

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในเขต
กรุงเทพมหานคร



นางสาว คุณาสิริ เกตุปมา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา)

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-53-2617-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

BANGKOK RESIDENTS' KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIOR ON FOOD
CONSUMPTION FOR GOOD HEALTH

Miss. Kunasiri ketpama



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Human and Social Development

(Inter-Department)

Graduate School)

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-53-2617-8

คุณาสิริ เกตุปมา : ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรใน
เขตกรุงเทพมหานคร. (BANGKOK RESIDENTS' KNOWLEDGE, ATTITUDES AND
BEHAVIOR ON FOOD CONSUMPTION FOR GOOD HEALTH)

อ. ที่ปรึกษา : นางสาว อภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 95 หน้า.

ISBN 974-53-2617-8.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อ
สุขภาพของประชากรวัยแรงงานในกรุงเทพมหานคร 2) ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นเองเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด มีกลุ่ม
ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ 449 คน

ผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง (ร้อยละ 69.5) มีอายุระหว่าง 34 ปี หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 55.9) มีสถานภาพสมรสเป็นโสด (ร้อยละ 59.0)
มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 79.5) มีสถานภาพการทำงานเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 32.3) รายได้
เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่คือ 5,001-15,000 บาท (ร้อยละ 41.4) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.5)
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรู้จักอาหารเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 90.4) โดยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพใน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.5) มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพเป็นกลางมากที่สุด (ร้อยละ 63.9) และมี
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 67.9)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา
สถานภาพการทำงาน และรายได้ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ได้แก่ เพศ สถานภาพการทำงาน และ
รายได้ โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใน
ส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อ
สุขภาพ และสถานภาพสมรส โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สาขาวิชา พัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา)
ปีการศึกษา 2548

ลายมือชื่อนิสิต...คุณาสิริ เกตุปมา
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา...อภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา

4689062320 : MAJOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT

KEY WORD: KNOWLEDGE / ATTITUDE / BEHAVIOR / FOOD CONSUMPTION / GOOD HEALTH

KUNASIRI KETPAMA : BANGKOK RESIDENTS' KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIOR ON FOOD CONSUMPTION FOR GOOD HEALTH. THESIS ADVISOR : MISS ABHA SIRIVONGSE NA AYUDHAYA, 95 pp. ISBN 974-53-2617-8.

The study aimed to 1) study factors influencing knowledge and attitudes towards food consumption for good health of working-age population in Bangkok. 2) investigate factors affecting behavior on food consumption for good health of working-age population in Bangkok. The data were collected through the use of close-ended questionnaires among 449 sampled population in Bangkok.

With regard to general characteristics of the sampled population, it was found that 69.5% of them were female, 55.9% aged between 34 years old and younger, and 59.0% were single. About 79.5% of the sample graduated with Bachelor's Degree or higher, worked in government sector (32.3%), had monthly income between 5,001-15,000 Baht (41.4%) and did not have congenital diseases (79.5%). Nearly most of the sample (90.4%) knew about food for good health, 64.5% had knowledge about food for good health at the moderate level, had neutral attitude towards food for good health (63.9%), and 67.9% had consumed food for good health at the moderate level.

It was found that at the 0.05 statistical significance level, factors influencing knowledge included age, marital status, education level, working condition, and income, while factors influencing the attitudes were gender, working condition, and income. Factors influencing behavior on food consumption for good health were knowledge about food for good health and their marital status.

