระบบสาธารณสุข ซึ่งเข้าถึงได้ง่ายขึ้น (Improving access) เปี่ยมไปด้วยข้อมูลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (Quality and efficacy information) ทั้งยังเป็นโปรแกรมที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งด้านนโยบายต่างๆ ด้านจริยธรรม และประโยชน์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบัน E-Health ถือเป็นองค์ประกอบในการวางแผนกลยุทธ์ที่สำคัญมากกลยุทธ์หนึ่งในระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุมชนสื่อสารสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาถึงชุมชนและสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารเพื่อสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ตของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ตนั้นช่วยให้ผู้บริโภคมีความสะดวกในการหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากยิ่งขึ้น แต่ทั้งนี้ จำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรหรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตให้มีความเชี่ยวชาญมากยิ่งขึ้น

### รูปแบบสารที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

Taylor (1995) ได้อธิบายว่า การจูงใจเพื่อให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพนั้น จำเป็นต้องเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริโภคเสียก่อน (Attitude-change) ซึ่งหากโน้มน้าวให้ผู้บริโภคมองรับได้ว่าตนมีลักษณะนิสัยเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ดี พวกเขา ก็จะมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนลักษณะนิสัยนั้น ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาได้มุ่งประเด็นไปที่จุดจูงใจด้วยความกลัว (Fear appeals) และจุดจูงใจด้วยการให้ข้อมูล (Informational appeals) ให้ผู้บริโภคมีแรงจูงใจที่จะหันมาใส่ใจในสุขภาพ

จุดจูงใจด้วยความกลัว (Fear appeals) คือการสื่อสารให้ผู้บริโภครู้สึกกลัว หากมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ไม่ดี ผลการวิจัยในอดีต พบว่า การใช้ความกลัว เป็นปัจจัยที่จูงใจให้ผู้บริโภคเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Higbee, 1969; Janis, 1967 และ Leventhal, 1970, as cited in Taylor, 1995) นอกจากนี้ หากผู้บริโภคมีความกลัวในผลของลักษณะนิสัยอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ผู้บริโภคก็จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ เพื่อลดความกลัวนั้น ยิ่งผู้บริโภคมีความกลัวมากเท่าใด ก็มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้นเท่านั้น ในทางกลับกัน Leventhal (1970) และ Self และ Rogers (1990, as cited in Taylor, 1995) ได้โต้แย้งว่า ความกลัวเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ผู้บริโภคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะ

ยาว หรืออย่างถาวร แต่หากใช้วิธีการแนะนำการปฏิบัติตัว หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผล ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health behavior) จึงจะช่วยให้ผู้บริโภคมี พฤติกรรมเพื่อสุขภาพในระยะเวลายาวนานขึ้น

จุดจูงใจด้วยการให้ข้อมูล (Informational appeals) คือ การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับ ผลของลักษณะนิสัยที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Effects of their health habits) โดยใช้วิธีการต่างๆ คือ 1) สื่อสารด้วยความมีชีวิตชีวา (Colorful) และมีความชัดเจน (Vivid) ซึ่งจะจูงใจผู้บริโภคได้มากกว่า การใช้ข้อความทางสถิติ (Statistics) และภาษาวิชาการ (Jargon) 2) การใช้ผู้เชี่ยวชาญมาเป็น แหล่งข้อมูล จะสร้างความน่าเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น 3) การสื่อสารอาจใช้ข้อความที่บอกผลดี หรือ ข้อความที่บอกผลเสียของการมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยการเลือกใช้ ควรเลือกให้ เหมาะสมกับผู้บริโภคเป้าหมาย เช่น หากกลุ่มเป้าหมาย คือผู้บริโภคที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ก็ควรใช้ ข้อความที่บอกผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนผู้บริโภคที่ไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ก็ควรใช้ข้อความที่ บอกผลเสียของการสูบบุหรี่ เพื่อดึงดูดใจให้หันมาเลิกสูบ 4) การใช้ข้อพิสูจน์หรือข้อโต้แย้งที่รุนแรง ควรอยู่ต้นหรือท้ายข้อความ 5) ข้อความที่ใช้ควรกระชับ ชัดเจน และตรงไปตรงมา 6) ควรใช้การ สรุปร้อยอย่างถ่องแท้ โดยไม่ทิ้งความนัยให้ผู้บริโภคไปคิดต่อ และ 7) ควรใช้ข้อความที่มีความหมาย โดยสมบูรณ์ จะยิ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติมากยิ่งขึ้น (McGuire, 1964; Zimbardo, Ebbesen & Maslach, 1977, as cited in Taylor, 1995)

ในขณะที่ Olaf (n.d.) ได้อธิบายประเภทของจุดจูงใจที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ไว้ ดังต่อไปนี้

1. จุดจูงใจในด้านบวกทางอารมณ์ (Positive emotional appeals) คือ การแสดงให้เห็น ประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับจากพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งในข้อความจะไม่กล่าวถึง ข้อเสียหรืออุปสรรค (Drawbacks) ในการปฏิบัติ
2. จุดจูงใจด้านตลกขบขัน (Humorous appeals) การใช้ข้อความที่ตลกขบขันในเรื่อง เกี่ยวกับสุขภาพนั้น จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้บริโภคเข้าใจในใจความสำคัญ (Main message) ของการสื่อสารมากยิ่งขึ้น
3. จุดจูงใจด้านความกลัว (Threat or fear appeals) คือ การใช้ข้อความที่อ่านแล้วรู้สึกกลัว รวมถึงข้อความที่กล่าวถึงความอันตรายต่อทั้งทางร่างกาย (Physical) และต่อสังคม (Social) ข้อความที่เป็นหลักฐานชัดเจน (Evidence) ใช้สำหรับผู้บริโภคที่มีความอ่อนแอ ไม่มั่นใจในตนเอง และข้อความที่บอกวิธีการแก้ปัญหา (Solutions) ที่สามารถปฏิบัติได้ ง่าย (Easy to perform) โดยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการปฏิบัติ และ



บอกประสิทธิภาพของวิธีการแก้ปัญหา (Effective) โดยชี้ให้เห็นว่าการแก้ปัญหานั้นจะสามารถจัดความกลัวออกไปได้

Keller และ Block (1996) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “Increasing the persuasiveness of fear appeals: The effect of arousal and elaboration” เพื่อศึกษาถึงผลการใช้ข้อความที่ใช้จุดจูงใจด้วยความกลัวต่อการสูบบุหรี่ ด้วยวิธีวิจัยเชิงทดลอง โดยทำการทดลองกับผู้สูบบุหรี่ 97 ราย ผลการวิจัยพบว่า ข้อความที่ใช้จุดจูงใจด้วยความกลัวในระดับต่ำและอธิบายเรื่องปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างละเอียด จะกระตุ้นให้เกิดความคิดถึงปัญหาและการแก้ปัญหามากกว่าข้อความที่ใช้จุดจูงใจด้วยความกลัวในระดับสูง ในขณะที่ข้อความที่ใช้จุดจูงใจด้วยความกลัวในระดับสูงจะจูงใจ (Persuasive) ให้เกิดความกังวลและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าข้อความที่ใช้จุดจูงใจด้วยความกลัวในระดับต่ำ

Janis และ Feshbach (1953) ได้กล่าวไว้ว่า การใช้การกระตุ้นด้วยความกลัว (Arousal of fear) หรือความกังวล (Anxiety) นั้น จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของผู้บริโภค กล่าวคือ ในทางการแพทย์ เมื่อชี้ให้เห็นถึงอันตรายของโรคมะเร็ง ก็สามารถโน้มน้าวให้คนหันมาใส่ใจในการป้องกันโดยการตรวจเช็คร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น ทั้งนี้ Janis และ Feshbach ได้ทำการวิจัยเรื่อง Effects of fear-arousing communications เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการใช้จุดจูงใจด้วยความกลัว (Fear appeals) ด้วยการใช้อาการพินผู้ที่มีความน่ากลัวในระดับที่ต่างกัน มีผลต่อระดับความกังวลในการดูแลสุขภาพพินอย่างไร ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีวิจัยเชิงทดลอง โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลองคือนักเรียนระดับมัธยม ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการทดลองในกลุ่มที่ใช้ภาพของอาการพินผู้ที่มีความน่ากลัวในระดับสูง มีความกังวลสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ภาพของอาการพินผู้ที่มีความน่ากลัวในระดับปานกลางและในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ใช้ภาพของอาการพินผู้ที่มีความน่ากลัวในระดับปานกลางและในระดับต่ำนั้น มีระดับความกังวลที่แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญ นอกจากนี้ หลังจากทำการทดลองเรื่องภาพความน่ากลัวแล้วยังได้ทำการทดสอบการใช้จุดจูงใจด้วยการให้ข้อมูล (Information) เกี่ยวกับโครงสร้างของพินสาเหตุของอาการพิน และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลองมีความเชื่อถือในข้อมูลที่แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญ

จากผลการวิจัยเรื่อง Communicating healthy eating to adolescents ของ Chan, Prendergast, Gronhoj และ Larsen (2009) เพื่อศึกษาถึงการรับรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ให้ประโยชน์และให้โทษต่อสุขภาพ และผู้ที่มีอิทธิพลในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ด้วยการใช้วิธีเชิงปริมาณ (Quantitative research) ด้วยวิธีสำรวจ (Survey) กับนักเรียนชั้นมัธยม

ต้น ชาวฮ่องกง จำนวน 152 ราย พบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ใช้จุดจูงใจด้วยความกลัวมีประสิทธิผลต่อการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากที่สุด

ส่วน Clark และ MacCan (2008) ได้ทำการวิจัยเรื่อง The influence of friends on smoking commencement and cessation in undergraduate nursing students: A survey ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey) เพื่อศึกษาเรื่องการเริ่มและการเลิกสูบบุหรี่ โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาด้านพยาบาลจำนวน 366 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ โดยการใช้จุดจูงใจด้วยความกลัว มีอิทธิพลทั้งต่อการป้องกันการเริ่มต้นสูบบุหรี่และต่อการเลิกสูบบุหรี่

Taylor (1995) ยังได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ข้อความเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude-change) ไว้ว่า การสื่อสารเพื่อจูงใจให้ผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้นั้น ข้อความที่สื่อสารควรมีความน่าสนใจ (Attention) เข้าใจง่าย (Comprehension) ข้อความต้องจูงใจให้ผู้บริโภคยินยอม (Yielding) ในเหตุผลที่น่าเสนอ ความถี่ในการสื่อสารควรมีความเหมาะสม ข้อความที่ใช้ต้องมีความชัดเจน และควรมีการแนะนำรายละเอียดในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น บอกสถานที่ เวลา ในการไปตรวจเช็คร่างกาย หรือบอกวิธีการในการตรวจร่างกายด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้บริโภคจะได้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

Salman และ Atkin (2003) ได้อธิบายถึงกลยุทธ์การใช้ข้อความเพื่อการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยกลยุทธ์ต่างๆ ดังต่อไปนี้

การใช้สิ่งจูงใจในข้อความ (Incentives) มีลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. ข้อความที่มีความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือข้อความที่มีความถูกต้องและมีเหตุผล โดยต้องมาจากแหล่งสารที่เชื่อถือได้ (Trustworthiness) และมีความสามารถ (Competence)
2. รูปแบบและแนวคิดที่น่าสนใจ (Engaging) โดยการใช้รูปแบบที่ดึงดูดใจ (Attractive) และให้ความบันเทิง (Entertaining)
3. รูปแบบการนำเสนอควรมีความเกี่ยวข้องกับบุคคล (Personally involving) มีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย (Relevant)
4. ข้อความที่เข้าใจได้ง่าย (Understandability) จะช่วยกระบวนการการเรียนรู้ของผู้รับสารได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

การใช้จุดจูงใจที่หลากหลายของข้อความ (Diverse incentive appeals) มีความสำคัญเพื่อกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้ ดังนี้

1. จุดจูงใจในแง่ลบ (Negative Appeals) เป็นจุดจูงใจที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการชี้ให้เห็นผลที่น่ากลัว (Harmful outcomes) ตั้งแต่การเริ่มต้นพฤติกรรม

ที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Initiative) หรือผลเสียจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่อง (Continuing)

2. จุดจูงใจในแง่บวก (Positive Appeals) เป็นจุดจูงใจที่บอกผลดีของการแสดงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ
3. จุดจูงใจอื่นๆ (Multiple Appeals) มีจุดจูงใจแบบอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันไป โดยรูปแบบที่เลือกใช้นั้น อาจได้มาจากการวิจัยก่อนการผลิต เพื่อจะได้เลือกรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมที่สุด

การใช้หลักฐานข้อพิสูจน์ (Evidence) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำมาสนับสนุนการกล่าวอ้างต่างๆ ในข้อความ โดยสำหรับผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพสูง สามารถใช้ข้อความที่มีการอ้างอิงผลทางสถิติ (Statistics) มีการรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Provide documentation) และการนำคำกล่าวอ้างจากผู้เชี่ยวชาญ (Quotations from experts) มาใช้ ในขณะที่การใช้ข้อความที่กล่าวเกินจริง (Dramatized case example) และใช้ผู้รับรองผล (Testimonials) ที่น่าเชื่อถือ (Respected sources) จะมีประสิทธิภาพกับผู้ที่มีความเกี่ยวพันในเรื่องสุขภาพต่ำกว่า (Less involve)

การใช้ข้อมูลที่มีเนื้อหาด้านเดียว และ 2 ด้าน (One-sided versus two-sided content)

การตอบสนองในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพนั้น อาจไม่มีประสิทธิผล เนื่องจากการที่ผู้บริโภครับรู้อุปสรรค (Obstacles) และข้อด้อยต่างๆ (Drawbacks) ในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จึงมี 2 วิธีการในการกำจัดอุปสรรคเหล่านั้น คือ การใช้ข้อความที่มีเนื้อหาเพียงด้านเดียว (One-sided message) โดยกล่าวชื่นชม ยกย่องพฤติกรรม ส่วนการใช้ข้อความที่มีเนื้อหา 2 ด้าน (Two-sided message) โดยบอกทั้งข้อดีของการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และบอกข้อเสียจากการที่ไม่มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

นอกจากนี้ Schiavo (2007) ได้กล่าวถึงแนวทางการเขียนข้อความเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการสื่อสารไว้ดังนี้

1. กระชับและตรงประเด็น (Concise and to the point) ควรมีใจความสำคัญไม่เกิน 3 ประเด็น ในการสื่อสารต่อกลุ่มเป้าหมาย 1 กลุ่ม เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนขึ้น
2. มีความน่าเชื่อถือ (Credible) ควรใช้วิธีการสื่อสารหรือโฆษณาที่มีชื่อเสียง (Reputable tools and spokespeople)
3. มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมาย (Relevant to the intended audience) เพื่อที่จะได้มีความเข้าใจได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น

4. มีความสอดคล้องกัน (Consistent) กิจกรรมและวิธีการต่างๆ ที่นำมาใช้ในการสื่อสาร ควรมีความต่อเนื่อง ไม่เว้นช่วงนานเกินไป
5. เข้าใจง่าย (Simple) โดยไม่ควรใช้คำพูดที่เป็นศัพท์เฉพาะกลุ่มหรือคำศัพท์ที่เข้าใจยาก (Jargon) หรือใช้คำศัพท์วิชาการ (Technical terms) เพราะจะทำให้เข้าใจได้ยาก
6. จดจำได้ง่าย (Easy to remember) ควรใช้ภาษาที่น่าประทับใจหรือจับใจ (Catchy language) หรือภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

อย่างไรก็ตาม หากโปรแกรมการสื่อสารเพื่อสุขภาพใด มีใจความสำคัญมากกว่าหนึ่ง ก็ควรวางข้อความที่มีความสำคัญมากที่สุดไว้ที่ต้นและท้ายข้อความ หรือช่วงต้นและท้ายของกิจกรรมที่จัดขึ้น

Menon, Block และ Ramanathan (2002) ได้ศึกษาเรื่อง We're at as much risk as we are led to believe: Effects of message cues on judgements of health risk เพื่อศึกษาประสิทธิผลของข้อความต่อการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี (Hepatitis B and Hepatitis C) ของผู้บริโภค ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพอย่างไร ผลการวิจัยพบว่า นัยของข้อความ (Message cue) มีผลกระทบโดยตรงต่อทัศนคติและความตั้งใจของผู้บริโภค ในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ คือการฉีดวัคซีน อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ McCormack (2009) ที่พบว่า การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิผลนั้น เกิดจากการใช้วิธีการสื่อสารและข้อความที่ไม่เหมาะสม ซึ่งทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพตามมา

Wheatley และ Oshikawa (1970) ได้ทำการวิจัยเรื่อง The relationship between anxiety and positive and negative advertising appeals เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีความกังวลสูงและต่ำ ต่อโฆษณาที่ใช้ข้อความที่ใช้จุดจูงใจในแง่บวกและข้อความที่ใช้จุดจูงใจในแง่ลบ ด้วยวิธีวิจัยเชิงทดลอง โดยการให้ผู้เข้าร่วมการทดลองตอบแบบสอบถามเพื่อแบ่งระดับความกังวลต่อเรื่องต่างๆ ในภาพรวม โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีความกังวลสูงและมีความกังวลต่ำ ผลการวิจัยพบว่า การใช้ข้อความที่ใช้จุดจูงใจในแง่บวกมีผลต่อผู้ที่มีระดับความกังวลสูงมากกว่าผู้ที่มีระดับความกังวลต่ำ ข้อความที่ใช้จุดจูงใจในแง่ลบมีผลต่อผู้ที่มีระดับความกังวลต่ำมากกว่าผู้ที่มีระดับความกังวลสูง

นอกจากรูปแบบสารและสื่อเพื่อสุขภาพตามที่ได้อธิบายมาแล้วนั้น บุคคลใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อน ยังเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยจากผลการวิจัยเรื่อง Communicating healthy eating to adolescents ของ Chan และคณะ (2009) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างไปรับประทานอาหารกับเพื่อนๆ หรือไปงานเลี้ยง มักจะรับประทานอาหารที่ให้โทษต่อสุขภาพ เช่น ขนมขบเคี้ยว และน้ำอัดลม เป็นต้น ในทางตรงกันข้าม กลุ่ม

ตัวอย่างมักจะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน หรือเมื่อไม่สบาย ทั้งนี้ ผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างคือ พ่อแม่

ส่วน Clark และ MacCan (2008) ได้ทำการวิจัยเรื่อง The influence of friends on smoking commencement and cessation in undergraduate nursing students: A survey ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey) ผลการวิจัยพบว่า เพื่อนมีอิทธิพลสำคัญอย่างยิ่งทั้งต่อการเริ่มต้นสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่

ตามที่คุณวิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ นั้น สรุปได้ว่า ในการวางแผนกลยุทธ์การสื่อสารแต่ละวิธี และช่องทางนั้น จำเป็นต้องศึกษาและวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มผู้รับสารให้ดี เพื่อที่จะได้ออกแบบวิธีการและรูปแบบการสื่อสารต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากที่สุด เพื่อจะได้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีต่อไป

## แนวคิดเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมผู้บริโภค

ปัจจัยที่กระทบต่อการเกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกันของผู้บริโภคที่สำคัญนั้น ก็คือ ทัศนคติ (Attitude) กล่าวคือ หากผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะเกิดพฤติกรรมคล้ายตามสิ่งๆ นั้น ทั้งนี้ ในแง่ของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยหากผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องการมีสุขภาพที่ดี ก็ มีแนวโน้มที่ผู้บริโภคจะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพด้วย

### นิยามของทัศนคติ

Allport (1935, as cited in Assael, 1997) ได้ให้คำนิยามของคำว่า “ทัศนคติ” ไว้ว่า คือ แนวโน้ม (Predisposition) ของพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ในการตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความชื่นชอบ (Favorable) และความไม่ชื่นชอบ (Unfavorable) ซึ่งสอดคล้องกับ Lutz (1991) ที่กล่าวไว้ว่า ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีความรู้สึกชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ส่วน Solomon (2007) ได้กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึกหรือการประเมินบุคคล วัตถุ สิ่งของ โฆษณา หรือประเด็นต่างๆ เรียกว่า Attitude object ( $A_o$ ) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้ว เปลี่ยนแปลงได้ยาก ในขณะที่ Schiffman และ Kanuk (2007) อธิบายว่า ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเกิดขึ้นเองได้ จำเป็นต้องมีสิ่งมาจูงใจ เช่น คน สัตว์ สิ่งของ องค์การ หรือการกระทำต่างๆ ทั้งนี้ทัศนคดียังสามารถส่งผลถึงการเกิดพฤติกรรมการอุปโภคบริโภคด้วย

Lutz (1991) ได้กล่าวว่า ทัศนคติมีคุณลักษณะ 4 ประการดังนี้ 1) ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ (Attitudes are learned) กล่าวคือ ผู้บริโภคจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นั้นต้องอาศัย การเรียนรู้ มิได้มีติดตัวมาตั้งแต่เกิด โดยเรียนรู้ความรู้สึกที่ชื่นชอบ (Favorable) และไม่ชื่นชอบ (Unfavorable) ที่ได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง 2) ทัศนคติเป็นแนวโน้มในการตอบสนอง (Attitudes are dispositions to respond) หมายความว่า ทัศนคติเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม และสามารถใช้นำมาเกิดพฤติกรรม ได้ โดยที่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นจะสอดคล้องกับทัศนคติที่มีอยู่ 3) ทัศนคติเป็นการตอบสนองในรูปแบบของความชื่นชอบหรือความไม่ชื่นชอบอย่างสม่ำเสมอ (Consistently favorable or unfavorable responses) ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมในแง่บวกหรือแง่ลบต่อสิ่งนั้น ซึ่งทางการตลาดพบพฤติกรรมเช่นนี้จากการซื้อซ้ำ เรียกได้ว่าเป็นความภักดีต่อตราสินค้า (Brand loyalty) จนเกิดการบอกต่อ (Word-of-mouth) ในด้านดีของสินค้าต่อคนรอบข้าง และ 4) ทัศนคติจะต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นต่อสิ่งของ (Object) บุคคล (Person) ประเด็น (Issues) และพฤติกรรม (Behavior) ส่วนทางด้านการตลาดจะหมายถึงถึง

สินค้า (Product) ประเภทของสินค้า (Product class) ตราสินค้า (Brand) หรือร้านค้าปลีก (Retailer) เป็นต้น

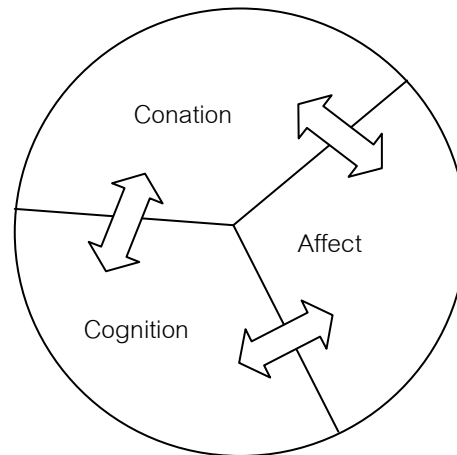
Hanna และ Wozniak (2001) ได้อธิบายไว้ว่า ทักษะคติเกิดจากสาเหตุต่างๆ โดยแบ่งออกเป็นมิติได้ 3 มิติ (Dimensions of attitudes) ได้แก่ มิติที่ 1 คือ *ทิศทาง (Valence)* กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีทัศนคติไปในทิศทางใด ก็มีแนวโน้มที่จะตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมไปในทิศทางนั้น เช่น เมื่อมีทัศนคติในเชิงบวก (Positive valence) ก็มีแนวโน้มจะตอบรับกับสิ่งๆ นั้น ในทางตรงกันข้าม หากมีทัศนคติในเชิงลบ (Negative valence) ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิเสธต่อสิ่งๆ นั้น มิติที่ 2 *ความเข้มข้น (Intensity)* คือ บุคคลจะมีระดับความเข้มข้นของทัศนคติที่แตกต่างกัน โดยหากบุคคลมีทัศนคติที่เข้มข้นมากต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะเปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้นได้ยาก แต่หากบุคคลมีทัศนคติที่มีความเข้มข้นน้อย ก็สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อสิ่งนั้นได้ง่ายกว่า และมิติที่ 3 *ความเป็นศูนย์กลาง (Centrality)* เป็นทัศนคติที่สามารถสะท้อนให้เห็นค่านิยมของบุคคลได้ โดยหากบุคคลได้รับรู้เรื่องราวที่ใกล้เคียงกับความเชื่อ (Beliefs) และค่านิยม (Values) ส่วนตัวมากเท่าใด ก็จะทำให้มีทัศนคติที่ดีมากขึ้นเท่านั้น

### มุมมองของทัศนคติ

Lutz (1991) และ Schiffman และ Kanuk (2007) ได้อธิบายถึงแบบจำลองทัศนคติไว้ 2 แบบ ดังนี้

1. ทัศนคติแบบ 3 องค์ประกอบ (Tripartite view of attitude) กล่าวคือ ทัศนคติมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ *องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component)* คือ ความเชื่อ (Beliefs) ของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยความเชื่อนั้นเกิดจากความรู้ (Knowledge) และการรับรู้ (Perception) ของบุคคล ที่จะมีแนวโน้มในการเกิดพฤติกรรมต่อไป *องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component)* คือการตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกของบุคคล โดยการประเมินว่าสิ่งนั้นดี-ไม่ดี ชอบ-ไม่ชอบ เป็นต้น ส่วนองค์ประกอบสุดท้ายคือ *องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Conative component)* เป็นแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นจะสอดคล้องกับทัศนคติที่มีอยู่ โดยจะหมายถึงความตั้งใจซื้อ (Intention to buy) สินค้าหรือตราสินค้าของบุคคล

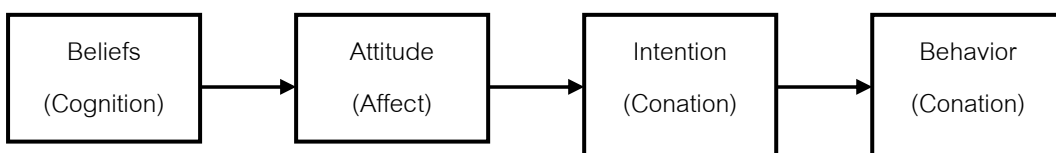
**แผนภาพที่ 2.7** แสดงแนวคิดทัศนคติ 3 องค์ประกอบ (The Tripartite View of Attitude)



ที่มา : Schiffman, L.G., & Kanuk, L. L. (2007). *Consumer behavior* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ : Pearson/Prentice Hall

2. ทัศนคติแบบองค์ประกอบเดียว (Unidimensionalist view of attitude) เป็นมุมมองที่พัฒนามาจากมุมมองทัศนคติแบบ 3 องค์ประกอบ กล่าวคือ ทัศนคติแบบองค์ประกอบเดียว คือ องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective) เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ส่วนองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component) เป็นสาเหตุ (Antecedent) ที่ก่อให้เกิดทัศนคติ และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Conative component) ถือเป็นผลลัพธ์ (Consequence) ที่เกิดจากทัศนคตินั้นเอง

**แผนภาพที่ 2.8** แสดงแนวคิดทัศนคติองค์ประกอบเดียว (The Unidimensional View of Attitude)



ที่มา : Lutz, R. J. (1991). The role of attitude theory in marketing. In H. H. Kassarian & T. S. Robertson (Eds.), *Perspectives in consumer behavior* (4th ed., pp. 317-339). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. p. 320.