Field of study Human and Social Development

(Inter-Department)

Academic year 2005

Student's signature *Kunasiri Ketpama*

Advisor's signature *A. Sirivongse*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก นางสาวอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ทำให้วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ภัสสร ลิมานนท์ ประธานการสอบวิทยานิพนธ์ที่คอยตรวจแก้ไขงานให้อย่างสม่ำเสมอ นายสมาน เหล่าคำรังชัย และรองศาสตราจารย์ ดร. วิไล วงศ์สืบชาติ กรรมการวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาชี้แนะและให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์ สถาบันวิจัยสังคม สถาบันเอเชียศึกษา และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้และอบรมสั่งสอนจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ห้องสมุดสถาบันวิจัยสังคม และเจ้าหน้าที่ห้องสมุดวิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการค้นคว้าข้อมูลต่างๆเป็นอย่างดี คุณสมจิต ทาบโลหะ คุณสุทธิดา วงศ์สถาพรพัฒน์ คุณพรทิพย์ โสภณ คุณนันทนา ศรีอ่อน และคุณอรุวรรณ สุขเกษม ที่คอยช่วยติดต่อประสานงานทุกด้านระหว่างการจัดทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ ผู้ช่วยนักวิจัยทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตสหสาขาพัฒนามนุษย์และสังคม ที่คอยเป็นกำลังใจให้กันและกันในช่วงการจัดทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่สาวที่ให้ความอุปการะส่งเสริมการศึกษา คุณตา คุณยาย ที่คอยเป็นกำลังใจและแรงผลักดันให้หลานได้ทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ

บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
แนวคิดเชิงทฤษฎี.....	4
วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	20
สมมติฐาน.....	21
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	22

บทที่

2 ระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของข้อมูล.....	23
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	23
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	25
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	25
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาและการวัดตัวแปร.....	26
การสร้างแบบสอบถาม.....	30
การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล.....	31

บทที่

3	ผลการศึกษา.....	32
	ลักษณะทั่วไปของข้อมูล.....	32
	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ.....	47
	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ.....	55
	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ.....	62

บทที่

4	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	71
	สรุปผลการศึกษา.....	72
	ข้อเสนอแนะ.....	79
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	80
	รายการอ้างอิง.....	81
	ภาคผนวก.....	87
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	95

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

	หน้า
1 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย.....	34
2 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรู้จักอาหารเพื่อสุขภาพ.....	36
3 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ.....	37
4 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหาร เพื่อสุขภาพ.....	38
5 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ.....	40
6 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ..	42
7 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ.43	43
8 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามความถี่ ในการรับประทาน.....	45
9 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพ.....	47
10 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และเพศ.....	48
11 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และอายุ.....	49
12 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และสถานภาพสมรส.....	50
13 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และระดับการศึกษา.....	51
14 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และสถานภาพการทำงาน.....	52
15 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และรายได้.....	53
16 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และการมีโรคประจำตัว.....	54
17 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และเพศ.....	55

ตาราง

18 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และอายุ.....	56
19 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและ สถานภาพสมรส.....	57
20 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และระดับการศึกษา.....	59
21 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และสถานภาพการทำงาน.....	60
22 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และรายได้.....	61
23 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และการมีโรคประจำตัว.....	62
24 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ.....	63
25 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ.....	64
26 ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับอาหาร เพื่อสุขภาพและระดับการศึกษา.....	65
27 ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามทัศนคติที่มีต่ออาหาร เพื่อสุขภาพและระดับการศึกษา.....	66
28 ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับอาหาร เพื่อสุขภาพและสถานภาพสมรส.....	68
29 ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามทัศนคติที่มีต่ออาหาร เพื่อสุขภาพและสถานภาพสมรส.....	70
30 สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหาร เพื่อสุขภาพ.....	78
31 สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ....	78

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลสมัย พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ได้มีการประกาศนโยบายเพื่อให้ประเทศไทยเป็นปีแห่งการเริ่มต้นสร้างสุขภาพ โดยมีคุณสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นเป็นแกนนำภายใต้สโลแกน “สร้างนำซ่อม” และมีการออกแบบ โลโก้ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ขึ้น เพื่อใช้เป็นสัญลักษณ์ของการสร้างสุขภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546: 187) ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนหันมาสนใจสุขภาพของตนเองมากกว่าการที่จะไปรอรับการรักษาจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว เนื่องจากคนส่วนใหญ่มักคิดว่าหากเจ็บป่วยก็สามารถไปหาหมอได้ เพราะสมัยนี้โรงพยาบาลมีเครื่องมือที่ทันสมัย จึงกลายเป็นว่าโรงพยาบาลเป็นที่รับซ่อมสุขภาพ ซึ่งการมองแบบนี้ถือเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เมื่อคนละเลยการดูแลสุขภาพตั้งแต่ต้น ก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาตามมาในระยะยาวได้ เช่น โรคบางโรคอาจก่อตัวโดยที่เราไม่รู้ตัว เมื่อเกิดอาการแล้วค่อยไปหาหมอจึงไม่ทันการณ์ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น

จากการที่ภาครัฐบาลมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพดังกล่าว หน่วยงานต่างๆจึงมีการสนับสนุนให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพ ซึ่งคนไทยก็ได้มีการตื่นตัวขึ้นรับในเรื่องนี้กันอย่างกว้างขวางทั้งในระดับภูมิภาคและประเทศ โดยมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพออกมาอย่างมากมายและรวดเร็ว เช่น การส่งเสริมการเดินแอโรบิก หรือการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพก็เช่นกัน

สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดข้อดีที่คนสนใจสุขภาพมากขึ้น แต่มีข้อด้อยคือ คนยังมองสุขภาพในมุมแคบเฉพาะในเรื่องของบุคคลเป็นหลักมากกว่าจะมองสุขภาพไปถึงมิติของครอบครัว ชุมชน และสังคม อีกทั้งมีการสร้างแรงจูงใจจากตลาดสินค้าเพื่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพกลายเป็นเรื่องที่ต้องไปพึ่งพิงอยู่กับผลิตภัณฑ์ บริการ และปัจจัยภายนอก มากกว่าจะเป็นการพึ่งตนเอง (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546: 187) ซึ่งปัจจัยที่เอื้อให้เกิดสุขภาพที่ดี ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงทางสังคม อาหาร รายได้ การให้อำนาจสตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความเป็นธรรมในสังคม และการเคารพสิทธิมนุษยชน และความเสมอภาค (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541: 93) จะเห็นได้ว่า อาหารก็เป็นปัจจัยหนึ่งในนั้นเช่นกัน และปัจจุบันนี้ คนไทยบริโภคผักน้อยลง ทั้งๆที่ผักเป็นแหล่งของใยอาหารที่ราคาถูกและดีที่สุดในทางตรงกันข้าม การบริโภคไขมันและน้ำตาลของคนไทยก็มีอัตราเพิ่มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ เพราะประเภทของอาหารที่ปรุงมักจะทำประกอบด้วยไขมัน น้ำตาล เป็นส่วนประกอบหลัก ปัญหาที่

ตามมาคือ ภาวะโภชนาการเกิน และโรคไม่ติดต่ออันเกิดจากการบริโภคอาหาร (วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์, 2541: 88-89) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาศาสนาการณณ์ภาวะโภชนาการของประชาชนในประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กลุ่มสนับสนุนวิชาการ, 2548: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/newpage3.htm>.) ที่พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ พ.ศ. 2544 มีร้อยละ 12.3 พ.ศ. 2545 มีร้อยละ 12.9 และพ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.4 ซึ่งจากสภาวะการบริโภคเหล่านี้ เกิดจากการที่ประชาชนบริโภคอาหารที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ และมีประโยชน์เพียงพอ