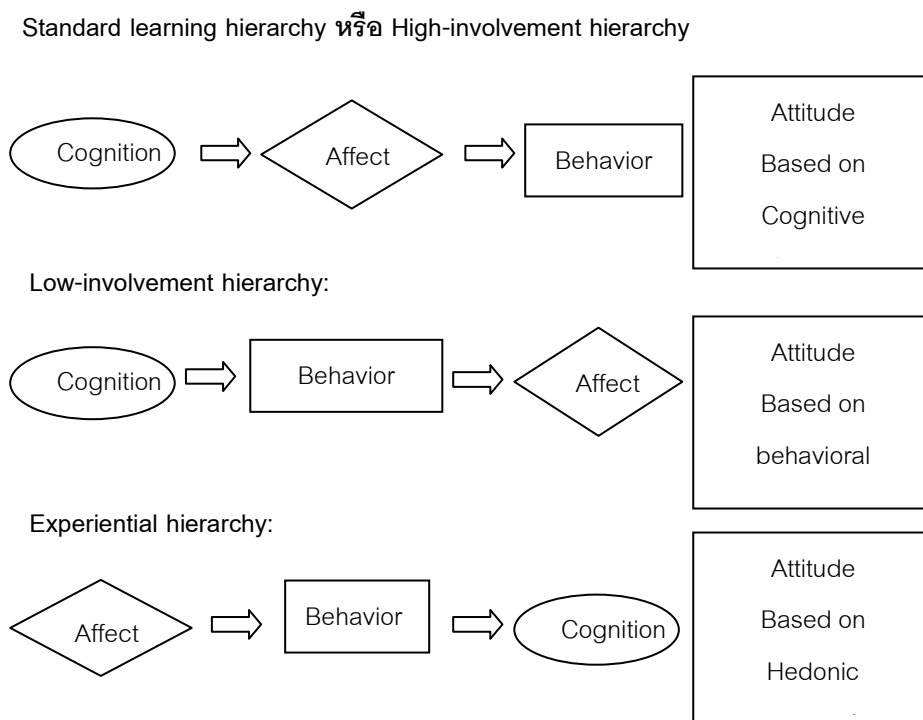
นอกจากนี้ Solomon (2007) ได้อธิบายถึงแนวคิดทัศนคติแบบองค์ประกอบเดี่ยวว่าเป็น ลำดับชั้นของการเกิดผลกระทบ (Hierarchies of effects) โดยแบ่งเป็น 3 ลำดับชั้น ได้แก่

1) ลำดับชั้นพื้นฐาน (Standard learning hierarchy หรือ The high-involvement hierarchy) คือ ขั้นตอนในการเกิดทัศนคติ โดยที่ผู้บริโภคจะหาข้อมูลต่าง ที่เกี่ยวกับสินค้า จนเกิดเป็นความเชื่อ (Beliefs) เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ในการสะสมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะ หรือ คุณสมบัติของสินค้า จากนั้นผู้บริโภคจะประเมินความรู้สึกว่าชอบหรือไม่ชอบตราสินค้า (Affect) และจึงนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม (Behavior) ขึ้น ซึ่งมักจะเกิดกับสินค้าที่มีความเกี่ยวพันสูงกับ ผู้บริโภค เช่น รถยนต์ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2) ลำดับชั้นของความเกี่ยวพันต่ำ (The low-involvement hierarchy) โดยรูปแบบนี้จะ เกิดกับสินค้าที่มีความเกี่ยวพันต่ำกับผู้บริโภค เช่น ขนมขบเคี้ยว กระดาษชำระ เป็นต้น จึงรู้สึกว่า ไม่จำเป็นต้องเสียเวลากับการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสินค้าหรือตราสินค้าเพิ่ม หรือไม่จำเป็นต้อง มีข้อมูลเลย ผู้บริโภคจึงตัดสินใจซื้อสินค้า (Behavior) จากข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้ ผู้บริโภค จะประเมินความรู้สึก (Affect) ชอบหรือไม่ชอบสินค้านั้น หลังจากที่ใช้มาแล้ว

3) ลำดับชั้นเกี่ยวกับประสบการณ์ (The experiential hierarchy) ลำดับชั้นนี้จะเกิดขึ้นกับ สินค้าที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ และความรู้สึก (Affect) เช่น เสื้อผ้า เครื่องประดับ น้ำหอม เป็นต้น ลำดับชั้นนี้จะแตกต่างจาก 2 ลำดับชั้นแรก กล่าวคือ ผู้บริโภคจะทำการประเมินตราสินค้า ต่างๆ บนพื้นฐานของความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affect) ว่าชอบหรือไม่ชอบสินค้าหรือตราสินค้านั้น แล้วจึงซื้อมาใช้ (Behavior) จนมีประสบการณ์ (Experiences) กับสินค้าหรือตราสินค้านั้น ทำให้ เกิดความเชื่อ (Belief) เกี่ยวกับตราสินค้าขึ้น และหากเกิดความพึงพอใจ ผู้บริโภคก็จะเกิดการซื้อ ซ้ำ

## แผนภาพที่ 2.9 แสดงผลกระทบลำดับขั้นในการเกิดทัศนคติ



ที่มา : Solomon, M. R. (2007). *Consumer behavior: Buying, having, and being* (7th ed.). Pearson, NJ: Prentice Hall. p. 238.

### หน้าที่ของทัศนคติ

Schiffman และ Kanuk (2007) และ Solomon (2007) ได้กล่าวถึงถึงหน้าที่ของทัศนคติไว้ดังนี้

1. **หน้าที่ในด้านประโยชน์ใช้สอย (Utilitarian function)** จะเน้นไปในความต้องการด้านประโยชน์ใช้สอยของผลิตภัณฑ์เป็นหลัก (Achieving desired benefits) โดยมีความเกี่ยวข้องกับหลักการพื้นฐานของการให้รางวัล (Reward) และบทลงโทษ (Punishment) กล่าวคือ เมื่อผลิตภัณฑ์นั้นมีประโยชน์ สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล ก็จะมีแนวโน้มที่จะชอบและเกิดทัศนคติทางบวก และอาจกลับมาซื้อซ้ำอีกหรือบอกต่อ ในทางตรงกันข้าม หากผลิตภัณฑ์นั้นไม่ได้ให้ประโยชน์ตามที่บุคคลต้องการ บุคคลนั้นก็จะมีทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์นั้นในทางลบและไม่ซื้อผลิตภัณฑ์นั้นอีกต่อไป หรือบอกต่อสิ่งที่ไม่ดีของผลิตภัณฑ์กับบุคคลอื่นๆ

2. **หน้าที่ในการปกป้องตนเอง (Ego-defensive function)** โดยจะช่วยปกป้องผู้บริโภค จากความรู้สึกกังวลต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบภายในจิตใจ ทำให้ผู้บริโภคคลายกังวลและมีความมั่นใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น เช่น โฆษณาเครื่องสำอางหรือแฟชั่นเสื้อผ้า ที่เน้นจุดมุ่งใจในการปกป้องผู้บริโภค เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง หรือผู้สวมใส่เสื้อผ้าตราสินค้านั้น เป็นต้น

3. **หน้าที่ในด้านการแสดงออกถึงค่านิยม (Value-expressive function)** ซึ่งจะแสดงถึงภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image) และรูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมของผู้บริโภค ทั้งนี้ ผู้บริโภคจะสร้างทัศนคติที่เกี่ยวกับสินค้านั้นก็ต่อเมื่อตราสินค้านั้นสื่อสารได้ตรงกับความเป็นตัวตนของผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสินค้าที่มีความเกี่ยวพันสูง (High-involvement) เช่น บ้าน คอนโดมิเนียม รถยนต์ เป็นต้น

4. **หน้าที่ในการให้ความรู้ (Knowledge function)** ทัศนคติจะช่วยให้ผู้บริโภคได้ทำการจัดเรียงข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาในทุกๆ วัน โดยผู้บริโภคจะเก็บข้อมูลข่าวสารที่ตนเองต้องการและปฏิเสธสิ่งที่ไม่ต้องการทิ้งไป ทั้งนี้ หน้าที่ในการให้ความรู้ของทัศนคตินั้นยังช่วยลดความไม่แน่ใจและความสับสนที่ผู้บริโภคมีต่อสินค้าหรือตราสินค้าลงได้ ซึ่งการโฆษณาถือเป็นแหล่งข้อมูลอีกแหล่งหนึ่งที่ช่วยในการให้ความรู้หรือข้อมูลใหม่ๆ เกี่ยวกับสินค้าหรือคุณลักษณะของสินค้าที่ผู้บริโภคอาจจะยังไม่เคยรู้มาก่อน ทำให้ผู้บริโภคมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์นั้นเพิ่มมากขึ้น

### ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทัศนคติ

Schiffman และ Kanuk (2007) ได้อธิบายการเกิดขึ้นของทัศนคติ ไว้ว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลจากที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิดต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ให้มีความรู้สึกนึกคิดต่อเรื่องนั้น อาจกล่าวได้ว่า หากผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ อาจกระตุ้นให้ผู้บริโภคค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพตามมา ซึ่งการเกิดขึ้นของทัศนคตินั้น เกิดจากปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) **ประสบการณ์ตรงของบุคคล (Personal experience / Direct experience)** กล่าวคือ ทัศนคติจะเกิดขึ้นได้หลังจากที่ผู้บริโภคเคยมีประสบการณ์เรื่องนั้นๆ แล้ว หรืออาจเคยมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งแล้ว เช่น เมื่อผู้บริโภครับประทานผักและผลไม้หลายๆ จะทำให้ผู้บริโภคมีระบบขับถ่ายที่ดี ผิวพรรณเปล่งปลั่ง ก็จะทำให้ผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานผักและผลไม้ เป็นต้น

2) อิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อน (Influence of family and friends) กล่าวคือ เมื่อผู้บริโภคมีความใกล้ชิดหรือมีความเคารพต่อบุคคล ก็จะทำให้ผู้บริโภคมีทัศนคติที่ใกล้เคียงกับคนนั้น โดยที่ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญที่สุดในการตัดสินใจของผู้บริโภค เช่น พ่อแม่มักจะสอนให้ลูกดื่มนมตอนเช้าทุกวัน เพื่อร่างกายที่แข็งแรง ทำให้ผู้บริโภคส่วนใหญ่มีกิจวัตรการดื่มนมทุกเช้าตามอิทธิพลของคนในครอบครัว

3) การตลาดทางตรง (Direct marketing) กล่าวคือ นักการตลาดได้ให้ความสำคัญกับการทำการตลาดโดยตรงกับผู้บริโภคเป้าหมายในตลาดกลุ่มเล็ก (Target small consumer niches) เพื่อจะได้ตอบสนองสินค้าและบริการได้เหมาะสม ตรงกับความสนใจ (Interests) และรูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ของพวกเขา ซึ่งนักการตลาดจำเป็นต้องศึกษาถึงลักษณะทางประชากร (Demographic) ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychographic) ลักษณะทางภูมิศาสตร์และประชากร (Geo-demographic) ของผู้บริโภคกลุ่มนี้ เพื่อที่จะสื่อสารได้อย่างเหมาะสม จนเกิดเป็นทัศนคติที่ดีต่อสินค้าหรือตราสินค้านั้นขึ้น เช่น ตลาดอาหารเสริม หรืออาหารเพื่อสุขภาพมีการแข่งขันกันสูง นักการตลาดจึงต้องพยายามผลิตสินค้าที่มีลักษณะเฉพาะตัว โดยอาจมีวัตถุดิบหรือส่วนผสมจากธรรมชาติ แล้วทำการตลาดต่อผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายโดยตรง เช่น ไปออกบูธแนะนำผลิตภัณฑ์ตามโรงพยาบาล หรือฟิตเนส เนื่องจากเป็นสถานที่ที่มีกลุ่มผู้บริโภคที่ตระหนักในเรื่องสุขภาพอยู่เป็นจำนวนมาก

4) สื่อมวลชน (Mass media) กล่าวคือ เมื่อผู้บริโภคได้เปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ หรือนิตยสาร ผู้บริโภคก็จะมีข้อมูลความรู้ และความคิดใหม่ๆ และก่อตัวเป็นทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นๆ เช่น เมื่อผู้บริโภคดูรายการโทรทัศน์ที่ให้สาระและความบันเทิงเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้บริโภคก็จะรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความรู้สึกนึกคิดต่อเรื่องสุขภาพ ซึ่งอาจนำความรู้ต่างๆ เหล่านั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพต่อไป

5) อินเทอร์เน็ต (Internet) เป็นการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้อย่างมหาศาล และถือเป็นการสร้างประสบการณ์ให้แก่ผู้บริโภคโดยตรงวิธีหนึ่ง ทั้งยังสามารถมีปฏิสัมพันธ์ (Interactivity) ได้อย่างแข็งแกร่ง และได้เห็นภาพที่เสมือนจริง (Vividness) อีกด้วย เช่น การใช้อินเทอร์เน็ตในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ หรือการผ่าตัดคลอดบุตร เป็นต้น

## นิยามของพฤติกรรมผู้บริโภค

Solomon (2007) และ Hanna และ Wozniak (2001) กล่าวไว้อย่างสอดคล้องกันว่า “พฤติกรรมผู้บริโภค” ใ้ว่า คือกระบวนการที่บุคคลหรือกลุ่มคน ทำการเลือกสรร ชื้อ ใช้ และกำจัดผลิตภัณฑ์ บริการ ความคิด หรือประสบการณ์ เพื่อตอบสนองความต้องการและความปรารถนาของตนเองหรือกลุ่มคนเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ ส่วน Schiffman และ Kanuk (2007) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมผู้บริโภค เป็นการกระทำที่ผู้บริโภคพิจารณาบางสิ่งบางอย่าง เพื่อการซื้อ การใช้ การประเมิน และการกำจัดสินค้าหรือบริการ ทำให้เกิดความพึงพอใจกับผู้บริโภค โดยการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคนั้น จะเป็นการตัดสินใจของผู้บริโภคในการใช้เวลา เงิน หรือความพยายามในการบริโภคสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นการศึกษาว่าผู้บริโภคซื้ออะไร เพราะอะไรจึงซื้อ ซื้อเมื่อใด ซื้อที่ไหน ซื้อและใช้สินค้าเหล่านั้นบ่อยเพียงใด ทั้งนี้ยังรวมถึงการประเมินผลภายหลังการซื้อสินค้าเหล่านั้นด้วย

## การรับรู้ของผู้บริโภค

Assael (1995) ได้ให้นิยามของคำว่า “การรับรู้ของผู้บริโภค” (Consumer perception) ใ้ว่า เป็นการเลือกสรร (Selection) การรวบรวม (Organization) และการตีความ (Interpretation) ในการตลาด (Marketing) และสิ่งกระตุ้นรอบตัว (Environmental stimuli) จนกลายเป็นเรื่องราว ซึ่งคล้ายคลึงกับ Hanna และ Wozniak (2001) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการในการเลือกสรร (Selection) การรวบรวม (Organization) และการตีความ (Interpretation) ความรู้สึกจนกลายเป็นความหมายองค์รวม (A meaningful whole)

Hanna และ Wozniak (2001) ได้อธิบายว่า การรับรู้มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องอยู่ด้วยกัน 2 อย่างคือ 1) การเปิดรับ (Exposure) ซึ่งการเปิดรับนี้จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli) ทั้งโดยความบังเอิญ (Accidentally) และโดยเจตนา (Deliberate) 2) ความสนใจ (Attention) คือ ความรู้สึกภายในจิตใจของผู้บริโภคต่อสิ่งเร้า (Stimulus) หรือหน้าที่ (Task) โดยสามารถจำแนกได้เป็น ความสนใจที่วางแผนไว้ (Planned attention) คือจุดมุ่งหมายโดยตรง (Goal directed) เช่น ผู้บริโภคจะดูโฆษณาทางโทรทัศน์หรือในนิตยสาร เพื่อช่วยตัดสินใจในการเลือกซื้อสินค้า, ความสนใจที่ไม่ได้ตั้งใจ (Involuntary attention) คือ ความสนใจที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เกิดขึ้นเมื่อรูปแบบของสารหรือโฆษณาทำให้ผู้บริโภคเกิดความรู้สึกสนใจอย่างเฉียบพลัน, ความสนใจที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ (Spontaneous attention) คือ ความสนใจที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เช่น เมื่อผู้บริโภคต้องการซื้อของขวัญให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ก็

จะไม่เจาะจงดูสินค้าประเภทใดประเภทหนึ่งโดยเฉพาะ แต่จะดูหลายๆ อย่างเพื่อเป็นตัวเลือกในการตัดสินใจ และ 3) *ความรู้สึก (Sensation)* คือ การตอบสนองทางประสัมผัส อันได้แก่ ประสาทสัมผัสทางตา หู ปาก จมูก และผิวสัมผัส และส่งผ่านข้อมูลไปยังสมองโดยผ่านระบบประสาท (Nervous system) โดยเป็นกระบวนการที่ได้มาซึ่งข้อมูลความรู้เบื้องต้นที่ได้รับจากอวัยวะในร่างกาย และเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการการค้นหาข้อมูลต่อไป

เมื่อผู้บริโภคเกิดการตระหนักถึงปัญหาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้ว ก็จะมีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น Solomon (2007) ได้อธิบาย การค้นหาข้อมูล (Information search) ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ผู้บริโภคสำรวจสภาพแวดล้อมของตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการตัดสินใจ อนึ่ง Solomon (2007) ได้แบ่งลักษณะการค้นหาข้อมูลไว้ 4 แบบ อันได้แก่ 1) การค้นหาข้อมูลภายในและภายนอก (Internal versus external) 2) การค้นหาข้อมูลโดยตั้งใจและบังเอิญ (Deliberate versus Accidental search) 3) การค้นหาข้อมูลอย่างคุ้มค่า (The economics of information) และ 4) การค้นหาข้อมูลอย่างหลากหลาย (Variety seeking) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. การค้นหาข้อมูลภายในและภายนอก (Internal versus external)

Hoyer และ Macinnis (2001) ได้อธิบายการค้นหาข้อมูลภายใน (Internal search) ไว้ว่า ผู้บริโภคจะมีการสังเคราะห์ความหลากหลายของข้อมูล ความรู้สึก และประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยสามารถระลึกได้เมื่อเกิดกระบวนการตัดสินใจซื้อ เช่น ผู้บริโภคต้องการซื้อนมที่มีแคลเซียมสูง ซึ่งจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้บริโภคระลึกได้ว่า นมที่มีแคลเซียมสูงจะช่วยให้กระดูกแข็งแรง เป็นต้น ทั้งนี้หากข้อมูลภายในหน่วยความจำของผู้บริโภคมีไม่เพียงพอ ผู้บริโภคก็จะค้นหาข้อมูลภายนอก (External search) ที่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้บริโภคต้องการ โดยการค้นหาข้อมูลภายนอกนั้นจะช่วยในการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค (Schiffman & Kanook, 2007) การค้นหาข้อมูลภายนอก (External search) มีอยู่ 2 รูปแบบด้วยกัน (Hoyer & Macinnis, 2001; Blackwell et al., 2006) ได้แก่

##### 1.1 การค้นหาข้อมูลก่อนการซื้อสินค้า (Prepurchase search)

จะเกิดขึ้นเมื่อผู้บริโภคตระหนักถึงปัญหาหรือความต้องการของตนเอง จึงทำการแสวงหาข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจซื้อ เช่น เมื่อต้องการจะซื้อเครื่องดื่มเสริมแคลเซียม ผู้บริโภคจะค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต อ่านฉลากบรรจุภัณฑ์ ถามเพื่อน หรืออ่านนิตยสารเกี่ยวกับรายงานของผู้บริโภค เป็นต้น

## 1.2 การค้นหาข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (Ongoing search)

เป็นการค้นหาข้อมูลในเรื่องที่ผู้บริโภคมีความสนใจอยู่ตลอดเวลา และค้นหาข้อมูลเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผู้บริโภคมีความต้องการซื้อสินค้าชิ้นนั้นหรือไม่ก็ตาม ซึ่งไม่จำเป็นที่จะต้องเกิดการซื้อสินค้าชิ้นนั้นทันทีหลังจากได้ข้อมูล ดังนั้น ผู้บริโภคจะทำการแสวงหาข้อมูลในเรื่องที่ตนสนใจเป็นพิเศษ เช่น ผู้บริโภคสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มักจะค้นหาวิธีการหรืออาหารที่จะช่วยดูแลสุขภาพอย่างตลอดเวลา เป็นต้น โดยผลจากการค้นหาข้อมูลในรูปแบบนี้จะเป็นการเพิ่มความรู้ความสามารถให้แก่ผู้บริโภคอีกด้วย

## 2. การค้นหาข้อมูลอย่างตั้งใจและบังเอิญ (Deliberate versus Accidental search)

การค้นหาข้อมูลอย่างตั้งใจ เป็นการเรียนรู้โดยตรง (Directed learning) ผ่านการแสวงหาข้อมูลของสินค้าหรือประสบการณ์นั้น การค้นหาข้อมูลอย่างบังเอิญ เป็นการเรียนรู้แบบไม่ได้ตั้งใจ (Indirected learning) โดยการเปิดรับสิ่งกระตุ้น เช่น โฆษณา กิจกรรมส่งเสริมการขาย บรรจุกฎบัตร เป็นต้น ซึ่งการค้นหาข้อมูลแบบนี้ ผู้บริโภคไม่ได้ให้ความสนใจกับสินค้าชิ้นนั้นเป็นพิเศษ แต่สิ่งเร้าต่างๆ จะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ขึ้น

## 3. การค้นหาข้อมูลอย่างคุ้มค่า (The economics of information)

การค้นหาข้อมูลในลักษณะนี้ เป็นการรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อช่วยพิจารณาในการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค โดยคำนึงถึงคุณค่าของข้อมูลที่ได้มาว่าคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย เวลา หรือต้นทุนที่เสียไปหรือไม่

## 4. การค้นหาข้อมูลอย่างหลากหลาย (Variety seeking)

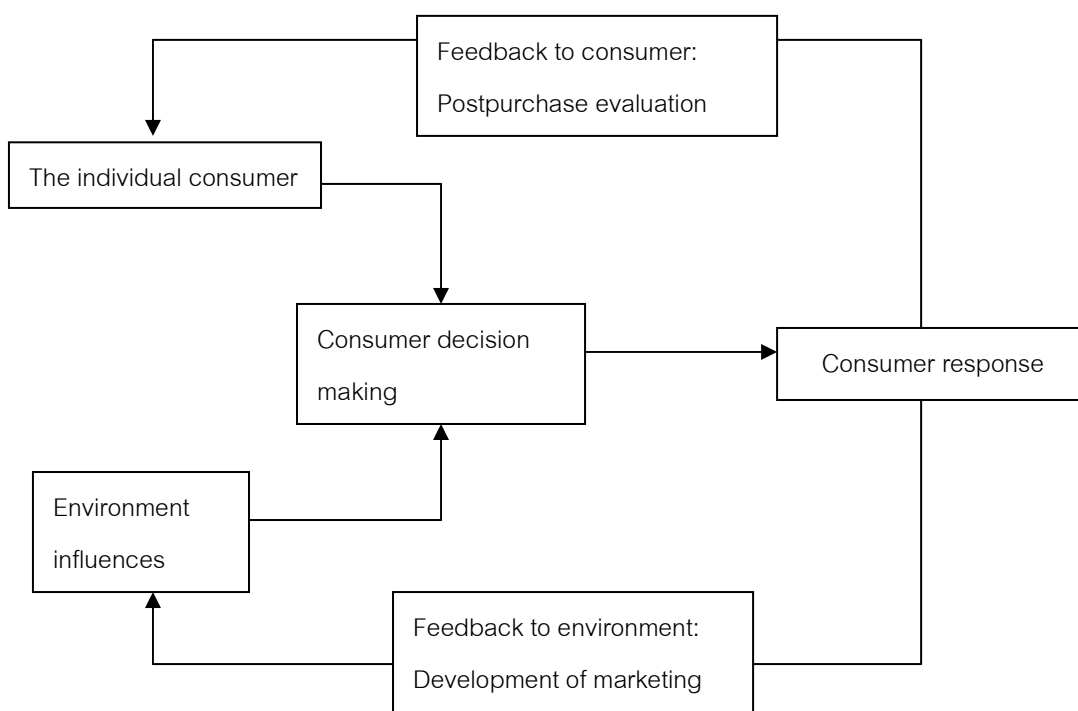
การค้นหาข้อมูลในลักษณะนี้ เป็นการค้นหาข้อมูลที่มีความหลากหลายทำให้เกิดการตัดสินใจปฏิบัติหรือบริโภคที่ง่ายขึ้น โดยผู้บริโภคมีความปรารถนาที่จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพหรือรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ที่มีแตกต่างจากสิ่งที่ผู้บริโภคชอบปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เพื่อให้เกิดความหลากหลายในชีวิต เช่น โดยปกติผู้บริโภคชอบออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ แต่อยากลองเปลี่ยนไปออกกำลังกายในฟิตเนสดูบ้างเพื่อไม่ให้เกิดความจำเจ เป็นต้น

### กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค

Assael (1995) ได้อธิบายไว้ว่า กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภคนั้น คือกระบวนการที่ผู้บริโภครับรู้ (Perceiving) และประเมินผล (Evaluating) ข้อมูลตราสินค้า (Brand information) พิจารณาว่าตราสินค้าใดตรงกับความต้องการ จนเกิดการตัดสินใจเลือกตราสินค้า (Deciding on

a brand) นอกจากนี้ สิ่งที่มีอิทธิพลหลักต่อการตัดสินใจเลือกของผู้บริโภคนั้น จำแนกได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ได้แก่ ความจำเป็นของผู้บริโภคแต่ละคน การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตราสินค้า และทัศนคติต่อตราสินค้า โดยที่ปัจจัยเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางประชากร (Demographics) รูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle) และบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล (Personality characteristics) ส่วนปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรม สถานะทางสังคม และกลุ่มคนที่ต้องพบปะกัน (Face-to-face groups) เช่น เพื่อน สมาชิกในครอบครัว และกลุ่มอ้างอิง (Reference groups) นอกจากนี้ องค์การทางการตลาดถือเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค เนื่องจากเป็นผู้ที่นำเสนอสิ่งที่ตรงกับความต้องการของผู้บริโภค และทำให้ผู้บริโภคพึงพอใจ

แผนภาพที่ 2.10 แสดงแบบจำลองพฤติกรรมผู้บริโภค (A model of consumer behavior)



ที่มา : Assael H. (1995). *Consumer behavior and marketing action*. 5<sup>th</sup>. South-Western College Publishing: Ohio.

กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันไป สิ่งหนึ่งที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความต่างต่างนั้น ได้แก่ ประเภทของสินค้า กล่าวคือ กระบวนการตัดสินใจซื้อรถยนต์ย่อมมีความแตกต่างจากกระบวนการตัดสินใจซื้อยาสิฟีนอย่างแน่นอน



Assael (1995) ได้อธิบายไว้ว่า รูปแบบการตัดสินใจซื้อสินค้าของผู้บริโภคมี 2 กลไก คือ

1) ขอบเขตในการตัดสินใจ กล่าวคือ ผู้บริโภคมีการตัดสินใจจนกลายเป็นลักษณะนิสัยที่เคยชิน โดยอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการความคิด (Cognitive process) เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลและการประเมินตราสินค้า ในทางตรงกันข้าม การไม่เกิดกระบวนการตัดสินใจเลย หรือตัดสินใจน้อย เกิดมาจากการที่ผู้บริโภค พึงพอใจกับตราสินค้าตราสินค้าหนึ่งโดยเฉพาะและเกิดการซื้ออย่างสม่ำเสมอ

2) ระดับความเกี่ยวพันของสินค้าที่ผู้บริโภคต้องการซื้อ กล่าวคือ การซื้อสินค้าที่มีความเกี่ยวพันสูงนั้นผู้บริโภคจำเป็นต้องใช้เวลาในการพิจารณาอย่างรอบคอบ เนื่องจากเป็นสินค้าที่มีความสำคัญต่อความเป็นตัวตน ความถือตัว (Ego) และภาพลักษณ์ของตัวผู้บริโภค (Self-image) ทั้งยังเป็นสินค้าที่มีความเสี่ยงต่อผู้บริโภคทางการเงิน (Financial) คือสินค้าที่มีราคาสูง มีความเสี่ยงทางสังคม (Social) คือ สินค้าที่มีอิทธิพลภายในกลุ่มเพื่อน (Peer group) และมีผลทางด้านจิตวิทยา (Psychological) ซึ่งผู้บริโภคจะเกิดความตระหนักรังวล (Concern) สงสัย (Anxiety) เมื่อตัดสินใจผิด ในขณะที่การซื้อสินค้าที่มีความเกี่ยวพันต่ำซึ่งเป็นสินค้าที่ไม่มีความสำคัญต่อตัวผู้บริโภค ทั้งยังไม่มีความเสี่ยงทางการเงิน ด้านสังคม และด้านจิตวิทยา ผู้บริโภคจึงไม่ต้องใช้เวลาในการพิจารณา หรือไม่จำเป็นต้องหาข้อมูลมาเพื่อประกอบการตัดสินใจ

ทั้งนี้ Schiffman และ Kanuk (2007) ได้อธิบายกระบวนการการตัดสินใจของผู้บริโภคว่าประกอบไปด้วยกระบวนการตัดสินใจ 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงความต้องการ (Need recognition) กระบวนการนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้บริโภคพบปัญหา โดยการรับรู้ถึงความต้องการหรือปัญหาของผู้บริโภคนั้น แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การที่ผู้บริโภครับรู้ถึงสภาพที่เป็นอยู่จริง (Actual state) เช่น การที่ผู้บริโภครู้สึกไม่พึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ที่ใช้อยู่ และการที่ผู้บริโภครับรู้ถึงสภาพความปรารถนา (Desired state) คือการที่ผู้บริโภครับรู้ถึงผลิตภัณฑ์ที่ซื้อมาใช้ไม่ตอบสนองความต้องการ จึงต้องการหาซื้อผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ที่ตรงกับความต้องการมากที่สุด ซึ่งวิธีการเหล่านี้คือการแก้ไขปัญหาที่ผู้บริโภครับรู้ขึ้นเอง

2. การค้นหาข้อมูลก่อนการซื้อ (Prepurchase search) กล่าวคือ ผู้บริโภครับรู้ถึงความต้องการว่าการซื้อหรือบริโภคผลิตภัณฑ์แบบใดที่จะสร้างความพึงพอใจให้แก่พวกเขา ทั้งนี้ประสบการณ์ในอดีต (Past experience) ที่ผู้บริโภคดึงข้อมูลมาจากความทรงจำในระยะยาว (Long-term memory) จะช่วยให้ผู้บริโภคมีข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจที่ดียิ่งขึ้น แต่ทว่า หากผู้บริโภคไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์นั้นๆ ก็จะไม่มีความประสบการณ์ ผู้บริโภคจึงทำการค้นหาข้อมูลจากสภาพแวดล้อมภายนอก (Outside environment) ใช้เป็นทางเลือกในการตัดสินใจต่อไป

### 3. การประเมินผลทางเลือก (Environmental of alternatives) ขั้นตอนนี้เกิดขึ้น

หลังจากที่ผู้บริโภคได้ข้อมูลต่างๆ มาแล้ว ก็จะนำข้อมูลนั้นมาประกอบการพิจารณาทางเลือกว่ามีข้อดีและข้อเสียอย่างไร ซึ่งในการพิจารณาทางเลือกนั้นผู้บริโภคจะมีเกณฑ์การประเมินจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

- การประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น (Evoke Set) กล่าวคือ ผู้บริโภคทำการประเมินหรือเปรียบเทียบตราสินค้าว่าตราสินค้าใดให้ประโยชน์มากกว่ากัน หรือเปรียบเทียบประเภทของสินค้าว่าสินค้าประเภทใดให้ประโยชน์มากกว่ากัน

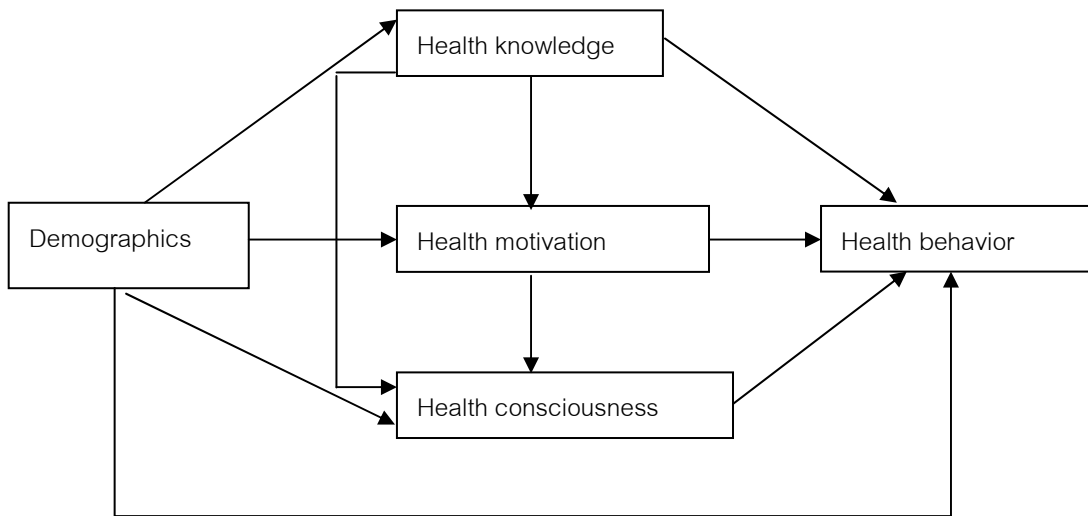
- การประเมินตามเกณฑ์หรือบรรทัดฐานที่ตั้งไว้ (Criteria) คือการที่ผู้บริโภคประเมินตราสินค้าหรือผลิตภัณฑ์จากคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ (Product attribute) ที่ได้กำหนดเป็นเกณฑ์เอาไว้ เช่น คุณสมบัติของร้านอาหารสำหรับการรับประทานอาหารมีอู่มาก คือรสชาติอาหาร (Taste) ประเภทของอาหารจานหลัก (Main course) ราคา (Price) เป็นต้น

### 4. การตัดสินใจซื้อสินค้า (Purchase decision)

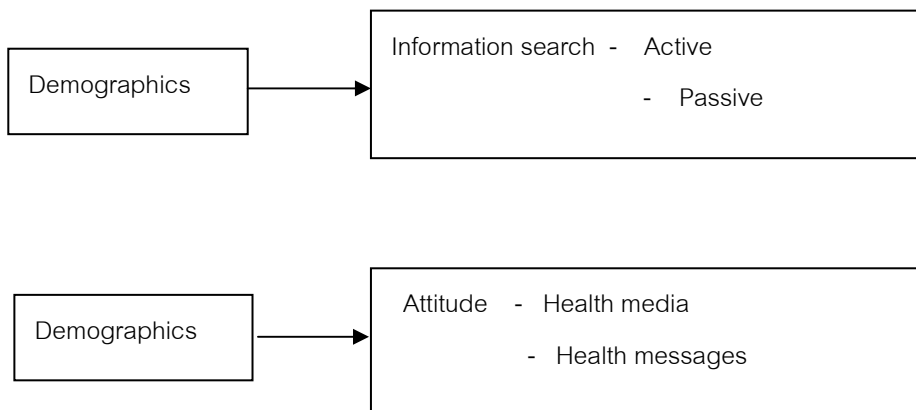
Assael (2004) ได้ทำการแบ่งการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

1. การซื้อที่มีการวางแผนมาล่วงหน้า (Fully planned purchase) คือ การที่ผู้บริโภคได้ทำการกำหนดประเภทสินค้า และตราสินค้าไว้ล่วงหน้าก่อนเข้าไปซื้อสินค้าภายในร้านค้า
2. การซื้อที่มีการกำหนดเพียงประเภทสินค้า (Partially planned purchase) คือ การที่ผู้บริโภคเลือกประเภทสินค้าที่ต้องการซื้อไว้ภายในใจอยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้กำหนดตราสินค้าที่จะทำการซื้อ
3. การซื้อที่ไม่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า (Unplanned purchase) คือ การที่ผู้บริโภคไม่ได้ทำการวางแผนการซื้อล่วงหน้า ผู้บริโภคจะทำการเลือกซื้อทั้งประเภทสินค้าและตราสินค้าภายในร้านค้า ซึ่งกรณีนี้มักจะเกิดกับสินค้ามีความเกี่ยวพันต่ำโดยผู้บริโภคไม่ได้ประเมินสินค้าและตราสินค้ามาก่อนเข้าร้านค้า

แผนภาพที่ 2.11 แสดงกรอบงานวิจัยสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้



แผนภาพที่ 2.12 แสดงกรอบงานวิจัยสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้



## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมเพื่อสุขภาพและการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research method) แบบวัดครั้งเดียว (Single-cross sectional design) กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self administration) แล้วจึงนำผลข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อหาข้อสรุปตามแนวทางของวัตถุประสงค์การวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา วิธีการสุ่มตัวอย่าง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประมวลผล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และมีอายุระหว่าง 20-54 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอำนาจตัดสินใจในการเลือกซื้อสินค้าด้วยตนเอง เป็นช่วงอายุที่มีการเปิดรับสื่อสูง (Thailand NMR Media Index, 2009) ทั้งยังเป็นกลุ่มเป้าหมายของสินค้าและบริการเพื่อสุขภาพอีกด้วย (“พันธปีสื่อสินค้าเพื่อสุขภาพแห่งชาติ”, 2552) โดยจากข้อมูลสถิติด้านจำนวนประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-54 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ทำการสำรวจครั้งล่าสุด เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 มีจำนวนทั้งสิ้น 3,045,858 คน (กรมการปกครอง, 2552)

ในการวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรตามหลักการแปรผันร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างตามความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (1973, อ้างถึงใน วิเชียร เกตุสิงห์, 2537) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% และความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

เมื่อแทนค่าสูตรจะได้

$$n = \frac{3,045,858}{1 + 3,045,858 (0.05)^2}$$

$$n = 399.99$$

ดังนั้น ผลจากการคำนวณตามสูตรดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนเท่ากับ 400 คน

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบในการสุ่มตัวอย่างสำหรับใช้ในการวิจัย โดยพิจารณาจากการแบ่งเขตพื้นที่การปกครองในกรุงเทพมหานคร และทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยใช้ทั้งทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) และแบบที่ไม่ใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (Non-probability Sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เริ่มจากการใช้แผนที่แสดงการแบ่งเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งออกเป็นเขตอนุรักษณ์เมืองเก่ากรุงรัตนโกสินทร์, เขตศูนย์กลางธุรกิจ การค้า การบริการ และการท่องเที่ยวระดับภูมิภาค, เขตเศรษฐกิจใหม่ แหล่งจ้างงาน ย่านการค้า อุตสาหกรรม, เขตอนุรักษณ์กรุงธนบุรี แหล่งวิถีชีวิตชุมชนดั้งเดิม และแหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์และศิลปวัฒนธรรม, เขตเศรษฐกิจการจ้างงานใหม่ และที่อยู่อาศัยหนาแน่นมาก และรองรับศูนย์คมนาคม, ศูนย์ธุรกิจพาณิชยกรรม และศูนย์ราชการของกรุงเทพมหานครด้าน

ตะวันตก, เขตที่อยู่อาศัยรองรับการขยายตัวของเมืองด้านตะวันออกตอนใต้, เขตเกษตรกรรมและที่อยู่อาศัยสภาพแวดล้อมดี, เขตชุมชนชนเมืองรองรับสนามบินสุวรรณภูมิ, เขตเกษตรกรรมและที่อยู่อาศัยสภาพแวดล้อมดีผสมผสานพื้นที่เกษตรกรรมและเขตเกษตรกรรมอุตสาหกรรม ที่อยู่อาศัยและแหล่งท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ (สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, 2549)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกพื้นที่พาณิชยกรรม เนื่องจากเป็นย่านธุรกิจที่เป็นแหล่งศูนย์รวมของห้างสรรพสินค้า อาคารสำนักงาน ร้านอาหาร สถาบันบันเทิง และแหล่งชุมชนต่างๆ ซึ่งผู้บริโภคที่มีคุณสมบัติตรงตามประชากรที่ใช้ในงานวิจัยมักจะทำกิจกรรมต่างๆ ตามสถานที่เหล่านั้น ทำให้สามารถเข้าถึงและเก็บข้อมูลได้อย่างสะดวกรวดเร็ว โดยที่ดินในเขตดังกล่าว มีจำนวน 18 เขตย่อย ได้แก่ เขตปทุมวัน เขตสาทร เขตบางรัก เขตวัฒนา เขตจตุจักร เขตบางซื่อ เขตพญาไท เขตดินแดง เขตห้วยขวาง เขตราชเทวี เขตคลองเตย เขตบางคอแหลม เขตยานนาวา เขตพระโขนง เขตบางนา เขตภาษีเจริญ เขตจอมทอง และเขตราษฎร์บูรณะ

## ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

สำหรับขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการจับฉลากเลือกเขตพื้นที่พาณิชยกรรมขึ้นมา 9 เขต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50 ของจำนวนเขตพาณิชยกรรมทั้งหมด โดยเขตที่ได้รับการจับฉลากเลือกขึ้นมา ได้แก่ เขตสาทร เขตจตุจักร เขตยานนาวา เขตบางรัก เขตราชเทวี เขตพญาไท เขตบางคอแหลม และเขตดินแดง

## ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดจำนวนโควตา (Quota sampling)

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน ผู้วิจัยได้กำหนดให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามลักษณะทางประชากร คือ เพศ และอายุ โดยแบ่งกลุ่มละเท่าๆ กัน

## ขั้นตอนที่ 4 การสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

สำหรับขั้นตอนสุดท้าย ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก คือ การเดินทางไปเก็บข้อมูลตามสถานที่ต่างๆ ที่คาดว่าจะพบกลุ่มตัวอย่าง เช่น สถานศึกษา ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า อาคารสำนักงาน ร้านอาหาร และแหล่งชุมชนต่างๆ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานที่เหล่านี้จาก 9 เขตตามที่กำหนดไว้ จนครบจำนวน 400 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมเพื่อสุขภาพและการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” คือแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่มีลักษณะให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกด้วยตนเอง (Self-Administration) โดยใช้คำถามปลายปิด (Closed-ended questions) ซึ่งมีการแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน (ดูแบบสอบถามได้จากภาคผนวก ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบจากตัวเลือกที่กำหนดไว้ให้ ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสถานภาพสมรส จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 คำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามที่ประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Jayanti และ Burn (1998) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.86 โดยใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5-Point Likert Scale ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
เฉยๆ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

2.2 คำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ โดยประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Moorman (1990) ใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5-Point Likert Scale ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
เฉยๆ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

ทั้งนี้ คำถามในข้อ 1-3 เป็นคำถามเกี่ยวกับความโน้มเอียงในการป้องกันสุขภาพ (A preventive health orientation) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.76 ส่วนข้อ 4-9 เป็นคำถามเกี่ยวกับความโน้มเอียงในการรักษาสุขภาพ (A curative health orientation) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.80 ซึ่งคำถามในข้อ 4-9 มีความหมายในเชิงลบ ผู้วิจัยจึงได้ทำการกลับค่าคะแนน จาก 5 = 1, 4 = 2, 2 = 4 และ 1 = 5 เพื่อให้คำตอบเหล่านั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้ออื่นๆ

2.3 คำถามเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ โดยเป็นคำถามที่ประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Jayanti และ Burn (1998) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.75 ใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5-Point Likert Scale ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
เฉยๆ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

2.4 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ชีวิต ซึ่งประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Jayanti และ Burn (1998) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.75 ใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5 ระดับ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทำเป็นประจำ	5	คะแนน
ทำค่อนข้างบ่อย	4	คะแนน
ทำบ้างเป็นบางครั้ง	3	คะแนน
นานๆ ครั้ง	2	คะแนน
ไม่เคยทำเลย	1	คะแนน



ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ ซึ่งประกอบไปด้วย พฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารทั่วไป พฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ และความกระตือรือร้นในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1 คำถามเกี่ยวกับความบ่อยครั้งของพฤติกรรมการเปิดรับสื่อทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร เอกสาร/แผ่นพับ ป้ายโฆษณา/โปสเตอร์ สมาชิกในครอบครัว ครู/อาจารย์/เพื่อน และอินเทอร์เน็ต โดยประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Kent (1994) และ Gunter (2000) ซึ่งใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5-Point Likert Scale มีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทุกวัน	5	คะแนน
สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	4	คะแนน
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	3	คะแนน
เดือนละ 1-2 ครั้ง	2	คะแนน
น้อยกว่าเดือนละ 2 ครั้ง	1	คะแนน

3.2 คำถามเกี่ยวกับความบ่อยครั้งของพฤติกรรมการเปิดรับสื่อเพื่อสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร เอกสาร/แผ่นพับ ป้ายโฆษณา/โปสเตอร์ สมาชิกในครอบครัว ครู/อาจารย์/เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ โทรเวช และสาธารณสุขทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Kent (1994) และ Gunter (2000) และแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2553) ซึ่งใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5-Point Likert Scale มีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทุกวัน	5	คะแนน
สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	4	คะแนน
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	3	คะแนน
เดือนละ 1-2 ครั้ง	2	คะแนน
ไม่เคยเลย	1	คะแนน

3.3 คำถามเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อป่วย หรือไม่ป่วย จำนวน 3 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Multiple choice โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ทั้งนี้ หากผู้บริโภครู้คำตอบข้อ 3 ให้ข้ามไปตอบข้อ 4.1

1. ค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย
2. ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย
3. ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย

3.4 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ไทวาทศน์ วิษณุ หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร เอกสาร/แผ่นพับ ป้ายโฆษณา/โปสเตอร์ สมาชิกในครอบครัว ครู/อาจารย์/เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ โทรเวช และสาธารณสุขทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งประยุกต์มาจากมาตรวัดของ Jayanti และ Burn (1998) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.75 ใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5 ระดับ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยให้ตอบเฉพาะผู้บริโภครู้ที่มีพฤติกรรมค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเท่านั้น มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทำเป็นประจำ	5	คะแนน
ทำค่อนข้างบ่อย	4	คะแนน
ทำบ้างเป็นบางครั้ง	3	คะแนน
นานๆ ครั้ง	2	คะแนน
ไม่เคยทำเลย	1	คะแนน

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้บริโภคต่อสื่อเพื่อสุขภาพ และรูปแบบสารเพื่อสุขภาพ ที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้บริโภคต่อสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ โดยประยุกต์มาตรวัดมาจาก Schiffman และ Kanuk (2007) ซึ่งใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5-Point Likert Scale มีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

4.2 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้บริโภคต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ โดยประยุกต์มาตรวจวัดมาจาก Schiffman และ Kanuk (2007) ซึ่งใช้มาตรวัด Rating Scale แบบ 5-Point Likert Scale มีลักษณะเป็นข้อความ (Statement) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

### การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

คำถามที่เป็นมาตรวัดจากงานวิจัยในอดีตที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในแบบสอบถาม (Questionnaire) นอกจากจะผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แล้ว ผู้วิจัยยังได้ทำการทดสอบแบบสอบถาม (Questionnaire) เพิ่มเติมโดยการนำแบบสอบถามที่เสร็จสมบูรณ์แล้วไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบแบบสอบถามให้มีความชัดเจนและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพื่อทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริง (Pre-test) กับผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยจำนวน 20 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจในประเด็นคำถาม แล้วนำมาแก้ไขเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่สุด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ตามเขตที่สุ่มเลือกไว้ในตอนต้นจำนวน 8 เขต โดยเข้าไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามสถานที่ต่างๆ ที่คาดว่าจะพบกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ แหล่งธุรกิจ อาคารสำนักงาน มหาวิทยาลัย ร้านอาหาร และห้างสรรพสินค้า โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยจะทำการเก็บข้อมูลทั้งหมดในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2553

## การวิเคราะห์และการประมวลผลข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ไปตรวจสอบความถูกต้อง (Edit) แล้วนำไปลงรหัส (Coding) จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical package for the social sciences) for windows ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล และนำมาแสดงผลในรูปแบบของตารางเพื่อสรุปและวิเคราะห์ผล

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยจะนำเสนอในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) เพื่ออธิบายเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการเปิดรับสารสุขภาพ ทศนคติต่อรูปแบบสารและสื่อเพื่อสุขภาพ
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ, ใช้ค่า T-test และ ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และใช้การทดสอบ Chi-square เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าร้อยละของลักษณะทางประชากร และการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการสื่อสารเชิงสุขภาพของผู้บริโภค” ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research method) แบบวัดครั้งเดียว (Cross-sectional design) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) กับกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิง อายุ 20-54 ปี อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 จำนวนทั้งสิ้น 450 ชุด ซึ่งจากการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมด พบว่า มีจำนวนแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถนำมาใช้ในการประมวลผลได้ จำนวนทั้งสิ้น 433 ชุด (คิดเป็นร้อยละ 96 ของจำนวนแบบสอบถามที่แจกทั้งหมด) จากนั้นผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for windows สำหรับการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยสามารถสรุปผลการวิจัยออกเป็น ส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1: ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2: ผลการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 3: ผลการวิจัยเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ไป การได้รับและการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 4: ผลการวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อและรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- ส่วนที่ 5: ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ
- ส่วนที่ 6: ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากร

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลทางด้านเพศ อายุ สถานภาพทางครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้บุคคลต่อเดือน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### เพศ

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามเพศในตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 433 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 และเพศหญิงจำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	172	39.7
หญิง	261	60.3
<b>รวม</b>	<b>433</b>	<b>100</b>

### อายุ

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามอายุในตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาคืออายุ 20-29 ปี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 อายุ 40-49 ปี จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 25.2 และอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
20-29 ปี	125	28.9
30-39 ปี	146	33.7
40-49 ปี	109	25.2
50-54 ปี	53	12.2
<b>รวม</b>	<b>433</b>	<b>100</b>

### สถานภาพทางครอบครัว

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามสถานภาพทางครอบครัวจากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงมา ได้แก่ สถานภาพสมรส จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 36.5 หย่า/หม้าย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 และอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรสจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพทางครอบครัว

สถานภาพทางครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
โสด	269	62.1
สมรส	158	36.5
หย่า/หม้าย	4	0.9
อื่นๆ (อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส)	2	0.5
<b>รวม</b>	<b>433</b>	<b>100</b>

### ระดับการศึกษา

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า และระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มีระดับละ 10 คนเท่ากัน โดยคิดเป็นร้อยละ 2.3 เท่ากัน ระดับศึกษาอนุปริญญา หรือเทียบเท่าจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 และระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 ตามลำดับในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	2.3
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	10	2.3
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	1.6
ปริญญาตรี	274	63.3
สูงกว่าปริญญาตรี	130	30.0
อื่นๆ (ต่ำกว่ามัธยมต้น)	2	0.5
<b>รวม</b>	<b>433</b>	<b>100</b>

## อาชีพ

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามอาชีพในตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 56.1 รองลงมาคือ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 อาชีพธุรกิจส่วนตัว จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 นิสิต/นักศึกษา จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 7.2 อาชีพค้าขาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 รับจ้างทั่วไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 และอื่นๆ (เช่น แม่บ้าน ว่างงาน) จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานบริษัทเอกชน	243	56.1
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	66	15.2
ธุรกิจส่วนตัว	36	8.3
นิสิต/นักศึกษา	31	7.2
ค้าขาย	24	5.5
รับจ้างทั่วไป	12	2.8
อื่นๆ (เช่น แม่บ้าน ว่างงาน ที่ปรึกษาด้านการเงิน)	21	4.8
<b>รวม</b>	<b>433</b>	<b>100</b>

## ระดับรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนในตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,001 - 30,000 บาท จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 51 รองลงมาคือ ระดับรายได้อยู่ในช่วง 30,001 – 50,000 บาท จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 ระดับรายได้ในช่วง 50,001 บาทขึ้นไป จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 18 และระดับรายได้ 10,000 บาทและต่ำกว่า จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 9.2 ตามลำดับ



ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน

ระดับรายได้ต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
10,000 และต่ำกว่า	40	9.2
10,001 -30,000 บาท	221	51.0
30,001 - 50,000 บาท	94	21.7
50,001 บาทขึ้นไป	78	18.0
<b>รวม</b>	<b>433</b>	<b>100</b>

## ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการวิจัยเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความและตอบคำถามว่าเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากน้อยเพียงใด หนึ่ง ถึงได้ เป็นการประเมินความรู้เรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเอง ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยเมื่อได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้เรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.61

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.46 ซึ่งประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนเองมีความรู้มากที่สุด คือความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีค่าเฉลี่ย 3.90 รองลงมาคือ มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย 3.62 มีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ย 3.42 มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีค่าเฉลี่ย 3.22 และมีความคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย 3.15 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.7** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ

ความรู้เรื่องสุขภาพ	Mean	S.D.
1. ฉันมีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นๆ	3.42	0.74
2. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ ที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อาการหวัด และเชื้อไวรัส	3.90	0.63
3. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวแห้ง	3.62	0.83
4. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคหัด	3.22	0.94
5. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพ ที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน	3.15	1.06
<b>ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.46</b>	<b>0.60</b>

\*หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

**ผลการวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความและตอบคำถามว่าเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากน้อยเพียงใด จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดแรงจูงใจเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.75

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการป้องกันและการรักษาสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.16 โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ แรงจูงใจที่จะพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.03 รองลงมาคือแรงจูงใจที่จะใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.00 และแรงจูงใจที่จะพยายามป้องกันปัญหาเรื่องสุขภาพ ก่อนที่จะรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ มีค่าเฉลี่ย 3.84 ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น มีค่าเฉลี่ย 3.01\* ความกังวลเรื่องสุขภาพก่อนมีปัญหาก่เกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด มีค่าเฉลี่ย 3.07\* และความกังวลต่อสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ย 3.23\* ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.8** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ

แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ	Mean	S.D.
1. ฉันพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	4.03	0.71
2. ฉันใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น	4.00	0.69
3. ฉันพยายามป้องกันปัญหาเรื่องสุขภาพ ก่อนที่จะรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ	3.84	0.80
4. ฉันไม่คิดว่าสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดขึ้นกับตนเอง*	3.50	1.08
5. ฉันใช้ชีวิตอย่างปกติ โดยที่ไม่ได้ระมัดระวังเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ*	3.35	1.05
6. ฉันไม่ได้ระมัดระวังต่อสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จนกระทั่งฉันรู้สึกว่ามีปัญหา*	3.27	1.09
7. แม้ว่าในปัจจุบันมีสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากมาย แต่ฉันก็ไม่กังวล*	3.23	1.13
8. ฉันไม่กังวลเรื่องสุขภาพ จนกระทั่งมีปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ตัว*	3.07	1.16
9. ฉันมักจะกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้หลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น*	3.01	1.04
<b>ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.16</b>	<b>0.44</b>

หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ทั้งนี้ในข้อที่มีเครื่องหมาย \* ในคำถามข้อ 4-9 มีการกลับค่าคะแนน โดยกลับค่าคะแนนจาก 5 = 1, 4 = 2, 2 = 4 และ 1 = 5 คะแนน

### ผลการวิจัยเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความและตอบคำถามว่าเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากน้อยเพียงใด จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.73

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมที่ 3.78 โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากที่สุด คือ ความใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม มีค่าเฉลี่ย 4.03 รองลงมาได้แก่ ความสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.94 ความใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศ มีค่าเฉลี่ย 3.88 ความใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.80 ความกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน มีค่าเฉลี่ย 3.70

การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูด มีค่าเฉลี่ย 3.67 และการอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าที่เคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว มีค่าเฉลี่ย 3.43 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.9** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ

ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ	Mean	S.D.
1. ฉันทึ่งใจในคุณภาพของน้ำดื่ม	4.03	0.75
2. ฉันทึ่งใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	3.94	0.71
3. ฉันทึ่งใจเรื่องมลพิษทางอากาศ	3.88	0.74
4. ฉันทึ่งใจสุขภาพของตนเองเสมอ	3.80	0.70
5. ฉันทึ่งกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน	3.70	0.75
6. ฉันทึ่งหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูด	3.67	0.80
7. ฉันทึ่งอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าที่เคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว	3.43	0.99
<b>ค่าเฉลี่ยโดยรวมของความตระหนักในเรื่องสุขภาพ</b>	<b>3.78</b>	<b>0.54</b>

\*หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

### ผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่ามีกรปฏิบัติเป็นประจำหรือไม่ จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.83

จากตารางที่ 4.10 พบว่า พฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.34 โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ความพยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 4.35 รองลงมาได้แก่ การรับประทานอาหารผักและผลไม้สด 4.02 และความใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3.67 นอนและพักผ่อนอย่างเพียงพอ 3.61 และลดความเครียดและความกังวล 3.58 ตามลำดับ ในขณะที่พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ การดูปริมาณเกลือในอาหาร 2.55 การออกกำลังกายเป็นประจำ 2.87 การ

งดรับประทานขนมขบเคี้ยว 2.93 การดูปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน 2.94 และความใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป 3.08 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.10** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ	Mean	S.D.
1. พยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	4.35	1.22
2. รับประทานผักและผลไม้สด	4.02	0.86
3. ใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.67	1.21
4. นอนและพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.61	0.93
5. ลดความเครียดและความกังวล	3.58	0.82
6. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.58	0.86
7. รักษาสมดุลระหว่างการทำงานและการพักผ่อน	3.41	0.94
8. หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่วัตถุกันเสีย	3.26	1.09
9. ตรวจสอบสภาพฟันเป็นประจำ	3.22	1.10
10. ลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน	3.21	1.09
11. ใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป	3.11	1.06
12. ใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป	3.08	1.08
13. ดูปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน	2.94	1.12
14. งดการรับประทานขนมขบเคี้ยว	2.93	1.09
15. ออกกำลังกายเป็นประจำ	2.87	1.07
16. ดูปริมาณเกลือในอาหาร	2.55	1.20
<b>ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.34</b>	<b>0.57</b>

\*หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ ทำเป็นประจำ มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงไม่เคยทำเลย มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

### ส่วนที่ 3: ผลการวิจัยเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไป การได้รับและการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

#### ผลการวิจัยเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปทางสื่อต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปทางสื่อต่างๆ บ่อยเพียงใด เมื่อทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดการได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างแล้วนั้น พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.79

จากตารางที่ 4.11 พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.61 โดยที่รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปทางโทรทัศน์มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยสูงถึง 4.62 รองลงมาได้แก่ อินเทอร์เน็ต (4.16) หนังสือพิมพ์ (3.85) วิทย์ (3.69) สมาชิกในครอบครัว (3.64) ครู, อาจารย์, เพื่อน (3.49) ป้ายโฆษณา, โปสเตอร์ (3.26) วารสาร, นิตยสาร (3.05) และเอกสาร, แผ่นพับ (2.69) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไป

การได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไป	Mean	S.D.
1. โทรทัศน์	4.62	0.74
2. อินเทอร์เน็ต	4.16	1.26
3. หนังสือพิมพ์	3.85	1.02
4. วิทย์	3.69	1.26
5. สมาชิกในครอบครัว	3.64	1.15
6. ครู, อาจารย์, เพื่อน	3.49	1.24
7. ป้ายโฆษณา, โปสเตอร์	3.26	1.18
8. วารสาร, นิตยสาร	3.05	1.01
9. เอกสาร, แผ่นพับ	2.69	0.97
<b>ค่าเฉลี่ยโดยรวมของการได้รับ ข้อมูลข่าวสารทั่วไป</b>	<b>3.61</b>	<b>0.66</b>

\*หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ ทำเป็นประจำ มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงไม่เคยทำเลยมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

## ผลการวิจัยเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพทางสื่อต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพทางสื่อนั้นๆ บ่อยเพียงใด เมื่อได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางสื่อต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.87

จากตารางที่ 4.12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 2.61 โดยมีลักษณะการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ใกล้เคียงกับการได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไป กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.71 รองลงมาได้แก่ สมาชิกในครอบครัว 3.09 หนังสือพิมพ์ 3.03 วิทย์ 2.89 และ E-health 2.85 ตามลำดับ ส่วนสื่อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารด้วยอักษร ภาพและเสียง กับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์เมื่ออยู่ที่ท้องถิ่นห่างไกล (Telemedicine) ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ และเอกสาร, แผ่นพับ ด้วยค่าเฉลี่ย 1.43 1.63 และ 2.19 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ

การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ	Mean	S.D.
1. โทรทัศน์	3.71	1.15
2. สมาชิกในครอบครัว	3.09	1.31
3. หนังสือพิมพ์	3.03	1.27
4. วิทย์	2.89	1.42
5. ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต (E-health)	2.85	1.36
6. ครู, อาจารย์, เพื่อน	2.83	1.28
7. วารสาร, นิตยสาร	2.62	1.20
8. ป้ายโฆษณา, โปสเตอร์	2.44	1.24
9. เอกสาร, แผ่นพับ	2.19	1.09
10. ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ	1.63	0.97
11. การติดต่อสื่อสารด้วยอักษร ภาพและเสียง กับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์เมื่ออยู่ที่ท้องถิ่นห่างไกล (Telemedicine)	1.43	0.93
<b>ค่าเฉลี่ยโดยรวมของการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพ</b>	<b>2.61</b>	<b>0.80</b>

\*หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ ทำเป็นประจำ มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงไม่เคยทำเลย มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

## ผลการวิจัยเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่าได้ค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพเมื่อใด

จากตารางที่ 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ค้นหาข้อมูลเพื่อสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมา ค้นหาเมื่อป่วย จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1 และมีผู้ที่ไม่ค้นหาข้อมูลเลยแม้เวลาป่วย จำนวน 6 ราย หรือเพียงร้อยละ 1.4

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย	275	63.5
ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย	152	35.1
ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย	6	1.4
<b>รวม</b>	<b>433</b>	<b>100</b>

## ผลการวิจัยเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้บริโภค โดยจำแนกตามเพศ

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างเพศและการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการทดสอบ Chi-Square จากตารางที่ 4.14 พบว่า เพศที่แตกต่างกัน จะมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยค่าสถิติทดสอบ Chi-Square เท่ากับ 13.85 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าร้อยละ 70.5 และร้อยละ 53.0 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายค้นหาข้อมูลเมื่อป่วยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ด้วยค่าร้อยละ 45.3 และ 28.4 ตามลำดับ

นอกจากนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย อย่างละ 3 รายเท่ากัน



**ตารางที่ 4.14** แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยจำแนกตามเพศ

การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	ชาย		หญิง		Chi-Square	Sig
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย	91	53.0	184	70.5	13.85	.006*
ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย	78	45.3	74	28.4		
ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย	3	1.7	3	1.1		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการวิจัยเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้บริโภค โดยจำแนกตามช่วงอายุ

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างอายุและการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการทดสอบ Chi-Square จากตารางที่ 4.15 พบว่า ค่าที่ได้จากการคำนวณได้เท่ากับ 0.006 กล่าวคือ ผู้บริโภคที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีการค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี ด้วยค่าร้อยละ 77.4 67.2 66.4 และ 48.6 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี มีการค้นหาข้อมูลเมื่อป่วยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี และกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป ด้วยค่าร้อยละ 31.5 31.2 และ 22.6 ตามลำดับ

นอกจากนี้ มีกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี ที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย จำนวน 3 ราย 2 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.15** แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยจำแนกตามช่วงอายุ

การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	20-29 ปี		30-39 ปี		40-49 ปี		50 ปีขึ้นไป		Chi-Square	Sig
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย	84	67.2	97	66.4	53	48.6	41	77.4	18.03	.006*
ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย	39	31.2	46	31.5	55	50.5	12	22.6		
ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย	2	1.6	3	2.1	1	0.9	-	-		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ผลการวิจัยเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางสื่อต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางสื่อต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางสื่อนั้นๆ บ่อยเพียงใด เมื่อได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทางสื่อต่างๆ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.79

จากตารางที่ 4.16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 2.71 โดยมีการค้นหาทางอินเทอร์เน็ต (E-health) มากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.44 รองลงมา ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว (3.21) โทรทัศน์ (3.06) ครู, อาจารย์, เพื่อน (2.95) วารสาร, นิตยสาร (2.86) และหนังสือพิมพ์ (2.78) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.16** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	Mean	S.D.
1. ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต (E-health)	3.44	1.27
2. สมาชิกในครอบครัว	3.21	1.11
3. โทรทัศน์	3.06	1.26
4. ครู, อาจารย์, เพื่อน	2.95	1.10
5. วารสาร, นิตยสาร	2.86	1.08
6. หนังสือพิมพ์	2.78	1.17
7. วิทยุ.	2.37	1.25
8. เอกสาร, แผ่นพับ	2.56	0.95
9. ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ	2.53	1.03
10. ป้ายโฆษณา, โปสเตอร์	2.37	1.05
11. การติดต่อสื่อสารด้วยอักษร ภาพ และเสียง กับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์เมื่ออยู่ที่อื่นห่างไกล (Telemedicine)	1.64	1.06
<b>ค่าเฉลี่ยโดยรวมของการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ</b>	<b>2.71</b>	<b>0.73</b>

\*หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ ทำเป็นประจำ มีค่าเท่ากับ 5 คะแนนไปจนถึงไม่เคยทำเลยมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

**ความแตกต่างระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

**ความแตกต่างระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพและการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องสุขภาพโดยจำแนกตามพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.17 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะส่งผลให้มีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.53 3.34 และ 3.13 ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อากาศหวัด และเชื้อไวรัส มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 4.01 3.83 และ 3.70 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวงแห้ง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.74 3.42 และ 3.00 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคหัด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.29 3.11 และ 2.83 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีความคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.18 3.12 และ 2.50 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.17 แสดงค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ตัวแปร	ค้นหาข้อมูล ทั้งเมื่อป่วย และไม่ป่วย (1)		ค้นหาข้อมูล เมื่อป่วย (2)		ไม่ค้นหา ข้อมูล แม้ป่วย (3)		F	p	Post Hoc Analysi s
	M	SD	M	SD	M	SD			
	1. ฉันมีความรู้มากเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อ เปรียบเทียบกับคนอื่นๆ	3.45	.76	3.38	.69	3.50			
2. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกัน ปัญหาทางสุขภาพ ที่ เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็น ครั้งคราว เช่น อาการหวัด และเชื้อไวรัส	4.01	.58	3.70	.41	3.83	.66	12.47	.00*	1-2 1-3
3. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกัน ปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อย และที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรค ภูมิแพ้ และอาการผิวย้ำ	3.74	.82	3.42	.79	3.00	1.10	9.39	.00*	1-2 1-3 2-3
4. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกัน ปัญหาทางสุขภาพที่เป็น ปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็น ครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัด ใหญ่ และโรคหัด	3.29	.97	3.11	.86	2.83	.98	2.41	.09	1-3 2-3
5. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกัน ทางสุขภาพ ที่เป็นปัญหา ใหญ่ และปัญหาที่มีอาการ เรื้อรัง เช่น โรคความดัน โลหิตสูง และโรคเบาหวาน	3.18	1.05	3.12	1.05	2.50	1.05	1.33	.26	1-3 2-3
<b>ความรู้เรื่องสุขภาพ โดยรวม</b>	<b>3.54</b>	<b>.61</b>	<b>3.34</b>	<b>.58</b>	<b>3.13</b>	<b>.60</b>	<b>6.16</b>	<b>.00*</b>	<b>1-3 2-3</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ความแตกต่างระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพและการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยจำแนกตามพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.18 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพจะส่งผลให้มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.66 3.28 และ 3.15 ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีความพยายามป้องกันปัญหาเรื่องสุขภาพ ก่อนที่จะรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.99 และ 3.57 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมีความใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพและพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 4.16 3.72 และ 3.50 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมีความพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 4.17 3.79 และ 3.50 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมีความกังวลเรื่องสุขภาพ ก่อนที่จะมีปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.26 และ 2.72 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมีความกังวลต่อสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพมากมายในปัจจุบัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.38 2.98 และ 2.67 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.14 และ 2.78 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมีความระมัดระวังต่อสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ ก่อนที่จะรู้สึกว่ามีปัญหา มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.48 3.00 และ 2.91 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยใช้ชีวิตอย่างปกติ โดยที่ไม่ได้ระมัดระวังเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.61 และ 2.88 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยคิดว่าสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดขึ้นกับตนเอง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.78 3.50 และ 2.98 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.18** แสดงค่าเฉลี่ยแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ตัวแปร	ค้นหาข้อมูล ทั้งเมื่อป่วย และไม่ป่วย (1)		ค้นหาข้อมูล เมื่อป่วย (2)		ไม่ค้นหา ข้อมูล แม้ป่วย (3)		F	p	Post Hoc Analysi s
	M	SD	M	SD	M	SD			
	1. ฉันทพยายามป้องกัน ปัญหาเรื่องสุขภาพ ก่อนที่จะรู้สึกว่ามี อาการผิดปกติ	3.99	.77	3.83	.75	3.57			
2. ฉันทใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และพยายามป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้น	4.16	.64	3.50	.55	3.72	.67	24.84	.00*	1-2 1-3
3. ฉันทพยายามป้องกัน ตัวเองจากสิ่งที่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	4.17	.70	3.50	.55	3.79	.68	16.41	.00*	1-2 1-3
4. **ฉันทไม่กังวลเรื่อง สุขภาพ จนกระทั่งมี ปัญหาเกิดขึ้นกับตนเอง หรือคนใกล้ตัว	3.26	1.18	3.00	.63	2.72	1.08	11.24	.00*	1-3
5. **แม้ว่าในปัจจุบันมี สิ่งที่อันตรายต่อ สุขภาพมากมาย แต่ฉันท ก็ไม่กังวล	3.38	1.15	2.98	1.05	2.67	1.37	7.09	.00*	1-2 1-3

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 / \*\*มีการกลับค่าคะแนนจาก 5 = 1, 4 = 2, 3 = 4 และ 1 = 5 คะแนน

ตารางที่ 4.18 แสดงค่าเฉลี่ยแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ตัวแปร	ค้นหาข้อมูล ทั้งเมื่อป่วย และไม่ป่วย		ค้นหาข้อมูล เมื่อป่วย (2)		ไม่ค้นหา ข้อมูล แม้ป่วย (3)		F	p	Post Hoc Analysis
	(1)								
	M	SD	M	SD	M	SD			
6. **ฉันมักจะกังวล เกี่ยวกับสิ่งที่ อันตรายต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้หลีกเลี่ยงสิ่ง เหล่านั้น	3.14	1.03	3.00	1.02	2.78	.89	5.98	.00*	1-3
7. **ฉันไม่ได้ ระมัดระวังต่อสิ่งที่ อันตรายต่อสุขภาพ จนกระทั่งฉันรู้สึกว่ามี ปัญหา	3.48	1.09	3.00	1.01	2.91	.63	13.97	.00*	1-2 1-3
8. **ฉันใช้ชีวิตอย่าง ปกติ โดยที่ไม่ได้ ระมัดระวังเกี่ยวกับสิ่ง ที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพ	3.61	.97	3.50	1.04	2.88	.55	26.55	.00*	1-3
9. **ฉันไม่คิดว่าสิ่งที่ เป็นอันตรายต่อ สุขภาพจะเกิดขึ้นกับ ตนเอง	3.78	1.03	3.50	.99	2.98	.55	30.78	.00*	1-3 2-3
<b>แรงจูงใจเพื่อ สุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.66</b>	<b>.58</b>	<b>3.28</b>	<b>.51</b>	<b>3.15</b>	<b>.61</b>	<b>37.79</b>	<b>.00*</b>	<b>1-2 1-3</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 / \*\*มีการกลับค่าคะแนนจาก 5 = 1, 4 = 2, 2 = 4 และ 1 = 5 คะแนน

### ความแตกต่างระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพและการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยจำแนกตามพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.19 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เกี่ยวกับสุขภาพจะส่งผลให้มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.88 3.71 และ 3.60 ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีความกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.80 และ 3.33 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าที่เคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.61 และ 3.11 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 4.09 และ 3.68 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเมื่อป่วยใส่ใจสุขภาพของตนเอง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 4.00 3.92 และ 3.59 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย ใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.97 และ 3.72 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.19** แสดงค่าเฉลี่ยความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ตัวแปร	ค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย (1)		ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย (2)		ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย (3)		F	p	Post Hoc Analysis
	M	SD	M	SD	M	SD			
	1. ฉันกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน	3.80	.73	3.33	.82	3.52			
2. ฉันใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม	4.07	.80	4.00	.89	3.97	.66	.91	.40	
3. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูด	3.68	.77	3.50	.55	3.65	.87	.22	.81	



ตารางที่ 4.19 แสดงค่าเฉลี่ยความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร	ค้นหาข้อมูล ทั้งเมื่อป่วย และไม่ป่วย (1)		ค้นหาข้อมูล เมื่อป่วย (2)		ไม่ค้นหา ข้อมูล แม้ป่วย (3)		F	p	Post Hoc Analysis
	M	SD	M	SD	M	SD			
	4. ค้นอ่านบทความที่ เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า ที่เคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว	3.61	.94	3.17	.41	3.11			
5. ฉันทสนใจข้อมูลที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	4.09	.67	4.00	.63	3.68	.72	18.67	.00*	1-3
6. ฉันทใส่ใจสุขภาพของ ตนเองเสมอ	3.92	.68	4.00	.63	3.59	.69	11.88	.00*	1-3 2-3
7. ฉันทใส่ใจเรื่องมลพิษ ทางอากาศ	3.97	.75	4.00	.89	3.72	.69	5.91	.00*	1-3
<b>ความตระหนักในเรื่อง สุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.88</b>	<b>.53</b>	<b>3.71</b>	<b>.55</b>	<b>3.60</b>	<b>.52</b>	<b>13.40</b>	<b>.00*</b>	<b>1-2 1-3</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเพื่อสุขภาพและการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยจำแนกตามพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.20 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะส่งผลให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.39 3.25 และ 3.04 และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วยออกกำลังกายเป็นประจำ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.01 และ 2.00 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม่ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.27 2.83 และ 2.82 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยลดความเครียดและความกังวล มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม่ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.67 3.43 และ 3.33 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม่ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.80 3.43 และ 3.33 ตามลำดับ

ในขณะที่ มีเพียงหนึ่งประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่า กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค้นหาข้อมูลแม่ป่วยรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.83 3.68 และ 3.38 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.20** แสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ตัวแปร	ค้นหาข้อมูล ทั้งเมื่อป่วย และไม่ป่วย (1)		ค้นหาข้อมูล ทั้งเมื่อป่วย (2)		ไม่ค้นหา ข้อมูล แม่ป่วย (3)		F	P	Post Hoc Analysis
	M	SD	M	SD	M	SD			
1.รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่	3.68	.85	3.38	.85	3.83	.75	6.12	.00*	1-2 1-3 2-3
2.ตรวจสุขภาพฟันเป็น ประจำ	3.27	1.10	3.14	1.08	2.67	1.63	1.39	.25	
3.รับประทานผักและผลไม้ สด	4.08	.85	3.92	.87	3.67	.52	2.20	.11	
4.ลดปริมาณเกลือในอาหาร ที่รับประทาน	3.27	1.07	3.13	1.14	3.00	.63	.86	.43	
5.ดูปริมาณเกลือในอาหาร	2.63	1.20	2.42	1.20	2.33	1.21	1.52	.22	
6.ออกกำลังกายเป็นประจำ	2.81	1.08	3.01	1.02	2.00	1.10	3.77	.02*	2-3
7.ดูปริมาณไขมันในอาหาร ที่รับประทาน	3.00	1.11	2.86	1.15	2.33	.82	1.70	.19	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.20 แสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ตัวแปร	ค้นหาข้อมูล ทั้งเมื่อป่วย และไม่ป่วย (1)		ค้นหาข้อมูล ทั้งเมื่อป่วย (2)		ไม่ค้นหา ข้อมูล แม่ป่วย (3)		F	P	Post Hoc Analysis
	M	SD	M	SD	M	SD			
	8.ใส่ใจเรื่องปริมาณ น้ำตาลในอาหารที่ รับประทานเข้าไป	3.15	1.09	2.97	1.04	2.67			
9.ใส่ใจเรื่องปริมาณ อาหารที่เป็นเนื้อหมูและ เนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป	3.27	1.00	2.82	1.11	2.83	.75	9.38	.00*	1-2 1-3
10.งดการรับประทานขนม ขบเคี้ยว	2.90	1.08	2.98	1.11	2.83	1.33	.28	.76	
11.หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ วัตถุกันเสีย	3.27	1.12	3.24	1.05	3.33	1.03	.06	.95	
12.นอนและพักผ่อนอย่าง เพียงพอ	3.66	.93	3.52	.89	3.33	1.51	1.36	.26	
13.ลดความเครียดและ ความกังวล	3.67	.80	3.43	.85	3.33	.82	4.55	.01*	1-2 1-3
14.รักษาสมดุลระหว่าง การทำงานและการ พักผ่อน	3.46	.98	3.33	.87	3.33	1.03	.98	.37	
15.ใส่ใจในเรื่องปริมาณ การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	3.80	1.14	3.43	1.31	3.33	1.03	4.79	.01*	1-2 1-3
16.พยายามหลีกเลี่ยงการ สูบบุหรี่	4.36	1.19	4.35	1.25	3.83	1.60	.55	.58	
<b>พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยรวม</b>	<b>3.39</b>	<b>.58</b>	<b>3.25</b>	<b>.58</b>	<b>3.04</b>	<b>.40</b>	<b>3.99</b>	<b>.02*</b>	<b>1-2 1-3</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ส่วนที่ 4: ผลการวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อและรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

##### ผลการวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความเหมาะสมของสื่อในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งมีคำถามจำนวน 11 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าสื่อแต่ละประเภทมีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากน้อยเพียงใด เมื่อได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.88

จากตารางที่ 4.21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า โทรศัพท์ เป็นสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.48 รองลงมาได้แก่ การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต (E-health) (4.20) และผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ (3.98) วารสาร, นิตยสาร (3.93) และหนังสือพิมพ์ (3.86) ตามลำดับ

##### ตารางที่ 4.21 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับทัศนคติต่อสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ความเหมาะสมของสื่อในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	Mean	S.D.
1. โทรศัพท์	4.48	0.84
2. วิทยู	3.71	1.05
3. หนังสือพิมพ์	3.86	1.01
4. วารสาร, นิตยสาร	3.93	0.94
5. เอกสาร, แผ่นพับ	3.64	1.07
6. ป้ายโฆษณา, โปสเตอร์	3.31	1.88
7. สมาชิกในครอบครัว	3.90	1.10
8. ครู, อาจารย์, เพื่อน	3.73	1.07
9. ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ	3.98	1.16
10. ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต (E-health)	4.20	0.97
11. การติดต่อสื่อสารด้วยอักษร ภาพ และเสียง กับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์เมื่ออยู่ที่ห้องถิ่นห่างไกล (Telemedicine)	3.24	1.35

\*หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

## ผลการวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับทัศนคติต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งมีคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่า สารแต่ละรูปแบบมีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากน้อยเพียงใด เมื่อได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ 0.79

จากตารางที่ 4.22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า สารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.22 รองลงมาได้แก่ รูปแบบสารที่ให้สาระและความบันเทิง (4.17) รูปแบบสารที่ให้เนื้อหาสาระเท่านั้น (4.09) และรูปแบบสารที่ทำให้รู้สึกกลัว (3.85) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.22** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับทัศนคติต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ความเหมาะสมของรูปแบบสารในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	Mean	S.D.
1. สารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ	4.22	0.78
2. สารที่ให้สาระและความบันเทิง	4.17	0.82
3. สารที่ให้เนื้อหาสาระเท่านั้น	4.09	0.86
4. สารที่ทำให้รู้สึกกลัว	3.85	0.91

หมายเหตุ: การให้คะแนนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

นอกจากนี้ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในแต่ละประเภทนั้น จากตารางที่ 4.23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อรูปแบบสารในแต่ละรูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในเกือบทุกรูปแบบ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อรูปแบบสารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

ประโยชน์ต่อสุขภาพดีกว่ารูปแบบสารที่ให้เนื้อหาสาระเท่านั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ด้วยค่าเฉลี่ย 4.22 และ 4.09 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อรูปแบบสารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ ดีกว่ารูปแบบสารที่ทำให้รู้สึกกลัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ด้วยค่าเฉลี่ย 4.22 และ 3.85 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อรูปแบบสารที่ให้สาระและความบันเทิงดีกว่ารูปแบบสารที่ให้เนื้อหาสาระเท่านั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ด้วยค่าเฉลี่ย 4.22 และ 4.09 ตามลำดับ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อรูปแบบสารที่ให้เนื้อหาสาระเท่านั้นและสารที่ทำให้รู้สึกกลัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ด้วยค่าเฉลี่ย 4.22 และ 3.85 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.23** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับทัศนคติต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

รูปแบบสาร	สารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ	สารที่ให้สาระและความบันเทิง	สารที่ให้เนื้อหาสาระเท่านั้น	สารที่ทำให้รู้สึกกลัว	F	p	Post Hoc Analysis
ค่าเฉลี่ย	4.22	4.17	4.09	3.85	1.30	*0.02	1-2 1-3 1-4 2-4 3-4

\*มีนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05

#### ส่วนที่ 5: ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

##### **ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ**

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางที่ 4.24 ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.30 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพมาก ก็จะมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมาก แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพน้อย ก็จะมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพน้อยเช่นกัน

ตารางที่ 4.24 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ

ตัวแปร	แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ	
	r	p
ความรู้เรื่องสุขภาพ	.30	.00**

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

#### ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จากตารางที่ 4.25 ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.28 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพมาก ก็จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมาก แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพน้อย ก็จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพน้อยเช่นกัน

ตารางที่ 4.25 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ

ตัวแปร	ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ	
	r	p
ความรู้เรื่องสุขภาพ	.28	.00**

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

#### ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางที่ 4.26 ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.39 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพมาก ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมาก แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพน้อย ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพน้อยเช่นกัน

ตารางที่ 4.26 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับและพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ	
	r	p
ความรู้เรื่องสุขภาพ	.39	.00**

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จากตารางที่ 4.27 ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.40 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมาก ก็จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมาก แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพน้อย ก็จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพน้อย

#### ตารางที่ 4.27 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ

ตัวแปร	ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ	
	r	p
แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ	.40	.00**

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จากตารางที่ 4.28 ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.43 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมาก ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมาก แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพน้อย ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพน้อย

#### ตารางที่ 4.28 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ	
	r	p
แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ	0.43	.00**

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



## ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จากตารางที่ 4.29 ผลการวิจัยพบว่า ความตระหนักในเรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.49 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมาก ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมาก แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพน้อยก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพน้อยเช่นกัน

### ตารางที่ 4.29 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ	
	r	p
ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ	.49	.00**

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## ส่วนที่ 6: ผลการทดสอบความแตกต่างของความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการการทดสอบความแตกต่างของความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ เปรียบเทียบตามลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติแบบ Independent Sample T-Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของเพศ และใช้สถิติแบบ One-way ANOVA ในการทดสอบค่าความแตกต่างของอายุ และความแตกต่างของรายได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำคำตอบจากแบบสอบถามทางด้านลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างมาทำการจัดกลุ่มขึ้นใหม่ เพื่อความสะดวกและเหมาะสมในการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูล ดังนี้

### เพศ

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ มีการจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 เพศ คือ เพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ศึกษาเปรียบเทียบได้โดยไม่จำเป็นต้องทำการจัดกลุ่มหรือแบ่งหมวดหมู่ใหม่

### อายุ

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดช่วงอายุออกเป็น 7 ช่วง ได้แก่ 1) 20-24 ปี 2) 25-29 ปี 3) 30-34 ปี 4) 35-39 ปี 5) 40-44 ปี 6) 45-49 ปี และ 7) 50-54 ปี ผู้วิจัยจึงได้ทำการจัดกลุ่มขึ้นใหม่ 4 ช่วง เพื่อความสะดวกและเหมาะสมในการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูล ดังนี้ 1) 20-29 ปี 2) 30-39 ปี 3) 40-49 ปี และ 4) 50-54 ปี

### สถานภาพ

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดสถานภาพออกเป็น 3 กลุ่มคือ โสด, สมรส และหย่า/ ว่าง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มและแบ่งหมวดหมู่ลักษณะทางประชากรด้านสถานภาพขึ้นใหม่เป็น 2 กลุ่มคือ โสดและไม่โสด

### ระดับการศึกษา

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดระดับการศึกษาออกเป็น 5 ระดับคือ มัธยมต้น, มัธยมปลายหรือเทียบเท่า, อนุปริญญาหรือเทียบเท่า, ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี โดยผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มระดับการศึกษาขึ้นใหม่เป็น 2 ระดับคือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทั้งนี้ เมื่อทำการจัดกลุ่มใหม่แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีน้อยกว่า 30 ราย จึงไม่นำมาเปรียบเทียบในการวิจัยครั้งนี้

### ระดับรายได้ต่อเดือน

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดระดับรายได้ต่อเดือนออกเป็น 6 ระดับคือ 1) 10,000 บาทหรือต่ำกว่า 2) 10,001-20,000 บาท 3) 20,001-30,000 บาท 4) 30,001-40,000 บาท 5) 40,001-50,000 บาท และ 6) 50,001 บาทขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มด้านระดับรายได้ต่อเดือนขึ้นใหม่เป็น 4 ระดับเพื่อความสะดวกและเหมาะสมในการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูล ดังนี้ 1) 10,000 บาทหรือต่ำกว่า 2) 10,001-30,000 บาท 3) 30,001-50,000 บาท และ 4) 50,000 บาทขึ้นไป

### ผลการทดสอบความแตกต่างของความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องสุขภาพโดยจำแนกตามเพศเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ Independent Sample T-Test จากตารางที่ 4.30 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความรู้เรื่องสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเกือบทุกประเด็น ยกเว้นประเด็นความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคหัด และความคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.53 และ 3.37 ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในประเด็นมีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ ด้วยค่าเฉลี่ย 3.53 และ 3.26 ตามลำดับ ประเด็นความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ ที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อาการหวัด และเชื้อไวรัส มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.98 และ 3.77 ตามลำดับ และประเด็นความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวแห้ง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.75 และ 3.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.30 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	เพศชาย		เพศหญิง		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ฉันมีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ	3.26	0.74	3.53	0.71	-3.89	.00*
2. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ ที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อาการหวัด และเชื้อไวรัส	3.77	0.62	3.98	0.61	-3.49	.00*
3. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวแห้ง	3.43	0.87	3.74	0.77	-3.91	.00*

ตารางที่ 4.30 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามเพศ (ต่อ)

ตัวแปร	เพศชาย		เพศหญิง		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
4. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคหัด	3.18	0.92	3.25	0.95	-0.79	.42
5. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพ ที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน	3.19	0.99	3.12	1.10	0.67	.50
<b>ความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.37</b>	<b>0.57</b>	<b>3.53</b>	<b>0.61</b>	<b>-2.75</b>	<b>.00*</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ผลการทดสอบความแตกต่างของความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องความรู้เรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามอายุ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.31 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีความรู้เรื่องสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี มีความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวม (3.67) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.48) อายุ 20-29 ปี (3.33) และอายุ 50 ปีขึ้นไป (3.31) ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เรื่องสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเกือบทุกประเด็น ยกเว้นประเด็นมีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ในประเด็นความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง ความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และความคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง

เมื่อดูในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ ที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อาการหวัด และเชื้อไวรัส มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ย 4.05 3.90 3.85 และ 3.79 ตามลำดับ

ส่วนประเด็นความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีค่าเฉลี่ย 3.83 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.53) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป (3.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

เรื่องความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคหัดนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีค่าเฉลี่ย 3.47 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.07) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป (3.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี ยังมีความคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพ ที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ด้วยค่าเฉลี่ย 3.57 ซึ่งมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.11) กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป (3.00) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (2.90) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.31** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

ตัวแปร	20-29 ปี		30-39 ปี		40-49 ปี		50 ปีขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	(1)		(2)		(3)		(4)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
1. ฉันมีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ	3.37	0.81	3.49	0.66	3.45	0.69	3.30	0.85	1.20	.31	-
2. ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ ที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อาการหวัด และเชื้อไวรัส	3.79	0.59	3.90	0.61	4.05	0.57	3.85	0.79	3.40	.02*	1-2 1-3 3-4

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.31 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ (ต่อ)

ตัวแปร	20-29 ปี		30-39 ปี		40-49 ปี		50 ปีขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	(1)		(2)		(3)		(4)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
3. ฉันทันเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวงแห้ง	3.53	0.89	3.63	0.77	3.83	0.69	3.38	0.99	4.38	.01*	1-3, 3-4
4. ฉันทันเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคหัด	3.07	1.03	3.25	0.88	3.47	0.75	3.00	1.09	4.76	.00*	1-3, 3-4
5. ฉันทันเคยกับการป้องกันทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน	2.90	1.01	3.11	1.07	3.57	0.81	3.00	1.30	9.04	.00*	1-3, 2-3 3-4
ความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวม	3.33	0.61	3.48	0.55	3.67	0.48	3.31	0.75	8.03	.00*	1-2, 1-3 2-3, 3-4

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ผลการทดสอบความแตกต่างของความรู้เรื่องสุขภาพ โดยจำแนกตามรายได้

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องความรู้เรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามรายได้มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.32 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป มีความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวม (3.95) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท (3.81) และ 30,001-50,000 บาท (3.76) ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป มีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ (3.71) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท (3.42) รายได้ 10,000 บาทหรือต่ำกว่า (3.40) และรายได้ 30,001-50,000 บาท (3.21) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวหนังมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท ด้วยค่าเฉลี่ย 3.69 และ 3.44 ตามลำดับ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคหัดนั้น ค่าเฉลี่ย 3.54 ซึ่งมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท (3.22) รายได้ 10,000 บาทหรือต่ำกว่า (3.15) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท (3.00) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.32** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามรายได้

ตัวแปร	10,000 หรือต่ำกว่า		10,001-30,000		30,001-50,000		50,001 บาทขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
	1. ฉันมีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ	3.40	.93	3.4	.71	3.2	.77	3.7			
2. ฉันมีความรู้มากเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่			2		1		1		6		2-3
3. ฉันมีความรู้มากเกี่ยวกับโรคหัด											3-4

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 4.32** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามรายได้ (ต่อ)

ตัวแปร	10,000 หรือต่ำกว่า		10,001-30,000		30,001-50,000		50,001 บาทขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
	2. ชั้นคั้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อากาศหัดและเชื้อไวรัส	3.88	.52	3.90	.66	3.85	.53	3.97			
3. ชั้นคั้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวงแห้ง	3.58	.90	3.69	.81	3.44	.81	3.67	.83	2.18	.09	2-3
4. ชั้นคั้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคหัด	3.15	1.14	3.22	.94	3.00	.86	3.54	.80	4.96	.00*	1-4 2-4 3-4
5. ชั้นคั้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน	3.05	1.34	3.18	1.05	3.02	1.05	3.27	.92	0.98	.40	-
ความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวม	3.96	.73	3.81	.61	3.76	.53	3.95	.52	4.51	.00*	2-3 3-4

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการทดสอบความแตกต่างของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยจำแนกตามเพศเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ Independent Sample T-Test จากตารางที่ 4.33 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.62 และ 3.26 ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายในทุกประเด็น



**ตารางที่ 4.33** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกรุปตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	เพศชาย		เพศหญิง		t	p
	M	SD	M	SD		
1. ฉันพยายามป้องกันปัญหาเรื่องสุขภาพ ก่อนที่จะรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ	3.72	0.76	3.92	0.82	-2.56	.01*
2. ฉันใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น	3.82	0.66	4.11	0.68	-4.48	.00*
3. ฉันพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	3.79	0.72	4.18	0.67	-5.75	.00*
4. **ฉันไม่กังวลเรื่องสุขภาพ จนกระทั่งมีปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ตัว	2.89	1.07	3.18	1.21	-2.60	.01*
5. **แม้ว่าในปัจจุบันมีสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากมาย แต่ฉันก็ไม่กังวล	2.85	1.09	3.47	1.10	-5.82	.00*
6. **ฉันมักจะกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้หลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น	2.80	1.00	3.16	1.04	-3.58	.00*
7. **ฉันไม่ได้ระมัดระวังต่อสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จนกระทั่งฉันรู้สึกว่ามีปัญหา	3.07	1.08	3.41	1.08	-3.17	.00*
8. **ฉันใช้ชีวิตอย่างปกติ โดยที่ไม่ได้ระมัดระวังเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	3.02	1.04	3.57	1.00	-5.55	.00*
9. **ฉันไม่คิดว่าสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดขึ้นกับตนเอง	3.34	1.06	3.60	1.08	-2.42	.01*
<b>แรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.26</b>	<b>0.41</b>	<b>3.62</b>	<b>0.45</b>	<b>-6.10</b>	<b>.00*</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 / \*\*มีการกลับค่าคะแนนจาก 5 = 1, 4 = 2, 3 = 4 และ 1 = 5 คะแนน

### ผลการทดสอบความแตกต่างของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องแรงจูงใจเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามอายุมาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.34 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ดูตารางที่ 4.29)

**ตารางที่ 4.34** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

ตัวแปร	20-29 ปี		30-39 ปี		40-49 ปี		50 ปีขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	(1)		(2)		(3)		(4)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
1. ฉันพยายามป้องกันปัญหาเรื่องสุขภาพ ก่อนที่จะรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ	3.80	0.80	3.82	0.81	3.89	0.80	3.87	0.81	0.31	.82	-
2. ฉันใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น	3.97	0.73	4.03	0.72	3.88	0.65	4.23	0.47	3.24	.02*	-
3. ฉันพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	3.98	0.78	4.08	0.67	4.10	0.64	3.83	0.80	2.25	.08*	-
4. **ฉันไม่กังวลเรื่องสุขภาพ จนกระทั่งมีปัญหาก่อขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ตัว	3.00	1.16	3.05	1.21	2.94	1.10	2.42	1.05	4.27	.01*	-
5. **แม้ว่าในปัจจุบันมีสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากมาย แต่ฉันก็ไม่กังวล	2.82	1.01	2.73	1.10	2.83	1.26	2.64	1.23	0.49	.69	-
6. **ฉันมักจะกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่ก็ได้หลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น	3.02	0.94	2.96	0.98	3.05	1.06	2.87	1.35	0.42	.74	-
7. **ฉันไม่ได้ระมัดระวังต่อสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จนกระทั่งฉันรู้สึกว่าปัญหา	2.79	1.00	2.77	1.13	2.60	1.15	2.74	1.08	0.74	.53	-

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 / \*\*มีการกลับค่าคะแนนจาก 5 = 1, 4 = 2, 2 = 4 และ 1 = 5 คะแนน



**ตารางที่ 4.35** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้ (ต่อ)

ตัวแปร	10,000 หรือต่ำกว่า		10,001-30,000		30,001-50,000		50,001 บาทขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
	3. ฉันพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	4.18	.84	4.12	.70	3.80	.65	3.96			
4. **ฉันไม่กังวลเรื่องสุขภาพ จนกระทั่งมีปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ตัว	2.83	1.22	3.10	1.13	2.89	1.18	3.29	1.19*	2.37	.07	-
5. **แม้ว่าในปัจจุบันมีสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากมาย แต่ฉันก็ไม่กังวล	3.43	1.01	3.23	1.18	3.07	1.04	3.32	1.16	1.15	.33	-
6. **ฉันมักจะกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้หลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น	2.85	.95	3.14	.98	3.04	1.09	2.72	1.14	3.54	0.15	-
7. **ฉันไม่ได้ระมัดระวังต่อสิ่งที่เป็นการอันตรายต่อสุขภาพ จนกระทั่งฉันรู้สึกว่าปัญหา	3.00	1.06	3.34	1.06	3.17	1.23	3.35	.99	1.51	.21	-
8. **ฉันใช้ชีวิตอย่างปกติ โดยที่ไม่ได้ระมัดระวังเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	3.35	1.05	3.40	1.04	3.22	1.10	3.38	1.02	0.64	.59	-
9. **ฉันไม่คิดว่าสิ่งที่เป็นการอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดขึ้นกับตนเอง	3.38	1.03	3.52	1.07	3.57	1.05	3.40	1.17	0.58	.62	-
<b>แรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยรวม</b>	3.46	.60	3.51	.64	3.38	.62	3.50	.69	1.06	.37	-

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 / \*\*มีการกลับค่าคะแนนจาก 5 = 1, 4 = 2, 2 = 4 และ 1 = 5 คะแนน

### ผลการทดสอบความแตกต่างของความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตระหนักในเรื่องสุขภาพ โดยจำแนกตามเพศเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ Independent Sample T-Test จากตารางที่ 4.36 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยรวม (3.83) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย (3.70) และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน (3.82) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย (3.51) ตามลำดับ และมีความใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ (3.89) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย (3.66)

**ตารางที่ 4.36** แสดงความแตกต่างเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

ตัวแปร	เพศชาย		เพศหญิง		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ฉันกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน	3.51	0.75	3.82	0.72	-4.40	.00*
2. ฉันใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม	4.01	0.68	4.05	0.80	-.59	.55
3. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูด	3.67	0.82	3.67	0.79	-.24	.98
4. ฉันอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าที่เคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว	3.33	1.03	3.49	0.96	-1.67	.09
5. ฉันสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	3.90	0.69	3.96	0.73	-.88	.39
6. ฉันใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ	3.66	0.64	3.89	0.72	-3.41	.00*
7. ฉันใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศ	3.83	0.72	3.32	0.76	1.15	.25
<b>ความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.70</b>	<b>0.50</b>	<b>3.83</b>	<b>0.56</b>	<b>-2.44</b>	<b>.01*</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ผลการทดสอบความแตกต่างของความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามรายได้มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.37 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (3.95) รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.78) กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.77) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.70) ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในบางประเด็น ได้แก่ ความใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม อ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพ ฉันทสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฉันทใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ ฉันทใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่มมากที่สุด (4.28) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (4.07) กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (4.06) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.83) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความตระหนักในการอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุด (3.74) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.55) กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.36) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.27) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากที่สุด (4.36) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.91) กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.90) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.82) ตามลำดับ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอมากที่สุด (3.96) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.86) กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.82) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.62) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.37** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

ตัวแปร	20-29 ปี		30-39 ปี		40-49 ปี		50 ปีขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	(1)		(2)		(3)		(4)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
1. ฉันกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน	3.72	0.78	3.75	0.78	3.63	0.75	3.62	0.60	0.75	.52	-
2. ฉันใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม	4.06	0.68	4.07	0.68	3.83	0.88	4.28	0.74	4.76	.00*	1-3, 2-3 3-4
3. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูด	3.62	0.84	3.68	0.81	3.65	0.77	3.85	0.74	1.09	.35	-
4. ฉันอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าที่เคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว	3.27	1.14	3.36	1.01	3.55	0.79	3.74	0.88	3.55	.02*	1-3, 1-4 2-4
5. ฉันสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	3.90	0.73	3.91	0.70	3.82	0.68	4.36	0.62	7.77	.00*	1-4, 2-4 3-4
6. ฉันใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ	3.82	0.73	3.86	0.68	3.62	0.69	3.96	0.59	3.79	.01*	1-3, 2-3 3-4
7. ฉันใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศ	4.01	0.76	3.86	0.72	3.77	0.78	3.87	0.68	2.06	.10	-
<b>ความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.77</b>	<b>0.56</b>	<b>3.78</b>	<b>0.53</b>	<b>3.70</b>	<b>0.60</b>	<b>3.95</b>	<b>0.39</b>	<b>2.73</b>	<b>.04*</b>	<b>1-4, 2-4 4 3-4</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการทดสอบความแตกต่างของความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามรายได้

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามรายได้มาเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.38 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ตารางที่ 4.38** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามรายได้

ตัวแปร	10,000 หรือต่ำกว่า		10,001-30,000		30,001-50,000		50,001 บาทขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
1. ฉันกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน	3.88	.85	3.69	.80	3.56	.68	3.79	.61	2.21	.09	-
2. ฉันใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม	4.05	.64	4.04	.84	3.95	.74	4.12	.53	0.73	.53	-
3. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูด	3.63	.95	3.60	.81	3.65	.70	3.91	.78	2.97	.03*	-
4. ฉันอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าที่เคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว	3.23	1.17	3.37	1.04	3.55	.86	3.55	.89	1.71	.16	-
5. ฉันสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	4.03	.73	3.88	.78	4.02	.57	3.95	.68	1.08	.36	-
6. ฉันใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ	4.00	.72	3.80	.77	3.68	.59	3.85	.54	2.15	.09*	-
7. ฉันใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศ	4.13	.56	3.93	.84	3.68	.66	3.87	.54	4.08	.01	-
<b>ความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.85</b>	<b>.52</b>	<b>3.76</b>	<b>.63</b>	<b>3.73</b>	<b>.41</b>	<b>3.86</b>	<b>.40</b>	<b>1.22</b>	<b>.30</b>	<b>-</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ผลการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยจำแนกตามเพศเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ Independent Sample T-Test จากตารางที่ 4.39 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวม (3.43) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย (3.19) ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายในเกือบทุกประเด็น ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงรับประทานผักและผลไม้สดมากกว่ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 4.18 และ 3.78 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.38 และ 2.97 ตามลำดับ



กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.21 และ 2.88 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.28 และ 2.85 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 4.00 และ 3.16 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงพยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 4.64 และ 3.90 ตามลำดับ

ในขณะที่มีเพียง 1 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายปฏิบัติเป็นประจำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงคือการออกกำลังกายเป็นประจำ ด้วยค่าเฉลี่ย 3.08 และ 2.72 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.39** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	เพศชาย		เพศหญิง		t	P
	M	SD	M	SD		
1.รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.60	0.84	3.56	0.88	.58	.56
2.ตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ	3.16	1.04	3.26	1.14	-.92	.36
3.รับประทานผักและผลไม้สด	3.78	0.94	4.18	0.76	-4.84	.00*
4.ลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน	2.97	1.17	3.38	1.00	-3.84	.00*
5.ดูปริมาณเกลือในอาหาร	2.37	1.13	2.67	1.23	-2.60	.01*
6.ออกกำลังกายเป็นประจำ	3.08	1.10	2.72	1.02	3.46	.00*
7.ดูปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน	2.84	1.10	3.02	1.13	-1.62	.11
8.ใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป	2.88	1.08	3.21	1.07	-3.07	.00*
9.ใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป	2.85	1.04	3.28	1.04	-4.22	.00*
10.งดการรับประทานขนมขบเคี้ยว	2.90	1.13	2.95	1.06	-.51	.61
11.หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่วัตถุกันเสีย	3.12	1.03	3.35	1.13	-2.12	.36
12.นอนและพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.48	0.94	3.69	0.91	-2.35	.20
13.ลดความเครียดและความกังวล	3.52	0.78	3.62	0.85	-1.28	.20

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 4.39** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ (ต่อ)

ตัวแปร	เพศชาย		เพศหญิง		t	P
	M	SD	M	SD		
14.รักษาสมดุลระหว่างการทำงานและการพักผ่อน	3.47	0.89	3.38	0.98	1.03	.30
15.ใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.16	1.25	4.00	1.06	-7.54	.00*
16.พยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	3.90	1.48	4.64	0.89	-6.51	.00*
<b>พฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.19</b>	<b>0.59</b>	<b>3.43</b>	<b>0.55</b>	<b>-4.32</b>	<b>.00*</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามช่วงอายุมาเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.40 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวม (3.47) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20-29 ปีและอายุ 30-39 ปี ซึ่งมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพเฉลี่ย 3.28 เท่ากัน และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในบางประเด็น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี ลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน (3.45) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 (3.18) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 (3.06) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป ดูปริมาณเกลือในอาหาร (3.23) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (2.68) กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (2.38) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (2.35) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายเป็นประจำ (3.43) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.15) กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (2.91) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (2.77) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป ดูปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน (3.55) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (2.89) กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (2.87) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (2.82) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป (3.57) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.08) กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.04) กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.01) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี มีการหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่วัตถุกันเสียมากที่สุด (3.50) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป (3.49) กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.12) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.10) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี ลดความเครียดและความกังวลนั้น (3.80) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.58) กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป (3.57) กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี และกลุ่ม (3.42) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป ให้ความใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (4.13) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.75) กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.65) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.35) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.40** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