นอกจากนี้ อามร บรรจง (2545: 182-183) ยังได้กล่าวถึงสถานการณ์ผู้บริโภคในปัจจุบันว่า มีรูปแบบของการบริโภคที่ค่อนข้างหลากหลาย เช่น มักจะมีการบริโภคตามวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมของคนไทยเปลี่ยนไปมาก ทั้งการแต่งกาย การพูด ความนึกคิด รวมทั้งการรับประทานอาหาร ซึ่งมองค่านิยมเหล่านี้ว่าเป็นของโก้เก๋ อีกทั้งยังชอบที่จะบริโภคตามกระแส โดยปรากฏการณ์ที่เห็นชัดเจนคือ เมื่อย้อนกลับไปช่วงภายหลังปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นยุคเศรษฐกิจฟองสบู่แตก เกิดกระแสคนรักสุขภาพ หันมาใกล้ชิดกับธรรมชาติมากขึ้น ตั้งแต่การดื่มน้ำผักปั่นรักษาโรค ดื่มน้ำอาร์ซี (RC) กินอาหารชีวจิต มังสวิรัต และในปัจจุบันกำลังนิยมกินอาหารญี่ปุ่น สุกี้ เป็นต้น ซึ่งหากมีการบริโภคอาหารตามกระแสที่เน้นพืชผัก ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ ก็จะเป็นสิ่งที่ดี แต่หากบริโภคอาหารตามแบบฉบับทางประเทศตะวันตกมากเกินไป ย่อมเกิดโทษต่อร่างกายได้ เพราะอาหารของชาวตะวันตกมีไขมันเป็นส่วนประกอบมาก ซึ่งไม่เหมาะสมกับสภาพอากาศของเมืองไทยที่เป็นเมืองร้อน ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารเพื่อสร้างความอบอุ่นของร่างกายมากนัก

อย่างไรก็ตาม จะสังเกตได้ว่า การที่คนไทยส่วนหนึ่งบริโภคอาหารเหล่านี้ ก็เป็นเพียงตามความนิยมในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งยังมีคนอีกจำนวนมากที่ยังคงละเลยต่อการบริโภคเพื่อสุขภาพ

อันที่จริงแล้วการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในประเทศไทยก็มีมานานแล้ว กล่าวคือเมื่อครั้งในอดีต อาหารไทยจะมีพืชผัก ผลไม้เป็นส่วนประกอบอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นข้าวกล้องกับน้ำพริกปลาหู โดยผักกลายเป็นเครื่องเคียง หรือแม้แต่ชานาในชนบททุกวันนี้ก็ยังนิยมกินข้าวที่ยังไม่ผ่านการขัดสีให้ขาวอยู่ เมื่อเราลองมองภาพของสังคมในปัจจุบัน เราจะเห็นได้ว่าตามร้านอาหารต่างๆก็มีการขายอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งผลิตภัณฑ์ที่วางจำหน่ายตามห้างสรรพสินค้าทั่วไปก็มีผลิตภัณฑ์ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างมากมาย เช่น ชาเขียว อาหารธัญพืช เครื่องดื่มสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งประชากรในประเทศมหาอำนาจทางตะวันตกอย่างสหรัฐอเมริกาเอง ก็ยังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในหลายด้านเช่นกัน โดยปรากฏการณ์นี้เริ่มขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1970 ที่มีประชาชน 100 ล้าน

คน หรือเกือบครึ่งของประเทศได้เริ่มเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนไปในทางที่อำนวยความสะดวกต่อสุขภาพมากขึ้น โดยเริ่มหันมาออกกำลังกาย ผู้ชายสูบบุหรี่ลดลงถึงร้อยละ 28 และการดื่มเหล้าลดลงครั้งแรกในปี 1980 ในขณะที่ร้านอาหารธรรมชาติเป็นที่นิยมมากขึ้น โดยขยายจำนวนจาก 1,200 แห่งในปี 1968 เป็น 8,300 แห่งในปี 1981 อาหารไขมัน เช่น เนย มียอดขายลดลงถึงร้อยละ 28 ส่วนนมและครีมลดลงร้อยละ 21 (พระไพศาล วิสาโล, 2541: 18) ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้ถือว่าเป็นนิมิตหมายที่ดีต่อภาวะสุขภาพของประชากรในอนาคตต่อไป และเมื่อเอ่ยถึงคำว่าอาหารเพื่อสุขภาพ นั่นก็หมายความว่าอาหารเหล่านั้นจะเป็นปัจจัยที่ทำให้สุขภาพของผู้บริโภค ซึ่งระบบการกินเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ร่างกายของคนเราสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ You are what you eat” คุณกินอะไรคุณก็จะเป็นอย่างนั้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากร เนื่องจากเมื่อคนเรามีความรู้และทักษะที่ถูกต้องก็จะสามารถพัฒนาแบบแผนการกระทำของตนเองได้ เพื่อจะได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป โดยเฉพาะประชากรวัยแรงงาน เพราะวัยนี้สามารถมีกำลังทรัพย์ในการซื้อหาผลิตภัณฑ์เพื่อบริโภคค่อนข้างสูงกว่าประชากรวัยอื่นๆ และในทุกวันนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนไปมาก โดยเฉพาะคนเมืองที่ใช้เวลาหมดไปกับการทำงาน จึงมักจะซื้ออาหารสำเร็จรูปมาบริโภคเพียงแค่อิ่มท้อง โดยไม่คำนึงถึงสุขภาพและคุณค่าของอาหารเท่าที่ควร ซึ่งปัญหาด้านโภชนาการของคนไทยก็นับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2548: 4) นายแพทย์สมยศ เจริญศักดิ์ อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/fat.mht>) ได้เปิดเผยผลการสำรวจภาวะโภชนาการของคน กทม. พบว่า ส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนสูง และกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปียังบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้ดำเนินการเพื่อที่จะนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชากรในพื้นที่อื่นๆต่อไป

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และทักษะที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในกรุงเทพมหานคร

3. ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยทำงาน หรือกำลังศึกษาในองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน
2. พื้นที่ในการศึกษาคั้งนี้คือ กรุงเทพมหานคร
3. ระยะเวลาในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล 1 เดือน ตั้งแต่ เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ.2548

4. แนวคิดเชิงทฤษฎี

การศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพนี้ มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องจำนวนไม่น้อยที่เกิดขึ้น เพื่อใช้อธิบายถึงลักษณะ และความสัมพันธ์ในเรื่องดังกล่าว ดังนั้นจึงนำเสนอถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องโดยสรุป ดังนี้

4.1 ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้นิยามคำว่า “สุขภาพ” ว่าหมายถึง สุขภาวะ (Well being) ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และสังคม (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541: 2) ซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆมากมาย โดยเฉพาะปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ และสังคม (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ อนุพงศ์ สุจริยากุล, 2543: 3)

การที่เราดูแลใส่ใจในสุขภาพของเราเองก็ถือเป็นการลงทุนในเรื่องสุขภาพ เพราะสุขภาพที่ดีย่อมเป็นรากฐานของการพัฒนาส่วนอื่นๆของร่างกายต่อไปได้ ซึ่งพิสมัย จันทวิมล (2541: 36-37) ได้กล่าวถึง การลงทุนเพื่อสุขภาพ (Investment for health) ว่าไม่จำเป็นที่จะจำกัดเฉพาะทรัพยากรที่อุทิศให้กับการจัดและใช้บริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการลงทุนอื่นๆ เช่น การลงทุนโดยประชาชนทางด้านการศึกษา ที่อยู่อาศัย การเพิ่มอำนาจให้แก่สตรี หรือการพัฒนาเด็ก การลงทุนด้านสุขภาพให้สูงขึ้นจำเป็นต้องให้ความสำคัญแก่งานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในสัดส่วนที่มากขึ้น ซึ่งประชาชนเองก็มีส่วนที่สำคัญในการลงทุนเพื่อสุขภาพ ในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเป็นส่วนหนึ่งของการบำรุงรักษาสุขภาพส่วนบุคคลและสุขภาพของครอบครัว

นอกจากนี้ หลักการที่สำคัญที่สุดของระบบสุขภาพใหม่คือ “สร้าง” นำ “ซ่อม” โดยคำว่าสร้าง หมายถึง การสร้างเสริมการมีสุขภาพดี (good health) ไม่ใช่รอให้สุขภาพเสียก่อน (ill health) แล้วจึงค่อยซ่อม ซึ่งระบบที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันเป็นระบบตั้งรับ จึงก่อให้เกิดความเสียหายและได้ผลไม่คุ้มค่า ระบบสุขภาพที่ปฏิรูปจึงควรเป็นระบบที่มุ่งสร้างเสริมการมีสุขภาพดีให้มากที่สุด ซึ่งถ้าเกิดการเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเป็นธรรมชาติที่สุด จึง

เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” (ประเวศ วะสี, 2546: 13-14) ด้วยเหตุนี้ การที่ประชาชนจะหันมานิยมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพนั้น ก็น่าจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยสร้างสุขภาพเช่นกัน

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ เกิดจากความเชื่อของคนซึ่งอาจจะเป็นความเชื่อที่ถูกหรือผิดก็ได้ ซึ่งความรู้ที่ขึ้นอยู่กับกรณีเหตุผลที่เพียงพอ และเหมาะสม (Dretske, Fred Irwin, 1981: 85)

พจนานุกรม The Lexicon Webster Dictionary (1977: 531 อ้างใน มนทิรา รัชตะสมบุรณ์, 2544: 27) ให้ความหมายของคำว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษา หรือการค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ บุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ ต้องชัดเจน และอาศัยระยะเวลา

Carter V.Good (1973: 325) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า เป็นข้อเท็จจริง เป็นความจริง เกิดจากกฎเกณฑ์ และข้อมูลต่างๆที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากประสบการณ์ต่างๆ

ดังนั้นการที่คนเราจะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพนั้น บุคคลคนนั้นก็ย่อมต้องมีความรู้ในเรื่องของอาหารเพื่อสุขภาพอยู่บ้าง เพื่อพิจารณาถึงผลดีผลเสียที่จะได้รับการบริโภคอาหารเหล่านั้น ซึ่งบางคนอาจจะมีรู้มากหรือน้อยนั้นก็ขึ้นอยู่กับการศึกษา ค้นคว้าข้อมูล รวมทั้งความเชื่อ และประสบการณ์ของแต่ละคนในด้านของการดูแลสุขภาพ

4.3 แนวคิดเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ

ในประเทศไทยได้มีการแบ่งอาหารที่จำเป็นต่อการบริโภคออกเป็น 5 หมู่ เพื่อให้เราสามารถพิจารณาได้ว่ากินอาหารครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ ไมตรี สุทธิจิตต์ (2541: 85-88) กล่าวว่า นอกจากสารอาหาร 5 หมู่แล้ว เส้นใยอาหาร ซึ่งเป็นสารที่ไม่ละลายน้ำ ก็ถือเป็นส่วนประกอบของอาหารที่สำคัญมากต่อสุขภาพ เพราะว่าอาหารธรรมชาติที่มีเส้นใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ถั่ว งา ฯลฯ จะป้องกันโรคได้หลายชนิด ได้แก่ โรคลำไส้อักเสบ โรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งอวัยวะอื่นๆ โรคอ้วน โรคไขมันอุดตันในเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคเก๊าท์ ข้ออักเสบ โรคเบาหวาน โรคทางเดินอาหาร โรคภูมิแพ้ ฯลฯ โดยในวันหนึ่งควรจะได้รับประทานเส้นใย ประมาณ 25-35 กรัม เพราะถ้าขาดกากใยอาหาร จะทำให้ท้องผูกและเป็นโรค ทางเดินอาหาร แต่ในทางตรงกันข้าม การได้รับอาหารที่มีกากใยมากเกินไป อาจมีผลเสียได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกากใยที่ไม่ละลายในน้ำ เช่น เซลลูโลส และเฮมิเซลลูโลส ซึ่งอาจลดการดูดซึมโปรตีน และยังไปรบกวนการดูดซึมแร่ธาตุ เช่น สังกะสี แคลเซียม และทองแดงได้ด้วย ส่วน Terry Lemerond (มปป. อ้างใน แคโรลีน เอ กาเซลลา,