ตัวแปร	20-29 ปี		30-39 ปี		40-49 ปี		50 ปีขึ้นไป		F	P	Post Hoc Analysis
	(1)		(2)		(3)		(4)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
1.รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.62	0.86	3.49	0.88	3.56	0.71	3.74	1.08	1.28	.82	-
2.ตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ	3.07	1.08	3.18	1.13	3.33	1.11	3.42	1.05	1.74	.16	-
3.รับประทานผักและผลไม้สด	3.96	0.82	3.99	0.86	4.11	0.94	4.04	0.78	0.66	.58	-
4.ลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน	3.06	1.03	3.18	1.11	3.45	1.08	3.21	1.17	2.66	.05*	1-3, 2-3
5.ดูปริมาณเกลือในอาหาร	2.35	1.09	2.38	1.16	2.68	1.20	3.23	1.31	8.60	.00*	1-3, 1-4 2-3, 2-4 3-4
6.ออกกำลังกายเป็นประจำ	2.91	0.92	2.77	1.04	3.15	1.11	3.43	1.20	6.08	.00*	1-4, 2-3 2-4, 3-4

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 4.40** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ (ต่อ)

ตัวแปร	20-29 ปี		30-39 ปี		40-49 ปี		50 ปีขึ้นไป		F	P	Post Hoc Analysis
	(1)		(2)		(3)		(4)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
7.ดูปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน	2.82	1.09	2.87	1.07	2.89	1.20	3.55	0.99	6.10	.00*	1-4, 2-4 3-4
8.ใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป	3.07	1.11	2.95	1.09	3.28	0.92	3.04	1.26	2.09	.10	-
9.ใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป	3.08	1.08	3.04	1.14	3.01	0.98	3.57	0.84	3.91	.01*	1-4, 2-4 3-4
10.งดการรับประทานขนมขบเคี้ยว	2.75	1.12	2.95	1.13	3.10	1.03	2.94	0.99	2.03	.11	1-3
11.หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่วัตถุกันเสีย	3.10	1.06	3.12	1.15	3.50	0.96	3.49	1.17	4.30	.01*	1-3, 1-4 2-3, 2-4
12.นอนและพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.66	0.88	3.60	1.00	3.69	0.93	3.34	0.78	1.88	.13	
13.ลดความเครียดและความกังวล	3.58	0.82	3.42	0.81	3.80	0.87	3.57	0.69	4.38	.01*	1-3, 2-3
14.รักษาสมดุลระหว่างการทำงานและการพักผ่อน	3.48	0.89	3.42	0.94	3.39	1.01	3.28	0.93	0.59	.63	-
15.ใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.65	1.17	3.75	1.23	3.35	1.27	4.13	0.96	5.51	.00*	1-4, 2-3 2-4, 3-4
16.พยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	4.34	1.26	4.42	1.20	4.15	1.25	4.57	1.03	1.77	.15	3-4
<b>พฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.28</b>	<b>0.55</b>	<b>3.28</b>	<b>0.57</b>	<b>3.40</b>	<b>0.57</b>	<b>3.47</b>	<b>0.62</b>	<b>2.25</b>	<b>.03*</b>	<b>1-4 2-4</b>

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามรายได้มาเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA จากตารางที่ 4.41 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ตารางที่ 4.41** แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้

ตัวแปร	10,000 หรือต่ำกว่า		10,001-30,000		30,001-50,000		50,001 บาทขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysis
	(1)		(2)		(3)		(4)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
1.รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.55	.85	3.65	.88	3.59	.93	3.36	.70	2.24	.08	-
2.ตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ	2.85	1.14	3.04	1.02	3.64	1.11	3.40	1.11	9.18	.00*	-
3.รับประทานผักและผลไม้สด	4.13	.85	4.08	.86	3.82	.96	4.03	.68	2.32	.08	-
4.ลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน	3.13	1.02	3.33	1.09	2.84	1.14	3.40	.96	5.45	.00*	-
5.ดูปริมาณเกลือในอาหาร	2.68	1.14	2.71	1.22	2.17	1.02	2.50	1.29	4.68	.00*	-
6.ออกกำลังกายเป็นประจำ	2.58	.90	2.76	1.00	3.04	1.25	3.09	1.01	3.74	.01*	-
7.ดูปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน	2.98	1.21	2.90	1.04	2.94	1.20	3.08	1.21	0.51	.68	-
8.ใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป	3.05	1.11	3.15	1.08	2.94	1.19	3.06	.94	0.87	.46	-
9.ใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป	3.25	1.01	3.11	1.10	3.11	1.12	3.03	.91	0.40	.76	-
10.งดการรับประทานขนมขบเคี้ยว	3.05	1.24	2.97	1.15	2.73	1.03	2.99	.86	1.34	.26	-
11.หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่วัตถุกันเสีย	3.28	1.18	3.29	1.13	3.16	1.01	3.29	1.05	0.33	.80	-
12.นอนและพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.80	.97	3.60	.92	3.61	.98	3.51	.86	0.85	.47	-

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.41 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้ (ต่อ)

ตัวแปร	10,000 หรือต่ำกว่า		10,001- 30,000		30,001- 50,000		50,001 บาทขึ้นไป		F	p	Post Hoc Analysi s
	(1)		(2)		(3)		(4)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
13.ลดความเครียดและ ความกังวล	3.53	.82	3.6	.85	3.5	.83	3.4	.73	0.5	.64	-
			2		9		9		6		
14.รักษาสมดุลระหว่าง การทำงานและการ พักผ่อน	3.53	.82	3.4	.94	3.4	.93	3.3	1.0	0.4	.70	-
			1		5		2	3	8		
15.ใส่ใจในเรื่องปริมาณ การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	4.00	1.1	3.6	1.2	3.6	1.2	3.7	1.0	1.3	.27	-
			1	2	4	0	8	2	7	0	
16.ความพยายาม หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	4.60	1.0	4.2	1.3	4.2	1.2	4.5	.95	1.9	.12	-
			1	8	0	2	5	6	7		
<b>พฤติกรรมเพื่อ สุขภาพโดยรวม</b>	<b>3.37</b>	<b>.56</b>	<b>3.3</b>	<b>.57</b>	<b>3.2</b>	<b>.62</b>	<b>3.3</b>	<b>.55</b>	<b>0.4</b>	<b>.71</b>	<b>-</b>
			<b>4</b>		<b>8</b>		<b>6</b>	<b>.55</b>	<b>6</b>		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการสื่อสารเชิงสุขภาพของผู้บริโภค” มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค
3. เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อทั่วไปและสื่อเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค
4. เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้บริโภคต่อรูปแบบของสารเพื่อสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research method) แบบวัดครั้งเดียว (Single cross-sectional design) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) กับกลุ่มผู้บริโภคเพศชายและหญิง อายุ 20-54 ปี อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอำนาจตัดสินใจในการเลือกซื้อสินค้าด้วยตนเอง เป็นช่วงอายุที่มีการเปิดรับสื่อสูง ส่วนการเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 433 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่ออธิบายเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการเปิดรับสารสุขภาพ และทัศนคติต่อรูปแบบสารและสื่อเพื่อสุขภาพ

นอกจากนี้ ยังใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ, ใช้ค่า T-test และ ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

จากการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลทั้งหมด สามารถสรุป อภิปราย และนำเสนอ ข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับการศึกษาเรื่อง “ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการสื่อสารเชิงสุขภาพของผู้บริโภค” ได้ดังนี้

### สรุปผลการวิจัย

- ส่วนที่ 1: ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2: ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค
- ส่วนที่ 3: การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ไป การได้รับและการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้บริโภค
- ส่วนที่ 4:ทัศนคติของผู้บริโภคต่อสื่อและรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้บริโภค
- ส่วนที่ 5: ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก กับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค
- ส่วนที่ 6: ความแตกต่างระหว่างความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากร

### ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 433 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 172 คน (39.7%) และเพศหญิงจำนวน 261 คน (60.3%) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด จำนวน 146 คน (33.7%) รองลงมาคือ อายุ 20-29 ปี จำนวน 125 คน (28.9%) อายุ 40-49 ปี จำนวน 109 คน (25.2%) และอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 53 คน (12.2%) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 269 คน (62.1%) ในด้านระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 274 คน (63.3%) และมีอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชนมากที่สุด จำนวน 243 คน (56.1%) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับรายได้อยู่ในช่วง 10,001 -30,000 บาท จำนวน 221 (51%)



## ส่วนที่ 2 ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 433 คน ประเมินตนเองว่ามีความรู้เรื่องสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.46 และประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนมีความรู้มากที่สุด คือประเด็น ความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีค่าเฉลี่ย 3.90 รองลงมาคือ มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย 3.62 มีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ย 3.42 มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีค่าเฉลี่ย 3.22 และมีความคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย 3.15 ตามลำดับ

ส่วนแรงจูงใจในการป้องกันและการรักษาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 433 คน มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.16 โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ แรงจูงใจที่จะพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.03 รองลงมาคือแรงจูงใจที่จะใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.00 และแรงจูงใจที่จะพยายามป้องกันปัญหาเรื่องสุขภาพ ก่อนที่จะรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ มีค่าเฉลี่ย 3.84 ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการป้องกันและการรักษาสุขภาพต่ำที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ แรงจูงใจที่จะกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น 3.01 แรงจูงใจที่จะกังวลเรื่องสุขภาพก่อนจะมีปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ตัว มีค่าเฉลี่ย 3.07 และแรงจูงใจที่จะกังวลต่อสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ย 3.23 ตามลำดับ

ในขณะที่ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 433 คน มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.78 โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากที่สุด คือ ความใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม มีค่าเฉลี่ย 4.03 รองลงมาได้แก่ ความสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.94 ความใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศ มีค่าเฉลี่ย 3.88 ความใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.80 ความกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน มีค่าเฉลี่ย 3.70 การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูด มีค่าเฉลี่ย 3.67 และการอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าที่เคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว มีค่าเฉลี่ย 3.43 ตามลำดับ

นอกจากนี้ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 433 คน มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.34 โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำสูงที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ความพยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 4.35 รองลงมาได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้สด 4.02 ความใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3.67 นอนและพักผ่อนอย่างเพียงพอ 3.61 และลดความเครียดและความกังวล 3.58 ตามลำดับ ในขณะที่พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ

น้อยที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ การดูปริมาณเกลือในอาหาร 2.55 การออกกำลังกายเป็นประจำ 2.87 การงดรับประทานขนมขบเคี้ยว 2.93 การดูปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน 2.94 และความใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป 3.08 ตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ไป การได้รับและการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้บริโภค

จากผลการศึกษาเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยสูงถึง 4.62 รองลงมา ได้แก่ อินเทอร์เน็ต 4.16 หนังสือพิมพ์ 3.85 วารสาร, นิตยสาร 3.05 และเอกสาร, แผ่นพับ 2.69 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.71 รองลงมา ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว 3.09 หนังสือพิมพ์ 3.03 วิทยู 2.89 และ E-health 2.85 ตามลำดับ

ส่วนการค้นหาข้อมูลเพื่อสุขภาพนั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้นี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลเพื่อสุขภาพ จำนวน 427 คน (98.6%) โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย จำนวน 275 คน (63.5%) และกลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย 152 คน (35.1%) และมีผู้ที่ไม่ค้นหาข้อมูลเลยแม้เวลาป่วย เพียง 6 ราย (1.4%) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต (E-health) มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.44 รองลงมา ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว 3.21 และทางโทรทัศน์ 3.06

นอกจากนี้ จากผลการวิจัยพบว่า เพศที่แตกต่างกัน จะมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยค่าสถิติทดสอบ Chi-Square เท่ากับ 13.85 โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจะมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ด้วยค่าสถิติทดสอบ Chi-Square เท่ากับ 18.03 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า จะค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากกว่า

ส่วนความบ่อยในการค้นหาข้อมูลเพื่อสุขภาพทางสื่อต่างๆ นั้น จากผลการศึกษาในครั้งนี้นี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 2.71 โดยมีการค้นหาทางอินเทอร์เน็ต (E-health) มากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.44 รองลงมา ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 3.21 โทรทัศน์ มีค่าเฉลี่ย 3.06 ครู, อาจารย์, เพื่อน มีค่าเฉลี่ย 2.95 วารสาร, นิตยสาร มีค่าเฉลี่ย 2.86 และหนังสือพิมพ์ มีค่าเฉลี่ย 2.78 ตามลำดับ

#### **ส่วนที่ 4 ทักษะคติของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อและรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับทักษะคติของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โทรทัศน์ เป็นสื่อที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.48 รองลงมาได้แก่ การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต (E-health) มีค่าเฉลี่ย 4.20 ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.98 วารสาร, นิตยสาร มีค่าเฉลี่ย 3.93 และหนังสือพิมพ์ มีค่าเฉลี่ย 3.86 ตามลำดับ

ส่วนทักษะคติของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า รูปแบบสารทุกรูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยสารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.22 รองลงมาได้แก่ สารที่ให้สาระและความบันเทิง มีค่าเฉลี่ย 4.17 สารที่ให้เนื้อหาสาระเท่านั้น มีค่าเฉลี่ย 4.09 และสารที่ทำให้รู้สึกกลัว มีค่าเฉลี่ย 3.85 ตามลำดับ

#### **ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก กับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.30, 0.28 และ 0.39 ตามลำดับ กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพมาก ก็จะมีแรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมาก หรือหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพน้อย ก็จะมีแรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพน้อยเช่นกัน

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพนั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.40 และ 0.43 ตามลำดับ กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมาก ก็จะมีความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมาก หรือหากกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพน้อย ก็จะมีความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพน้อยเช่นกัน

นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความตระหนักในเรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.49 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมาก ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมาก หรือหากกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพน้อยก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพน้อยเช่นกัน

## **ส่วนที่ 6 ความแตกต่างระหว่างความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากร**

### **ความแตกต่างของความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้**

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องสุขภาพโดยจำแนกตามเพศเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ Independent Sample T-Test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงคิดว่าตนมีความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 3.53 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย (3.37) ส่วนประเด็นต่างๆ ที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงคิดว่าตนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นๆ มากกว่าเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.53 และ 3.26 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงคิดว่าตนมีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อาการหวัด และเชื้อไวรัส มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.98 และ 3.77 และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงคิดว่าตนมีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวงแห้ง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.75 และ 3.43

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องความรู้เรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามอายุ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เรื่องสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเกือบทุกประเด็น โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อาการหวัดและเชื้อไวรัส มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวงแห้ง มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่และโรคหัด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี และกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป ตามลำดับ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี คิดว่าตนมีความคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพ ที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำความรู้เรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามรายได้ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งในประเด็นส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงกว่าคิดว่าตนมีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่าเกือบทุกประเด็น กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป คิดว่าตนมีความรู้เรื่องสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท และ 30,001-50,000 บาท ด้วยค่าเฉลี่ย 3.95, 3.81 และ 3.76 ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป คิดว่าตนมีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ มีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัดใหญ่และโรคหัด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,000 บาทหรือต่ำกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท

ยกเว้นเพียงหนึ่งประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ได้น้อยกว่าคิดว่าตนมีความรู้มากกว่า กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท คิดว่าตนมีความคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อยและที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวง่ายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท

### **ความแตกต่างของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ อายุ และรายได้**

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยจำแนกตามเพศเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ Independent Sample T-Test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.62 และ 3.26 โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความพยายามป้องกันปัญหาเรื่องสุขภาพก่อนที่จะรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ มีความใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น มีความพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีความกังวลเรื่องสุขภาพก่อนมีปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ตัว มีความกังวลต่อสิ่ง

ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากมายในปัจจุบัน มีความกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น มีความระมัดระวังต่อสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพก่อนรู้สึกว่ามีปัญหา มีการใช้ชีวิตอย่างระมัดระวังเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีความคิดว่าสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดขึ้นกับตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องแรงจูงใจเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามอายุ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมากที่สุด (3.17) รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี ด้วยค่าเฉลี่ย 3.16 เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ย 3.12 ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่าส่วนประเด็นอื่นๆ ที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยเรื่องความใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี และอายุ 40-49 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีความพยายามป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี และกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี มีความกังวลเรื่องสุขภาพก่อนจะมีปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ตัวมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี และกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป ตามลำดับ

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องแรงจูงใจเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามรายได้ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยในบางประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่าจะมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพที่มากกว่า กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,000 บาทหรือต่ำกว่า มีความใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น มีความพยายามป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีความกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป ตามลำดับ

## ความแตกต่างของความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามเพศ อายุ และรายได้

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยจำแนกตามเพศเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ Independent Sample T-Test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ด้วยค่าเฉลี่ย 3.83 และ 3.70 ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน และมีความใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย

เมื่อนำผลการศึกษาในเรื่องความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามอายุ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในเกือบทุกประเด็น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากกว่า กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพโดยรวมสูงที่สุด 3.95 รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี (3.78) กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี (3.77) และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี (3.70) ตามลำดับ และเมื่อดูในรายละเอียดแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม มีความตระหนักในการอ่านบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีความสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความใส่ใจสุขภาพของตนเองเสมอ และมีความใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ปี และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี

นอกจากนี้ ได้นำผลการศึกษาในเรื่องความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามรายได้ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยในบางประเด็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่าจะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่มากกว่า ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,000 บาทหรือต่ำกว่า มีความกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน มีความใส่ใจสุขภาพของตนเอง และใส่ใจเรื่องมลพิษทางอากาศมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท

ในขณะที่มีเพียงหนึ่งประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่ามีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากกว่า กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท ด้วยค่าเฉลี่ย 3.91 และ 3.60 ตามลำดับ

## ความแตกต่างของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ อายุ และรายได้

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยจำแนกตามเพศเพื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติแบบ Independent Sample T-Test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในบางประเด็น โดยที่พฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีค่าเฉลี่ย 3.43 ในขณะที่พฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีค่าเฉลี่ย 3.19 และเมื่อดูในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงรับประทานผักและผลไม้สด ลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน ดูปริมาณเกลือในอาหาร ใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป ใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป ใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเพียงประเด็นเดียว

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามอายุ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่มากกว่า กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวม 3.47 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20-29 ปี และกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพื่อสุขภาพโดยรวม 3.28 เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-49 ปี ลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 30-39 ปี และกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-29 ด้วยค่าเฉลี่ย 3.45 (3.18) (3.06) ตามลำดับ

เมื่อนำผลการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามรายได้ มาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแบบ One-way ANOVA ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในบางประเด็น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป และรับประทานผักและผลไม้สดบ่อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท



กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท ตรวจสอบสุขภาพฟันเป็นประจำ และดูปริมาณเกลือในอาหารมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,000 บาทหรือต่ำกว่า

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 50,001 บาทขึ้นไป มีการออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาท และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,000 บาทหรือต่ำกว่า

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลสรุปดังกล่าวสามารถอภิปรายผลการวิจัยโดยแบ่งการอภิปรายออกเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1: ความสัมพันธ์ของความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค
- ส่วนที่ 2: ความแตกต่างระหว่างความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากร
- ส่วนที่ 3: การค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้บริโภค
- ส่วนที่ 4: ทักษะการติดต่อสื่อสารและรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้บริโภค

#### ส่วนที่ 1 ความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ และความตระหนักในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ และความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความและตอบคำถามว่าเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากน้อยเพียงใด โดยเป็นการประเมินความรู้ แรงจูงใจ และความตระหนักในเรื่องสุขภาพของตนเอง ซึ่งถือเป็นตัวแปรอิสระของการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความบ่อยครั้งของการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และได้นำผลการวิจัยมาทดสอบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีความสัมพันธ์ร่วมกันหรือไม่ และมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามหรือไม่ โดยมีรายละเอียดในการอภิปรายผลดังต่อไปนี้

## ความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องสุขภาพกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพในครั้งนี้ พบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับแรงจูงใจเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพมากก็จะมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมากด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Moon, Balasubramanian และ Rimal (2005) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องประโยชน์ของถั่วเหลือง จะมีแรงจูงใจในการบริโภคถั่วเหลืองตามมา

ผลการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพในครั้งนี้ พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพมากก็จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Bergman (2004) ที่พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy lifestyle information) ซึ่งจะส่งผลให้ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) มากกว่า

ผลการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพครั้งนี้ พบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพมากก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับที่ Jayanti และ Burns (1998) ได้อธิบายไว้ว่าความรู้เรื่องสุขภาพคือ คลังความรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เรื่องสุขภาพนั้น มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้เรื่องสุขภาพ ก็จะไม่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จึงไม่สามารถพัฒนาสุขภาพของพวกเขาให้ดีขึ้นได้ (Clay และ Bassett, 1999) ทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gordon (2002) และ Kenkel (1991) ที่พบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพนั้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากขึ้น ทั้งยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราที่ลดลง แต่มีพฤติกรรมออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้น และยังส่งผลต่อการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (Kraft และ Goodell, 1993) ลดการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเกิดมาจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ลดน้อยลง (Balasubramanian & Cole, 2002)

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chern, Loehman และ Yen (1995, as cited in Moon et al., 2005) และ Balasubramanian & Rimal (2005) ที่พบว่า เมื่อ

กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแล้ว จะเลือกรับประทานอาหารที่ใช้น้ำมันพืชในการผลิตมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็รับประทานอาหารที่ผลิตด้วยน้ำมันหมู และเนยลดลง

ทั้งนี้ McGinnis, 1984, as cited in Taylor, 1995) ได้กล่าวไว้ว่ากลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อที่จะโน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือข้อบังคับเกี่ยวกับการจราจรต่างๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุอันก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ คือ การให้การศึกษารื่องสุขภาพ (Health Education) ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความรู้เรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับที่ Champion, 1990; Shepperd, Solomon, Atkins, Foster, & Frankowski (1990, as cited in Taylor, 1995) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงตรวจเต้านม นั้น คือการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ และวิธีการที่ถูกต้องในการตรวจ เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งได้ตั้งแต่เริ่มแรก

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของนอกจากนี้ Tu และ Cohen (2008) ที่ได้รายงานไว้ใน Tracking report No.20 ว่าการหาข้อมูลเรื่องสุขภาพ ทำให้ผู้บริโภคมีความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้บริโภคมีความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

### **ความสัมพันธ์ของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง**

ผลการศึกษารื่องความสัมพันธ์ของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพในครั้งนี้พบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความตระหนักในเรื่องสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Moorman และ Matulich (1993) ที่ได้นิยามความหมายของคำว่า “แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ” ไว้ว่า เป็นการกระตุ้นความรู้สึกรู้สึกผู้บริโภค เพื่อให้มีความตระหนักและพฤติกรรมปกป้องกันเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับที่ ผ่องศรี ศรีมรกต (2550) ได้อธิบายถึงเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ไว้ว่าต้องตระหนักถึงข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ก่อน โดยต้องเน้นที่การสร้างแรงจูงใจด้วยการแสดงให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับ (Reward) แจ้งประโยชน์ที่ได้รับในด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้รสของลิ้น ประหยัดเงิน และจะเกิดความภูมิใจในตนเอง และใช้วิธีเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำแล้วซ้ำเล่า (Repetition) โดยเฉพาะผู้ที่กลัวความล้มเหลว ต้องสอบถามความรู้สึกนึกคิด ว่าผู้สูบบุหรี่กลัวอะไร ต้องการอะไร เขาอาจมีความคิดส่วนตัวแอบแฝงอยู่ ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรุกร้าเข้าไป คนรอบข้างจึงจำเป็นต้องช่วยกันเปลี่ยนความคิดและสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ เพื่อให้พวกเขาให้เห็นประโยชน์ และเมื่อพวกเขาเชื่อ ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจ และความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่ว่าจะประสบผลสำเร็จอย่างแน่นอน

## ความสัมพันธ์ของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของแรงจูงใจเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้พบว่า แรงจูงใจเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมาก ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับที่ Finnegan และ Viswanath (2008) ได้อธิบายว่า “แรงจูงใจ” (Motivation) คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคล เพื่อที่จะเข้าร่วมหรือปฏิบัติตามข้อมูล (Information) หรือความรู้ (Knowledge) ที่ผู้บริโภคมี และ Chen (2009) ที่อธิบายไว้ว่าแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และ Dishman (1982, as cited in Taylor, 1995) ที่กล่าวไว้ว่าแรงจูงใจเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้คนหันมาสนใจการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพต่างๆ หรือมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyles) (Carter, 1990, as cited in Tucker, Butler, Loyuk, Desmond and Surrency, 2009) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Moorman และ Matulich (1993) ที่พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพสูง ก็จะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ (Health maintenance behaviors) และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น เช่น การตรวจสุขภาพ ลดความตึงเครียด การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพิ่มเติม มีความระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ และเข้มงวดในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Moorman และ Matulich (1993) ที่พบว่า เมื่อผู้บริโภคมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพสูง ก็จะมีการบริโภคสื่อ มีพฤติกรรมการหาข้อมูลเรื่องสุขภาพ (Health information acquisition behaviors) มีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ (Health maintenance behaviors) และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น และงานวิจัยของ Moon และคณะ (2005) ที่พบว่า ผู้ที่มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการบริโภคถั่วเหลือง และต่อปริมาณการบริโภคที่เพิ่มสูงขึ้น

ทั้งนี้ ยังสอดคล้องกับที่ Schiffman และ Kanuk (2007) ได้ให้นิยามคำว่า “แรงจูงใจ” (Motivation) ไว้ว่า เป็นแรงขับของบุคคล เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เพื่อให้ได้รับวัตถุ หรือเพื่อให้เกิดสภาวะใดสภาวะหนึ่ง โดยสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจนั้น ได้แก่ สิ่งเร้าทางกายภาพ (Physiological) สิ่งเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) สิ่งเร้าจากการเรียนรู้ (Cognitive arousal) และสิ่งเร้าทางสิ่งแวดล้อม (Environmental arousal)

## ความสัมพันธ์ของความตระหนักในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของความตระหนักในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้พบว่า ความตระหนักในเรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมาก ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับที่ Jayanti และ Burns (1998) ได้อธิบายความหมายของความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health Consciousness) ไว้ว่า คือระดับความกังวล หรือความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของผู้บริโภค ซึ่งผู้บริโภคที่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพนั้น มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive healthcare behavior) มากกว่าผู้ที่ไม่มีความตระหนัก และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Bergman (2004) ที่พบว่าเมื่อผู้บริโภคมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพสูง จะส่งผลถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงมากกว่า และงานวิจัยของ Moon และคณะ (2005) ที่พบว่า ยิ่งผู้บริโภคมีความตระหนักถึงความสำคัญของอาหารเพื่อสุขภาพมากเพียงใด ก็ยังมีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลืองมากขึ้น

ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen (2009) ที่พบว่าความตระหนักในเรื่องสุขภาพ (Health consciousness) ส่งผลต่อรูปแบบการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyle) เช่น การบริโภคอาหารที่เป็นธรรมชาติ (Natural food) การดูแลสุขภาพ (Health care) และการสร้างสมดุลในชีวิต (Life equilibrium) (Gil, Gracia & Sanchez, 2000, as cited in Chen, 2009) และงานวิจัยของ Champion (1990; Shepperd, Solomon, Atkins, Foster, & Frankowski, 1990 as cited in Taylor, 1995) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความกังวลหรือความตระหนักในเรื่องสุขภาพสูง และยังสอดคล้องกับที่ Hoyer & Macinnis (2001) และ Blackwell และคณะ (2006) ได้อธิบายไว้ว่า ผู้บริโภคจะทำการแสวงหาข้อมูลในเรื่องที่ตนสนใจเป็นพิเศษ เช่น ผู้บริโภคตระหนักและสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มักจะค้นหาวิธีการหรืออาหารที่จะช่วยดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากการค้นหาข้อมูลในรูปแบบนี้จะเป็นการเพิ่มความรู้ความสามารถให้แก่ผู้บริโภคอีกด้วย

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Landstrom, Hursti, Becker และ Magnusson (2007) ที่พบว่า ผู้บริโภคที่มีความสนใจและตระหนักในเรื่องสุขภาพ จะมีการซื้อหรือบริโภคอาหารสร้างสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่า เช่น ผลิตภัณฑ์จากนม (Milk-products) ขนมปังที่อุดมไปด้วยใยอาหาร (Fibre-rich bread) และอาหารที่มีจุลินทรีย์ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (Probiotic

products) เช่น นมเปรี้ยว โยเกิร์ต ทั้งยังบริโภคหรือซื้ออาหารที่ไม่ทำลายสุขภาพ อย่างผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณคอเลสเตอรอลต่ำ (Cholesterol-lowering products)

## 2. ความรู้เรื่องสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า เพศที่ต่างกันมีผลต่อความแตกต่างในทุกประเด็น ได้แก่ ความรู้เรื่อง แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุที่ต่างกันมีผลต่อความแตกต่างใน 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ในขณะที่ รายได้ที่ต่างกันมีผลต่อความรู้เรื่องสุขภาพเพียงประเด็นเดียว

### ความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามลักษณะประชากร

ผลการศึกษาเรื่องความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากรในครั้งนี้ พบว่า ลักษณะทางประชากรทางด้านเพศ อายุ และรายได้ที่ต่างกัน มีผลต่อความรู้เรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ด้าน รายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษาเรื่องความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามเพศในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงมักจะเป็นผู้ที่ห่วงใยใส่สุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ดังนั้นจึงมักจะมีพฤติกรรมการใส่ใจใคร่รู้ในข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่าด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษาเรื่องความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามอายุในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับที่ Gordon (2002) ได้อธิบายไว้ว่า อายุมีผลต่อความรู้เรื่องสุขภาพ กล่าวคือ ผู้บริโภคที่มีอายุมากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่าผู้บริโภคน้อยกว่า

ผลการศึกษาเรื่องความรู้เรื่องสุขภาพ จำแนกตามรายได้ในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้เรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ma, Shive, Toubbeh, Tan และ Wu (2008) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าจะมีความรู้เรื่องประโยชน์ของการวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

## แรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะประชากร

ผลการศึกษาเรื่องแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากรในครั้งนี้ พบว่ามีลักษณะทางประชากรทางด้านเพศ เพียงด้านเดียวที่มีผลต่อแรงจูงใจเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษาเรื่องแรงจูงใจเพื่อสุขภาพจำแนกตามเพศในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันจะมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย เนื่องจากผู้บริโภคเพศหญิงมักจะมีความรักตัวเองและเป็นห่วงตัวเองมากกว่าเพศชาย ทั้งยังมีความรักสวยรักงาม ซึ่งส่งผลให้แรงจูงใจที่จะออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพดี บุคลิกภาพดี รูปร่างและผิวพรรณดีตามมาด้วย (Beauty Talk, 2009)

ผลการศึกษาเรื่องแรงจูงใจเพื่อสุขภาพจำแนกตามอายุและรายได้ในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและรายได้ที่ต่างกัน จะมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพมีอย่างแพร่หลายและกระจายทั่วไปในทุกๆ สื่อ และหน่วยงานที่รณรงค์ให้คนในสังคมหันมาใส่ใจสุขภาพของทั้งตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งผลิตภัณฑ์และบริการที่ต่างผลิตภัณฑ์ออกมากระตุ้นให้ผู้บริโภคในทุกๆ กลุ่มมีแรงจูงใจที่จะหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพ ผู้บริโภคที่มีอายุและรายได้น้อยจึงไม่รู้สึกรู้ว่าตนไม่มีทางเลือกจนอาจเกิดการเพิกเฉย และไม่มีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ดังนั้น ผู้บริโภคในทุกกลุ่มอายุ และผู้บริโภคที่มีรายได้ทุกระดับจึงมีแรงจูงใจเพื่อสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ต่างมีทางเลือกในการอุปโภคบริโภคสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อตอบสนองแรงจูงใจเพื่อสุขภาพของตนเองได้เช่นกัน

## ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามลักษณะประชากร

ผลการศึกษาเรื่องความตระหนักในเรื่องสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากรในครั้งนี้ พบว่ามีลักษณะทางประชากรทางด้านเพศ และอายุที่มีผลต่อความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ยกเว้นลักษณะทางประชากรด้านรายได้ที่ไม่มีผลต่อความตระหนักในเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันจะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ

Champion (1990; Shepperd, Solomon, Atkins, Foster, & Frankowski, 1990 as cited in Taylor, 1995) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นมีความกังวลหรือความตระหนักในเรื่องสุขภาพสูง ซึ่งนำมาสู่พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามมา นอกจากนี้ เห็นได้จากที่ผู้ผลิตอุปกรณ์เครื่องครัวต่างๆ หันมาให้ความสำคัญกับผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพ เช่น กระทะสแตนเลสแบบ Non Stick ที่ไม่ทำให้อาหารติดกระทะ ทั้งยังสามารถใช้น้ำมันในปริมาณที่น้อยลงในการประกอบอาหาร ที่ผลิตออกมาเพื่อตอบสนองผู้บริโภคเพศหญิงที่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพอย่างมาก (Brandage, 2551)

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่าจะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ridder, Heuvelmans, Tommy, Seidell และ Renders (2009) ที่พบว่า กลุ่มวัยรุ่นนั้นไม่มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เนื่องจากลักษณะนิสัยของวัยรุ่นมักจะชอบรับประทานอะไรที่ง่าย ๆ และถูกปาก โดยไม่ตระหนักถึงเรื่องสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม พ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกว่าและเป็นผู้ที่คอยเตรียมอาหารสำหรับครอบครัวจะตระหนักถึงเรื่องสุขภาพ และให้ความสำคัญต่ออาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นหลัก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mediamark Research Inc. (2006) ที่พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุเพิ่มมากขึ้น ก็จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกันมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสังคมไทย โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่ง เพราะคนไทยมีปัจจัยเสี่ยงสูงมากไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหาร คอเลสเตอรอล ความดัน จึงทำให้ผู้บริโภคที่มีรายได้ต่างกัน มีความตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรคหัวใจ และหันมาดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน (brandage, 2544) นอกจากนี้ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพมีอย่างแพร่หลายและกระจายทั่วไปในทุกๆ สื่อ และหน่วยงานที่รณรงค์ให้คนในสังคมหันมาใส่ใจสุขภาพของทั้งตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งผลิตภัณฑ์และบริการที่ต่างผลิตกันออกมาตอบสนองผู้บริโภคในทุกๆ กลุ่ม ผู้บริโภคที่มีรายได้น้อยจึงไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองไม่มีทางเลือกจนอาจเกิดการเพิกเฉยต่อความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ดังนั้น ผู้บริโภคที่มีรายได้ในทุกๆระดับจึงมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ผู้บริโภคที่มีรายได้น้อยก็มีทางเลือกในการอุปโภคบริโภคสินค้าและบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อตอบสนองความตระหนักในเรื่องสุขภาพของตนเองได้เช่นกัน



## พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะประชากร

ผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จำแนกตามลักษณะทางประชากรในครั้งนี้นี้ พบว่ามีลักษณะทางประชากรทางด้านเพศ และอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ยกเว้นลักษณะทางประชากรด้านรายได้ที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพจำแนกตามเพศในครั้งนี้นี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับที่ Nathanson (1977, as cited in Goshman, 1997) ได้กล่าวถึงเรื่องความแตกต่างเรื่องเพศไว้ว่า มีผลต่อความแตกต่างด้านพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยที่ผู้บริโภคเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Health care behaviors) มากกว่าผู้บริโภคเพศชาย และสอดคล้องกับที่ Gordon (2002, as cited in Jayanti และ Burns, 1998) และ Ma, Shive, Toubbeh, Tan และ Wu (2008) ได้อธิบายไว้ว่า ผู้บริโภคเพศหญิงมักจะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้บริโภคเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ma, Shive, Toubbeh, Tan และ Wu (2008) ที่พบว่า ผู้บริโภคเพศหญิงมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี มากกว่าผู้บริโภคเพศชาย และงานวิจัยของ Landstrom, Hursti, Becker และ Magnusson (2007) ที่พบว่า ผู้บริโภคเพศหญิงบริโภคและซื้ออาหารสร้างสุขภาพมากกว่าผู้บริโภคเพศชาย โดยมักจะบริโภคหรือซื้อผลไม้ (Fruit-drinks) ผลิตภัณฑ์จากนม (Milk-products) และขนมปังที่อุดมไปด้วยใยอาหาร (Fibre-rich bread) โดยเฉพาะ กลุ่มผู้หญิงวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้บริโภคที่มีอำนาจในการซื้อสูง และมีการตัดสินใจซื้อที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ได้ง่ายกว่าผู้ชาย (Marketeer, 2552) และเมื่อผู้บริโภคเพศหญิงซื้อสินค้าหรือใช้บริการสถานที่ใด ก็มักจะบอกต่อกัน (Words of Mouths) โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพและเรื่องความสวยความงาม เช่น การรับประทานสาหร่ายเพราะมีประโยชน์ ที่บอกต่อกันไม่เว้นแม้แต่ผู้บริโภคเพศชายจนถึงซื้อมาบริโภคตาม (Brandage, 2547) นอกจากนี้ ผลิตภัณฑ์และบริการอื่นๆ ที่สร้างสรรค์กันออกมาเพื่อตอบสนองไลฟ์สไตล์ของผู้หญิง เช่น AIS ใช้กลยุทธ์เจาะกลุ่มผู้บริโภคเพศหญิง ซึ่งเรียกว่า Lady Package ที่มีบริการเสริมฟรีต่างๆ รวมทั้งมีการจัดโปรโมชั่นร่วมกับสถานบริการสุขภาพอีกด้วย (Brandage, 2544)

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Belloc และ Breslow (1972, as cited in Taylor, 1995) ที่พบว่า ผู้บริโภคเพศหญิงมีลักษณะนิสัยเพื่อสุขภาพ (Health habits) ที่สำคัญครบ 7 ประการได้แก่ 1) การนอนหลับวันละ 7-8 ชม. 2) การไม่สูบบุหรี่ 3) การรับประทานอาหารเช้าทุกวัน 4) การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิน 2 แก้วต่อวัน 5) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 6) การไม่

รับประทานอาหารระหว่างมื้อ และ 7) การไม่มีน้ำหนักเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตามมาตรฐาน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายปฏิบัติได้เพียง 3 ประการ

ผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพจำแนกตามอายุในครั้งนี้นับว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่มากกว่า ทั้งเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับที่ Gordon (2002) และ Plonczynski (2003) ได้กล่าวไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ที่มากกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้ง่ายกว่าตามที่ Taylor (1995) ได้อธิบายไว้ว่า กลุ่มเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม นั้น คือผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ก็มักจะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination: BSE) หรือ การเอกซเรย์เต้านม (Mammography) เป็นประจำ ทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ridder, Heuvelmans, Tommy, Seidell และ Renders (2009) ที่พบว่า กลุ่มวัยรุ่นนั้น ไม่มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในทางตรงกันข้าม พ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกว่าและเป็นผู้ที่คอยเตรียมอาหารสำหรับครอบครัวนั้น จะให้ความสำคัญต่ออาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mediamark Research Inc. (2006) ที่พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงที่สุดในการระมัดระวังในเรื่องปริมาณไขมัน น้ำตาล และเกลือในอาหาร

ผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพื่อสุขภาพจำแนกตามรายได้ครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยในอดีตที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่าจะมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่มากกว่า ทั้งยังพบผลการวิจัยของ Moon, Balasubramanian และ Rimal (2005) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่าจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผลิตจากถั่วเหลือง และปริมาณการบริโภคที่มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า และยังคงสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ma, Shive, Toubbeh, Tan และ Wu (2008) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง จะมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า ทั้งนี้ อาจเกิดจากรสนิยมหรือทัศนคติในการใช้ชีวิตที่แตกต่างกันไป และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพก็มีหลากหลายรูปแบบซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ ผู้บริโภคที่มีรายได้มากก็อาจไม่ได้ใช้จ่ายเงินในการมีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่มากตามไปด้วย ยกตัวอย่างเช่น คุณลิเดีย ศรีณย์รัชต์ วิสุทธิธาดา ซึ่งเธอเป็นผู้ที่ใส่ใจสุขภาพ และเลือกที่จะออกกำลังกายด้วยการวิ่งรอบหมู่บ้าน 15 นาที แทนที่จะไปใช้บริการในฟิตเนสซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า (Beauty talk, 2009)

### ส่วนที่ 3 การค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้บริโภค

ผลการศึกษาเรื่องการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพในครั้งนี้นี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า สื่อที่กลุ่มตัวอย่างใช้ค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุดคือ อินเทอร์เน็ต (Internet) สมาชิกในครอบครัว โทรศัพท์ ครู/อาจารย์/เพื่อน วารสาร/นิตยสาร และหนังสือพิมพ์ ซึ่งแม้ว่าจะไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยในอดีตโดยตรงที่พบว่า โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นสื่อที่กลุ่มตัวอย่างใช้ค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุด (Hofstetter, Schultz และ Mulvihill, 1992) แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้นี้พบว่า สื่อที่กลุ่มตัวอย่างใช้ค้นหามากที่สุด 5 อันดับแรก ก็ยังเป็นสื่อที่มีความใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่ก็คือสื่อมวลชนที่ได้รับการอ้างอิงว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด (Wade & Schramm, 1969, as cited in Hofstetter et al., 1992)

ทั้งนี้ อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่เพิ่งมาได้รับความนิยมในประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปิยะพงศ์ ป้องภัย, 2547) ซึ่งการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยที่สวนพฤติกรรมติดตามข่าวออนไลน์ และมีผลสำรวจที่ชี้ว่า ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเริ่มให้ความสำคัญกับการบริโภคข่าวผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตในฐานะเป็นสื่อทางเลือกใหม่เพิ่มสูงขึ้นถึง 88.5% ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดตามข่าวออนไลน์ควบคู่กับสื่อกระแสหลัก เช่น หนังสือพิมพ์รายวัน (เอกรัตน์ สาธุธรรม, 2553) รวมทั้งมีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในการหาข้อมูลเรื่องสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี 1999 เป็นต้นมา (Rimal & Adkins, 2003)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ค้นหาข้อมูลเพื่อสุขภาพจะมีความรู้เรื่องสุขภาพแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ค้นหา ซึ่งสอดคล้องกับที่ Porter และคณะ (2000); Paunio และคณะ (1991, as cited in Schiavo, 2007) McDivitt, Zimicki & Hornik (1997, as cited in Schiavo, 2007) Ramirez และคณะ (1999, as cited in Schiavo, 2007) และ Murray, Prokhorov & Harty (1994, as cited in Schiavo, 2007) ที่กล่าวไว้ว่าการรณรงค์ของสื่อมวลชน (Mass media campaigns) มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องการรักษาวัคซีน (Vaccination knowledge) การเพิ่มอัตราการป้องกันโรค (Immunization) การตรวจมะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer screening) และการตระหนักรู้ในเรื่องความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่

ทั้งนี้ ผลการวิจัยในครั้งนี้นี้ยังแสดงให้เห็นว่า ผู้บริโภคที่ค้นหาข้อมูลเพื่อสุขภาพมากที่สุดคือกลุ่มผู้บริโภคที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้บริโภคมียุ่มีอายุมาก ยิ่งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคสูง จึง

สอดคล้องกับที่ Wade & Schramm (1969, as cited in Hofstetter et al., 1992) ได้อธิบายไว้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวพันสูง ก็จะเป็นผู้หาข้อมูลเอง (Active) แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวพันต่ำก็จะมีลักษณะเป็นผู้รับข้อมูล (Passive) ทั้งนี้ Solomon (2007) ได้อธิบายไว้ว่า เมื่อผู้บริโภคเกิดการตระหนักถึงปัญหาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้ว ก็จะมีการแสวงหาข้อมูล การค้นหาข้อมูล (Information search) เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้บริโภคสำรวจสภาพแวดล้อมของตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการตัดสินใจ และการค้นหาข้อมูลภายนอกนั้นก็จะช่วยให้ผู้บริโภคตัดสินใจที่จะเกิดพฤติกรรมนั้นขึ้น (Schiffman & Kanook, 2007)

#### **4. ทักษะของผู้บริโภคต่อสื่อและรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้บริโภค**

ผลการศึกษาเรื่องทักษะของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบของสารเพื่อสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีเหมาะสมในการเผยแพร่ข้อมูลในครั้งนี้พบว่า สารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นรูปแบบสารที่มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับที่ Taylor (1995) ได้อธิบายไว้ว่า การให้ข้อมูลความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลของลักษณะนิสัยที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Effects of their health habits) ซึ่งอาจใช้การสื่อสารด้วยข้อความที่บอกผลดี หรือข้อความที่บอกผลเสียของการมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ทั้งนี้ ควรเลือกใช้รูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้แก่ รูปแบบของสารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ รองลงมา ได้แก่ รูปแบบสารที่ให้สาระและความบันเทิง ซึ่ง Hether, Huang, Beck, Murphy และ Valente (2008) ได้อธิบายเรื่องการศึกษาเชิงบันเทิง (Entertainment Education / Edutainment) ไว้ว่า เป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ในด้านสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ตั้งแต่ปีค.ศ. 1950 ซึ่งถือเป็นวิธีการที่เข้าถึงผู้บริโภคได้เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ ผลการวิจัยของ Hether และคณะ (2008) พบว่า เมื่อผู้บริโภคได้รับชมรายการบันเทิงแล้วจะทำให้มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมากขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมป้องกัน โดยการตรวจเช็คมะเร็งเต้านมด้วยวิธีต่างๆ มากยิ่งขึ้น ส่วนรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีเหมาะสมในการเผยแพร่ที่น้อยที่สุดคือ รูปแบบสารที่ทำให้รู้สึกกลัว ซึ่งสอดคล้องกับที่ Schiffman และ Kanuk (2004) ได้อธิบายไว้ว่า ความกลัว (Fear) คือแรงจูงใจทางด้านลบ (Negative Motivation) คือความพยายามหลีกเลี่ยงบางสิ่งบางอย่าง และสอดคล้องกับ Leventhal (1970) และ Self และ Rogers (1990, as cited in Taylor, 1995) ที่ได้อธิบายไว้ว่า ความกลัวเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะยาว

หรืออย่างถาวร แต่หากใช้วิธีการแนะนำการปฏิบัติตัว หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลต่อ การมีพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health behavior) จึงจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมเพื่อสุขภาพในระยะเวลายาวนานขึ้น

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดของงานวิจัยชิ้นนี้ คือ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยที่มีข้อคำถามจำนวนมาก เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จึงอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเบื่อหน่าย หรือเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างยังขาดการ กระจายตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างให้เท่าๆ กัน จึงอาจจะทำให้ผลที่ได้จากการเปรียบเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุที่ต่างกันเกิดความคลาดเคลื่อนได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

งานวิจัยที่จะศึกษาต่อไปในอนาคตจากงานวิจัยชิ้นนี้ สามารถทำได้ ดังนี้

1. งานวิจัยชิ้นนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ดังนั้นใน การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาผู้บริโภคในเขตชานเมืองหรือหัวเมืองใหญ่ในต่างจังหวัด เพื่อให้ ทราบถึงความแตกต่างของความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาจ นำมาเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร และกลุ่มผู้บริโภคในจังหวัด หรือในภาคต่างๆ ของประเทศได้

2. งานวิจัยชิ้นนี้ ศึกษาเฉพาะผู้บริโภคทั่วไป ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษา ผู้บริโภคที่ใส่ใจในสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างผู้บริโภคทั่วไปและ ผู้บริโภคที่ใส่ใจในสุขภาพ ซึ่งสามารถทำให้นักการตลาด นักสื่อสารเพื่อสุขภาพ นักวางแผนสื่อ ผู้ ประกอบธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน นำผลที่ได้ไปแนวทางการกำหนดนโยบาย วางแผนกลยุทธ์การสื่อสารการตลาด หรือแผนการรณรงค์ เพื่อสุขภาพได้เหมาะสมกับกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมาย

3. เนื่องจากในวิจัยชิ้นนี้เลือกใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยทำ การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงกว้าง ดังนั้น ในการวิจัยในอนาคตจึง ควรศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกประกอบ กับข้อมูลในเชิงกว้าง ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนกลยุทธ์การสื่อสารการตลาด หรือ แผนการรณรงค์เพื่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถตอบสนองความ

ต้องการของผู้บริโภคได้อย่างเหมาะสม หรืออาจจะทำการวิจัยเชิงสังเกตการณ์ (Observation Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย หรือการไปตรวจเช็คสุขภาพของผู้บริโภคในสถานการณ์จริง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคอย่างแท้จริง

4. งานวิจัยชิ้นนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะมุมมองของผู้บริโภคเท่านั้น ดังนั้น การวิจัยในอนาคตจึงควรศึกษามุมมองของนักสื่อสารเพื่อสุขภาพ นักวางแผนสื่อ ผู้ประกอบธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ในสื่อสารเพื่อสุขภาพ เพื่อเพิ่มการตอบสนองและกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดแรงจูงใจและความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) หรือทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview)

5. ควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลอง (Experiment Research) ที่มีการนำรูปแบบของสารเพื่อสุขภาพ 4 รูปแบบ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบว่ารูปแบบใดมีประสิทธิภาพในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

งานวิจัยนี้สามารถอธิบายข้อเสนอแนะสำหรับนักการตลาด ผู้ประกอบธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นักสื่อสารเพื่อสุขภาพ นักสื่อสารการตลาด นักวางแผนสื่อ และ รวมถึงหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การอาหารและยา และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วยมากที่สุด โดยที่ค้นหาทางอินเทอร์เน็ต (E-health) บ่อยที่สุด รองลงมา ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว โทรทัศน์ ครู/อาจารย์/เพื่อน วารสาร/นิตยสาร/หนังสือพิมพ์ ตามลำดับ ดังนั้น ควรเลือกใช้สื่อต่างๆ เหล่านี้ในการเผยแพร่ข้อมูล โดยการสร้างเว็บไซต์ที่เกี่ยวกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตให้แพร่หลายมากยิ่งขึ้น และควรทำการโปรโมทเว็บไซต์ให้ผู้บริโภคได้ทราบอย่างทั่วถึงด้วยว่ามีข้อมูลเรื่องอะไร และมีประโยชน์อย่างไร และควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นสื่อมวลชนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับและค้นหาข้อมูลมากที่สุดในอันดับต้นๆ มาโดยตลอด

2. จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบสารที่ผู้บริโภคคิดว่าจะมีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุด คือ รูปแบบสารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ (Informational appeals) โดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรจัดทำนโยบายการดูแลสุขภาพ เพื่อให้คนไทยในประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์

ต่อสุขภาพ (Informational appeals) ซึ่งถือเป็นศิลปะและกลวิธีเพื่อแจ้งให้ทราบ จูงใจ โน้มน้าว เสริมสร้าง และกระตุ้นให้ประชาชนและองค์กรเกิดความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรม เพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีขอบเขตครอบคลุมเรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อผู้บริโภคเอง เพื่อคนในครอบครัว และบุคคลในองค์กร ทั้งนี้ ควรหลีกเลี่ยงการใช้รูปแบบสารที่ใช้จุดจูงใจด้วยความกลัว (Fear Appeal) เนื่องจาก เป็นรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นรูปแบบทสารที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้

3. จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ดังนั้น ทั้งภาครัฐและเอกชนควรให้ความใส่ใจกับการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพให้กับผู้บริโภคเพศชายมากยิ่งขึ้น โดยอาจเป็นข้อมูลที่บอกถึงความเสี่ยงที่จะเกิดโรคร้ายไข้เจ็บทั่วไป เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และโรคร้ายไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับเพศชายโดยเฉพาะ เช่น โรคต่อมลูกหมากโต และโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้บริโภคเพศชายมีความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพตามมา

4. จากผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ การดูปริมาณเกลือในอาหาร การงดรับประทานขนมขบเคี้ยว การดูปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน และความใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป ซึ่งหากผู้บริโภคละเลยพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ อาจนำมาซึ่งโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคไต โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ดังนั้น หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงควรทำแผนรณรงค์ให้ผู้บริโภคเห็นถึงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเหล่านี้ ทั้งนี้การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นจะช่วยเพิ่มพูนความรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลถึงแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ ความตระหนักเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพตามมา

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กรุงเทพธุรกิจ.(2552). *ผลวิจัยชี้คนไทยใส่ใจสุขภาพมากขึ้น*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 13 เมษายน 2553, แหล่งที่มา <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/business/research/20090828/72828/ผลวิจัยชี้คนไทยใส่ใจสุขภาพมากขึ้น.html>.