2545: 90-92) กล่าวไว้ว่า อาหารมีผลกระทบต่อทั้งในด้านบวก และลบต่อชีวิตของคนเรา ซึ่งอาหารที่อุดมไปด้วยผัก (ข้าวทั้งเมล็ดชนิดต่างๆ ถั่ว ผลไม้ และผักต่างๆ) จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ ในขณะที่อาหารที่มีพืชผักเป็นส่วนประกอบน้อยมาก ก็จะเป็นสาเหตุที่พัฒนาไปสู่การเกิดโรคต่างๆมากมาย

นอกจากนี้ยังได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพไว้มากมาย เช่น จูทา ฟิรพัชระ และ จอมขวัญ สุวรรณรักษ์ (ม.ป.ป.: <http://www.chtwc.rit.ac.th/research/conpic/food.html>) กล่าวว่า อาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึงอาหารที่รับประทานเข้าไปแล้ว สามารถสร้างประโยชน์แก่ร่างกาย และส่งผลไปถึงจิตใจได้ และควรเป็นอาหารไขมันต่ำ มีโคเลสเตอรอลต่ำ และมีเส้นใยสูง

เขวภา สุวดี (ม.ป.ป.: <http://www.gpo.or.th/rdi/html/food.htm>) ให้ความหมายของอาหารสุขภาพ ไว้คล้ายคลึงกันว่า หมายถึง อาหารที่เราบริโภคเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารต่างๆที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย โดยต้องได้รับในสัดส่วนที่เหมาะสม ได้แก่อาหารหลัก 5 หมู่ นั่นเอง

Andrew Well (ม.ป.ป. อ้างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2545: 101) ผู้มีชื่อเสียงในด้านการส่งเสริมการรักษาสุขภาพด้วยวิถีธรรมชาติ ซึ่งคิดว่าแบบแผนการกินเพื่อสุขภาพคือ กินไขมันให้น้อย (โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว) กินโปรตีนจากเนื้อสัตว์ให้น้อย แต่กินธัญพืชเต็มรูปหรืออาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนให้มาก กินผัก ผลไม้ให้มาก

นอกจากนี้ ไมตรี สุทธิจิตต์ (2542: 56-61) กล่าวว่า นักสุขภาพทางโภชนาการ พบว่าอาหารหลักเพื่อสุขภาพที่แท้จริง ได้แก่ อาหารประเภทข้าว และเมล็ดธัญพืช ถั่ว และผลิตภัณฑ์จากถั่ว ผัก ผลไม้ หรือกล่าวอย่างง่ายคือ การกินอาหารประเภทข้าว ธัญพืชเป็นหลัก กินพืชผัก ผลไม้เป็นพื้น กินสิ่งอื่นๆ เช่น ถั่ว งา เป็นรอง นอกนั้นอาจจะกินอาหารว่างเป็นของแถมเล็กน้อย เช่น ขนมมมเมย ของหวาน และของหมักดองบ้าง แต่ควรจำกัดไม่ให้มากเกินไป กินแล้วต้องไม่เป็นพิษต่อสุขภาพด้วย ซึ่งเหตุผลของผู้ที่กินอาหารเพื่อสุขภาพประเภทต่างๆ เช่น อาหารเจ มังสวิรัต อาหารแมคโครไบโอติกส์ เป็นประจำ และมักจะชวนคนอื่นให้ลองกินด้วยคือ

1. เพื่อสุขภาพที่ดี โดยมีการวิจัยพบว่า อาหารสุขภาพที่ดี ต้องมาจากธรรมชาติให้มากที่สุด มีปริมาณไขมันน้อย แต่มีเส้นใยมาก มีไขมันที่ไม่อิ่มตัวหลายชนิด มีโปรตีนที่ย่อยสลายง่าย มีวิตามิน และเกลือแร่ครบ และอาจมีสารต่อต้านอนุมูลอิสระที่สำคัญหลายอย่าง อาหารสมุนไพร มีฤทธิ์ใช้เป็นยารักษาโรคได้ เมื่อกินเป็นประจำจะช่วยปรับสภาวะภายในร่างกายให้สมดุลได้ดี ดังนั้นจึงเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค บรรเทา รักษา หรือลดความรุนแรงของโรคได้