เอกรัตน์ สาธุธรรม. (2553). *อินเทอร์เน็ตไทย ปักหมุดจุดไหนของอาเซียน*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 9 เมษายน 2553, แหล่งที่มา <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/it/20100116/95718/%E0%B8%AD%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%AD%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B9%87%E0%B8%95%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B8%E0%B8%94%E0%B8%88%E0%B8%B8%E0%B8%94%E0%B9%84%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%8B%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99.html>.

กรุงเทพธุรกิจ. (2551). *วิจัย อโคก ชู Differentiate ตีตลาดเมดิคัล เซ็นเตอร์*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 22 เมษายน 2553, แหล่งที่มา [http://www.bangkokbiznews.com/2008/11/04/news\\_308095.php](http://www.bangkokbiznews.com/2008/11/04/news_308095.php).

จริมา ทองสวัสดิ์. (2545). *ความต้องการข่าวสาร การเปิดรับ และการใช้ประโยชน์ข่าวสารด้านสุขภาพจากเว็บไซต์สุขภาพ ของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญภูมิกิจ. (2552). *การสื่อสารสุขภาพ: ประโยชน์และความจำเป็นของการศึกษาด้านนิเทศศาสตร์และการบริการด้านสุขภาพ*. นิเทศศาสตร์ปริทัศน์ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 มกราคม-มิถุนายน 2552.

เชียงใหม่นิวส์. (2552). *พันธปีเสื้อสินค้าเพื่อสุขภาพแข่งเดือด*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 12 ธันวาคม 2552, แหล่งที่มา <http://www.chiangmainews.co.th/viewnews.php?id=12467&lyo=1>.



- ปิยะพงษ์ ป็องภัย. (2547). *Truehits.net มาตรฐานวัดมูลค่าอินเทอร์เน็ตไทย*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 13 เมษายน 2553, แหล่งที่มา <http://truehits.net/resource/news/new16030622.php>.
- มาร์เก็ตเทียร์. (2552). *แอลจี : ยุคนี้อะไรๆ ก็ต้องสุขภาพ*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 18 พฤศจิกายน 2552, แหล่งที่มา [http://www.marketeer.co.th/result\\_mkmt\\_new.php?inside\\_id=7499&param=สุขภาพ](http://www.marketeer.co.th/result_mkmt_new.php?inside_id=7499&param=สุขภาพ).
- มาร์เก็ตเทียร์. (2552). *โนวาดีส ร่วมกับโรงพยาบาลชั้นนำ จัดมหกรรมตรวจสุขภาพ*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 18 พฤศจิกายน 2552, แหล่งที่มา [http://www.marketeer.co.th/marketeertoday/detail.php?marketeertoday\\_id=1299](http://www.marketeer.co.th/marketeertoday/detail.php?marketeertoday_id=1299)
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 25. (2544). *โลกในยุคทางด่วนสารสนเทศ (Information Superhighway)*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 20 ธันวาคม 2552, แหล่งที่มา [http://guru.sanook.com/search/%E0%B9%82%E0%B8%97%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A\\_\(telemedicine\)](http://guru.sanook.com/search/%E0%B9%82%E0%B8%97%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A_(telemedicine))
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *10 ลำดับการตายปี 2550*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 14 พฤศจิกายน 2552, แหล่งที่มา <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2551). *แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสื่อสารสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.*
- กรมการปกครอง. (2552). *ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับประชากร*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 13 มกราคม 2553, แหล่งที่มา [http://www.dopa.go.th/cgi-bin/people2\\_stat.exe?YEAR=52&LEVEL=1&PROVINCE=10%23%A1%C3](http://www.dopa.go.th/cgi-bin/people2_stat.exe?YEAR=52&LEVEL=1&PROVINCE=10%23%A1%C3).

## ภาษาอังกฤษ

- American Indian professional healthcare providers. *Education: Vocabulary*. (1968). Retrieved November 14, 2009, from <http://www.ihs.gov/nonmedicalprograms/chr/index.cfm?module=vocab>
- Assael H. (1995). *Consumer behavior and marketing action*. 5<sup>th</sup>. South-Western College Publishing: Ohio.

- Balasubramanian S. K. and Cole C. (2002). Consumers' search and use of nutrition information: The challenge and promise of the nutrition labeling and education act. *The Journal of Marketing*, 66(3), 112-127.
- Bass M. A. and Keathley R. (2008). Effectiveness of a social norms marketing campaign on a university campus. *American Journal of Health Studies*, 23(4), 173-178.
- Bhandari N. (n.d.). *Health communication and health marketing*. Retrieved December 20, 2009, from <http://www.scribd.com/doc/16698572/Health-marketing-communication>.
- Bartlam M. J. (1993). Healthy and light foods: Understanding the consumer. *British Food Journal*, 95(3), 3-11.
- Beauty Talk. (2009). มหาแรงจูงใจ เพื่อไปออกกำลังกายกันเถอะ. วันที่เข้าถึงข้อมูล 19 เมษายน 2553, แหล่งที่มา <http://www.health108.com/?p=20>.
- Bergman D. M. J. (2004). Health attitudes, health cognitions, and health behaviors among internet health information seekers: Population-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 6(2).
- Brandage. (2548). Scotch เพิ่ม Variety หยั่งลึกพฤติกรรมเฉพาะกลุ่ม. วันที่เข้าถึงข้อมูล 19 เมษายน 2553, แหล่งที่มา <http://www.brandage.com/Modules/DesktopModules/Article/ArticleDetail.aspx?tabID=2&ArticleID=1862&ModuleID=21&GroupID=745>.
- Brandage. (2552). เน้นกลุ่ม Trendy เล็งผลเลิศ เครื่องครัว Non Stick วันที่เข้าถึงข้อมูล 19 เมษายน 2553, แหล่งที่มา <http://www.brandage.com/Modules/DesktopModules/Article/ArticleDetail.aspx?tabID=2&ArticleID=3381&ModuleID=21&GroupID=1029SEAGULL>
- Brodie M., Foehr U., Rideout V., Baer N., Miller C., Flournoy R. and Altman D. (2001). Communicating health information through the entertainment media. *Health Affairs*, 20(1), 192-199.
- Center for Disease Control and Prevention. (2008). *Health marketing for healthier nation and a healthier world 2008*. Retrieved December 20, 2009, from <http://www.cdc.gov/healthmarketing/hmmreport2008.html>.
- Chen M. F. (2009). Attitudes toward organic foods among Taiwanese as related to health consciousness, environmental attitudes, and the mediating effects of a healthy lifestyle. *British Food Journal*, 111(2), 165-178.

- Chew F., Palmer S., Slonska Z., and Subbiah K. (2002). Enhancing health knowledge, health beliefs, and health behavior in Poland through a health promoting television program series. *Journal of Health Communication, 7*, 179-196.
- Clay H. H. & Bassett W. H. (1999). Health and environmental promotion. *Handbook of Environmental Health*.
- Clements S. L., Grant B. M. and Matthews S. L. (2009). A review of the impacts of health and health behaviors on women's alcohol use. *American Journal of Health Behavior, 33*(4), 400-415.
- Dadich A. (2009). Communicating evidence-based mental health care to service users. *Australian Journal of Psychology, 61*(4), 199-210.
- Donald K. S. (1991). Health behavior, health knowledge, and schooling. *The Journal of Political Economy, 99*(2), 287-305.
- Evans W. D., Uhrig J., Davis K., and McCormack L. (2009). Efficacy methods to evaluate health communication and marketing campaigns. *Journal of Health Communication, 14*(4), 315-330.
- Exteen blog. (2008). สุขภาพคืออะไร Retrieved December 9, 2009 from <http://we-are-healthy.exteen.com/20080206/entry>.
- Ferraro K. F. (1993). Are black older adults health-pessimistic? *Journal of Health and Social Behavior, 34*(3), 201-214.
- Finnegan Jr. J. R. & Viswanath K. (2008). Communication theory and health behavior change: The media study framework. *Health Behavior and Health Education 4<sup>th</sup>*, John Wiley & Sons, Inc. Sanfrancisco. 363-387.
- Gelb B. D. and Gilly M. C. (1979). The effect of promotional techniques on purchase of preventive dental care. *The Journal of Consumer Research, 6*(3), 305-308.
- Glanze K., Rimer B. K. and Viswanath K. (2008). *Health behavior and Health education theory, research, and practice. 4<sup>th</sup>*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Gordon J. C. (2002). Beyond knowledge: Guidelines for effective health promotion messages. *Journal of Extension, 40*(6). Retrieved October 29, 2009, From <http://www.joe.org/joe/2002december/a6.php>.
- Gunter B. (2000). *Media Research Methods: Measuring audiences, reactions and impact*. London: Sage.

- Hanna N. & Wozniak R. (2001). *Consumer Behavior An Applied Approach*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Hartley J. (2009). *Include regular exercise to improve health and detoxify the body*. Retrieved November 29, 2009, from <http://www.naturalnews.com/025262.html>.
- Hawkins, D. I., Best, R. J., & Coney, K. A. (2004) *Consumer behavior : building marketing strategy* (9th ed.). Boston : Irwin/McGraw Hill.
- Hether H. J., Huang G. C., Beck V., Murphy S. T. and Valente T. W. (2008). Entertainment-education in a media-saturated environment: Examining the impact of single and multiple exposures to breast cancer storylines on two popular medical dramas. *Journal of Health Communication, 13*, 808-823.
- Hofstetter C. R., Schultz W. A., and Mulvihill M. M. (1992). Communications media, public health, and public affairs: Exposure in a multimedia community. *Health Communication, 4*(4), 259-271.
- Janis I. L. & Feshbach S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 48*(1), 78-92.
- Jayanti R. K., & Burns A. C. (1998). The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study. *Academy of Marketing Science. Journal. 26*(1), 6-15.
- Johnson E. J. and Russo J. E. (1984). Product familiarity and learning new information. *The Journal of Consumer Research, 11*(1), 542-550.
- Jones S. L., Jones P. K., & Katz J. (1988). Health belief model intervention to increase compliance with emergency department patients. *Medical Care, 26*(12), 1172-1184.
- Kaplan R. M., Sallis J. F. & Patterson T. L. (1993). *Health and human behavior*. Singapore: McGraw-Hill.
- Keller P. A. & Block L. G. (1996). Increasing the persuasiveness of fear appeals: The effect of arousal and elaboration. *The Journal of Consumer Research, 22*(4), 448-459.
- Kenkel D. S. (1991). Health behavior, health knowledge, and schooling. *The Journal of Political Economy, 99*(2), 287-305.
- Kent B. (1994). *Measuring Media Audiences*. London and Newyork: Rutledge.
- Kraft F. B. & Goodell P. W. (1993). Identifying the health conscious consumer. *Journal of Health Care Marketing, 13*(3), 18-25.

- Landstrom E., Hursti U.-K., Becker W. and Magnusson M. (2007). Use of functional foods among Swedish Consumers is related to health-consciousness and perceived effect. *British Journal of Nutrition* 98, 1058-1069.
- Leigh J. P. (1983). Direct and indirect effects of education on health. *Social Science Medicine*, 17(4), 227-234.
- Loeb S. J., O'Neill J. and Gueldner S. H. (2001). Health motivation: A determinant of older adults' attendance at health promotion programs. *Journal of Community Health Nursing*, 18(3), 151-165.
- Ma G. X., Shive S. E., Toubbeh J. L., Tan Y. and Wu D. (2008). Knowledge, attitudes, and behaviors of Chinese Hepatitis B screening and vaccination. *American Journal of Health Behavior*, 32(2), 178-187.
- Maheu M. M., Whitten P. & Allen A. (2001). *E-health, telehealth, and telemedicine: A guide to start-up and success*. Jossey-Bass Inc., A Wiley Company.
- Manovich L. (2003). New media from borges to HTML. *The New Media Reader*. Massachusetts, 13-25.
- Mediamark Research Inc. (2006). *MRI helps leading investment firm evaluate packaged good companies*. Retrieved November 23, 2009, from [http://www.mediamark.com/mri/TheSource/sorc2006\\_12.htm](http://www.mediamark.com/mri/TheSource/sorc2006_12.htm).
- Menon G., Block L. G., & Ramanathan S. (2002). We're at as much risk as we are led to believe: Effects of message cues on judgements of health risk. *The Journal of Consumer Research*, 28(4), 533-549.
- Moon W., Balasubramanian S. K., & Rimal A. (2005). Perceived health benefits and soy consumption behavior: Two-stage decision model approach. *Journal of Agricultural and Resource Economics*, 30(2), 315-332.
- Moorman C. (1990). The effects of stimulus and consumer characteristics on the utilization of nutrition information. *The Journal of Consumer Research*, 17(3), 362-374.
- Moorman C., & Matulich E. (1993). A model of consumer's preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability. *The Journal of Consumer Research*, 20(2), 208-228.

- OLAF. (n.d.). *Guidelines for creating health information*. Retrieved December 20, 2009, from <http://www.scribd.com/doc/15257992/Guidelines-for-creating-Health-Informationcommunication-Documents>.
- Paul C. PhD., Tzelepis F., BSc, Parfitt N., BA, Girgis A. PhD. (2008). How to improve adolescents' sun protection behavior? Age and gender issues. *American Journal of Health Behavior*, 32(4), 387-398.
- Peddecord K. M., Jacobson I. G., Engelberg M., Kwizera L., Macias V., & Gustafson K. W. (2008). Can movie theater advertisements promote health behaviors? Evaluation of a flu vaccination pilot campaign. *Journal of Health Communication*, 13(6), 596-613.
- Plonczynski D. J. (2003). Physical activity determinants of older women: What influences activity? *Medsurg Nursing*, 12(4), 213-222, 259.
- Prochaska J. O., Redding C. A., Evers K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. *Health Behavior and Health Education 4<sup>th</sup>*, John Wiley & Sons, Inc. Sanfrancisco. 97-122.
- Ridder M., Heuvelmans M., Tommy V., Seidell J. C. and Renders C. M. (2009). We are healthy so we can behave unhealthy: A qualitative study of the health behavior of Dutch lower vocational students.
- Rimal R. N. & Adkins A. D. (2003). Using Computers to narrowcast health messages: The role of audience segmentation, targeting, and tailoring in health promotion. *Handbook of health communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Salmon C. T. & Atkin C. (2003). Using media campaigns for health promotion. *Handbook of health communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schiavo R. (2007). *Health communication from the theory to practice*. Sanfrancisco: Jossey-Bass.
- Schiffman & Kanuk. (2007). *Consumer Behavior*. 9<sup>th</sup>. Retrieved December 20, 2009, from <http://www.scribd.com/doc/20931315/Chapter-4-Consumer-Motivation>.
- Schiffman, L.G., & Kanuk, L. L. (2007). *Consumer behavior* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ : Pearson/Prentice Hall.
- Shah S. N. (n.d.). A tour of the healthcare new media marketing landscape.
- Solomon, M.R., (2007). *Consumer behavior : buying, having, and being* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Taylor S. E. (1995). *Health Psychology*. 3<sup>rd</sup>. Singapore: McGraw-Hill International.
- Taylor S. E. (2006). *Health Psychology*. 6<sup>th</sup>. Singapore: McGraw-Hill International.
- The free dictionary. (2009). *Medical Dictionary*. Retrieved December 6, 2009, from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+behavior>.
- The world health report 2000. *Why do health system matters?* Retrieved November 12, 2009, from [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch1\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_en.pdf).
- Thomson T. L., Dorsey A. M., Miller K. I., and Parrott R. (2003). *Handbook of health communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tu H. T. & Cohen G. R. (2008). *Striking jump in consumers seeking health care information*. Retrieved October 29, 2009, from <http://www.hschange.com/CONTENT/1006/>.
- Tucker C. M., Butter A. M., Loyuk I. S., Desmond F. F. and Surrency S. L. (2009). Predictors of a health-promoting lifestyle and behaviors among low-income African American mothers and white mothers of chronically ill children. *Journal of The National Medical Association*, 101(2), 103-110.
- University of Twente. (2004). *Health belief model*. Retrieved November 21, 2009, from [http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health\\_Belief\\_Model.doc/](http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc/).
- U.S. Environmental Protection Agency. (2006). Pesticides and food: What “Organically grown” means Retrieved November 24, 2009, From <http://www.epa.gov/opp00001/food/organics.htm>.
- U.S. Department of Health and Human Services. 2005. *Healthy people 2010*, 1(11).
- Wheatley J. J. and Oshikawa S. (1970). The relationship between anxiety and positive and negative advertising appeals. *Journal of Marketing Research*, 7(1), 85-89.
- World Health Organization. (1948). WHO definition of health retrieved November 29, 2009, from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- World Health Organization. (2005). The Bangkok charter for health promotion in a Globalized world.

ภาคผนวก



--	--	--

**แบบสอบถามเรื่อง “ความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ  
และพฤติกรรมการสื่อสารเชิงสุขภาพของผู้บริโภค”**

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ของนิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง ทั้งนี้ข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถามทั้งหมดจะถือเป็นความลับ ซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะโดยรวมเท่านั้น และนำ

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการเลือก

1. เพศ
 

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. อายุ
 

<input type="checkbox"/> 1. 20-24 ปี	<input type="checkbox"/> 2. 25-29 ปี
<input type="checkbox"/> 3. 30-34 ปี	<input type="checkbox"/> 4. 35-39 ปี
<input type="checkbox"/> 5. 40-44 ปี	<input type="checkbox"/> 6. 45-49 ปี
<input type="checkbox"/> 7. 50-54 ปี	
3. สถานภาพ
 

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรส
<input type="checkbox"/> 3. หย่า / ม่าย	<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> 1. มัธยมต้น	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมปลายหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 3. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 4. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 5. สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ
5. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> 1. นิสิต/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 3. ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> 4. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 5. พนักงานบริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/> 6. รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
6. รายได้ต่อเดือน
 

<input type="checkbox"/> 1. 10,000 บาท หรือต่ำกว่า	<input type="checkbox"/> 2. 10,001-20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 3. 20,001-30,000 บาท	<input type="checkbox"/> 4. 30,001-40,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5. 40,001-50,000 บาท	<input type="checkbox"/> 6. 50,001 บาทขึ้นไป

## ส่วนที่ 2 : คำถามเกี่ยวกับความรู้ แรงจูงใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการเลือก

### 2.1 ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความต่อไปนี้อย่างไร

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉย ๆ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.ฉันมีความรู้มากเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นๆ					
2.ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ ที่เล็กน้อย และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น อากาศหัด และเชื้อไวรัส					
3.ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เล็กน้อย และที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ และอาการผิวแห้ง					
4.ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่เป็น ปัญหาใหญ่และที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น โรคไข้หวัด ใหญ่ และโรคหัด					
5.ฉันคุ้นเคยกับการป้องกันทางสุขภาพที่เป็นปัญหาใหญ่ และปัญหาที่มีอาการเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน					

### 2.2 ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความต่อไปนี้อย่างไร

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉย ๆ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันพยายามป้องกันปัญหาเรื่องสุขภาพ ก่อนที่ฉันจะ รู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ					
2. ฉันใส่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น					
3. ฉันพยายามป้องกันตัวเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
4. ฉันไม่กังวลเรื่องสุขภาพ จนกระทั่งมีปัญหาเกิดขึ้นกับฉันหรือคนใกล้ตัว					
5. แม้ว่าในปัจจุบันมีสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากมาย แต่ฉันก็ไม่กังวล					
6. ฉันมักจะกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้หลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น					
7. ฉันไม่ได้ระมัดระวังต่อสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จนกระทั่งฉันรู้สึกว่ามีปัญหา					
8. ฉันใช้ชีวิตอย่างปกติ โดยที่ไม่ได้ระมัดระวังเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
9. ฉันไม่คิดว่าสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดขึ้นกับตนเอง					

## 2.3 ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความต่อไปนี้อย่างไร

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันกังวลว่าอาหารที่รับประทานอาจมีสารเคมีปนเปื้อน					
2. ฉันใส่ใจในคุณภาพของน้ำดื่ม					
3. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารกันบูด					
4. ฉันอ่านบทความที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากกว่าที่ฉันเคยอ่านเมื่อ 3 ปีที่แล้ว					
5. ฉันสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ					
6. ฉันใส่ใจสุขภาพของฉันเสมอ					
7. ฉันให้ความสนใจเรื่องมลพิษทางอากาศ					

## 2.4 ท่านมีพฤติกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

คำถาม	ทำเป็นประจำ	ทำค่อนข้างบ่อย	ทำบ้างเป็นบางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่					
2. ตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ					
3. รับประทานผักและผลไม้สด					
4. ลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน					
5. ลดปริมาณเกลือในอาหาร					
6. ออกกำลังกายเป็นประจำ					
7. ลดปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทาน					
8. ใส่ใจเรื่องปริมาณน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป					
9. ใส่ใจเรื่องปริมาณอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเนื้อวัวที่รับประทานเข้าไป					
10. งดการรับประทานขนมขบเคี้ยว					
11. หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่วัตถุกันเสีย					
12. นอนและพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
13. ลดความเครียดและความกังวล					
14. รักษาสมดุลระหว่างการทำงานและการพักผ่อน					
15. ใส่ใจในเรื่องปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
16. พยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่					

### ส่วนที่ 3 : คำถามเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการเลือก

3.1 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ไปจากสื่อประเภทต่างๆ ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

คำถาม	ทุกวัน	สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-2 ครั้ง	ไม่เคย เลย
1. โทรทัศน์					
2. วิทยุ					
3. หนังสือพิมพ์					
4. วารสาร, นิตยสาร					
5. เอกสาร, แผ่นพับ					
6. ป้ายโฆษณา, ไปสเตอร์					
7. สมาชิกในครอบครัว					
8. ครู, อาจารย์, เพื่อน					
9. อินเทอร์เน็ต					
10. อื่นๆ.....					

3.2 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อประเภทต่างๆ ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

สื่อ	ทุกวัน	สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-2 ครั้ง	น้อยกว่า เดือนละ 2 ครั้ง
1. โทรทัศน์					
2. วิทยุ					
3. หนังสือพิมพ์					
4. วารสาร, นิตยสาร					
5. เอกสาร, แผ่นพับ					
6. ป้ายโฆษณา, ไปสเตอร์					
7. สมาชิกในครอบครัว					
8. ครู, อาจารย์, เพื่อน					
9. ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
10. ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทาง อินเทอร์เน็ต (E-health)					
11. การติดต่อสื่อสารด้วยอักษร ภาพ และเสียงกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ผ่าน ทางระบบคอมพิวเตอร์เมื่ออยู่ที่อื่น ห่างไกล (Telemedicine)					
12. อื่นๆ.....					

## 3.3 ท่านมีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตรงกับข้อใดมากที่สุด

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการเลือก (กรุณาตอบเพียงคำตอบเดียว)

- ( ) 1 ค้นหาข้อมูลทั้งเมื่อป่วยและไม่ป่วย
- ( ) 2 ค้นหาข้อมูลเมื่อป่วย
- ( ) 3 ไม่ค้นหาข้อมูลแม้ป่วย (ข้ามไปตอบข้อ 4.1)

## 3.4 ท่านมีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากสื่อต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

สื่อ	ทำเป็นประจำ	ทำค่อนข้างบ่อย	ทำบ้างเป็นบางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. โทรทัศน์					
2. วิทยุ					
3. หนังสือพิมพ์					
4. วารสาร, นิตยสาร					
5. เอกสาร, แผ่นพับ					
6. ป้ายโฆษณา, โปสเตอร์					
7. สมาชิกในครอบครัว					
8. ครู, อาจารย์, เพื่อน					
9. ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
10. ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทาง อินเทอร์เน็ต (E-health)					
11. การติดต่อสื่อสารด้วยอักษร ภาพ และ เสียงกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ผ่านทาง ระบบคอมพิวเตอร์เมื่ออยู่ท้องถิ่น ห่างไกล (Telemedicine)					
12. อื่นๆ.....					

#### ส่วนที่ 4 : ทัศนคติต่อรูปแบบสารและสื่อเพื่อสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการเลือก

4.1 ท่านคิดว่าสื่อต่อไปนี้ มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากน้อยเพียงใด

สื่อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. โทรทัศน์					
2. วิทยุ					
3. หนังสือพิมพ์					
4. วารสาร, นิตยสาร					
5. เอกสาร, แผ่นพับ					
6. ป้ายโฆษณา, โปสเตอร์					
7. สมาชิกในครอบครัว					
8. ครู, อาจารย์, เพื่อน					
9. ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
10. ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต (E-health)					
11. การติดต่อสื่อสารด้วยอักษร ภาพ และเสียงกับ ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ เมื่ออยู่ที่อื่นห่างไกล (Telemedicine)					

4.2 ท่านคิดว่ารูปแบบสารเพื่อสุขภาพต่อไปนี้ มีความเหมาะสมในการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากน้อยเพียงใด

รูปแบบสาร	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สารที่ให้เนื้อหาสาระเท่านั้น เช่น นิตยสารหมอชาวบ้าน หรือวารสารเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ เป็นต้น					
2. สารที่ให้สาระและความบันเทิง (Entertainment Education / Edutainment) เช่น รายการ ละคร ละครเวที นิตยสาร Health&Cuisine เป็นต้น					
3. สารที่ทำให้รู้สึกกลัว เช่น หากรับประทานเนื้อวัวมากๆ จะทำให้เป็นโรคมะเร็ง หรือการรับประทานอาหารประเภทไขมันมากเกินไป อาจทำให้เสียชีวิตจากโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นต้น					
4. สารที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การดื่มนมเป็นประจำจะทำให้กระดูกแข็งแรง					
5. อื่นๆ.....					

\*\*\*\*\*ขอขอบคุณท่านสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามค่ะ\*\*\*\*\*

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวแพรวไพลิน ศุกลรัตน์เมธี เกิดวันอาทิตย์ที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2523 ใน กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต จากภาควิชาภาษาไทย คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เมื่อปีการศึกษา 2545 และได้เข้าทำงานในฝ่ายกองบรรณาธิการของนิตยสาร Central Premiere จากนั้นในปี พ.ศ. 2546 ได้เข้าทำงานในตำแหน่ง Research Assistant ที่บริษัท อินโฟเสิร์ช จำกัด และทำงานในบริษัท IZ Representation ในตำแหน่ง Senior Co-ordinator ในปี 2550