2. เกี่ยวกับด้านจิตใจ เป็นความเชื่อหรือศรัทธาในศาสนา มีหลายศาสนาและลัทธิที่สนับสนุนการกินอาหารมังสวิรัต เช่น ศาสนาฮินดู ศาสนาพุทธ หรือศาสนากลุ่มสันตือ โศก คริสเตียนกลุ่มเซเวนธ์เดย์แอคเวนติสต์ กลุ่มนั้บถือเจ้าแม่กวนอิม ลัทธิเต๋า เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีความคิดเห็นว่า มนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐ เป็นผู้มีจิตใจสูง ควรมีสติ ความรู้สึกรับผิดชอบ ไม่ควรทำร้าย หรือเบียดเบียนสัตว์อื่นที่ค้อยกว่า และควรรู้จักการลด ละ ไม่เห็นแก่ตัว แต่รู้จักเสียสละช่วยเหลือชีวิตอื่นไม่ว่าคน หรือสัตว์ นักกินเจเชื่อว่า การกินเจทำให้ร่างกายสดชื่น และจิตใจบริสุทธิ์ ยิ่งกินเจมาก จิตก็จะมิพลัง และสามารถบำเพ็ญกรรมให้สูงมากขึ้น

3. เป็นความนิยม ศรัทธา และเป็นประเพณี เช่น การกินเจในวันเกิด วันพระ หรือประเพณีถือศีลกินเจซึ่งปฏิบัติกันมากที่จังหวัดภูเก็ต หรือในช่วงฤดูกาลเข้าพรรษาของชาวพุทธ ซึ่งถือเป็นการบำเพ็ญกรรมเพื่อเพิ่มกุศลให้แก่ตนเอง

4. เหตุผลทางเศรษฐกิจ และความประหยัด เนื่องจากเนื้อสัตว์มีราคาแพง โดยเฉพาะครอบครัวชนบทที่ยากจน และมีรายได้น้อย จึงนิยมกินพืชผักสวนครัวที่สามารถปลูกเองได้ และมีราคาถูกกว่า

5. เหตุผลจำเป็นอื่นๆ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น การไปอยู่ในที่ขาดแคลนอาหารบนป่า ภูเขาต่างๆ ไม่มีอะไรกิน นอกจากพืชผักเท่านั้น หรือบางคนแพ้อาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ จึงต้องกินอาหารจากพืชแทน (ไมตรี สุทธิจิตต์, 2541: 95-99)

ทั้งนี้ฝ่ายคณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย(2546: 7) ได้จัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี โดยเรียกว่า “โภชนบัญญัติ” 9 ประการ ดังนี้

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว
2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
3. กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ
4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด
8. กินอาหารที่สะอาด และปราศจากการปนเปื้อน
9. งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ อภิสิทธิ์ วิริยานนท์ (2542: 126 -127) ได้เสนอหลักการบริโภคอาหารที่ดีสำหรับประชาชนทั่วไปไว้ดังนี้

1. กินอาหารธรรมชาติเท่าที่จะเป็นไปได้
2. กินอาหารที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท

3. กินอาหารที่มีเส้นใย ผลไม้ และผักสด
4. กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ให้น้อยที่สุด หรือไม่กินเลย
5. เน้นอาหารสดร้อยละ 50 ของอาหารที่กินทั้งหมด เพราะอาหารสดมีวิตามิน แร่ธาตุ และเอ็นไซม์ที่จำเป็นสำหรับการย่อยอาหาร
6. เน้นผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เพราะถั่วเหลืองประกอบด้วยโปรตีนจากพืช และไฟโตอีสโตรเจน ซึ่งจะช่วยลดอาการแปรปรวนต่างๆ ในสตรีวัยทอง
7. ถ้ากินผลิตภัณฑ์นมให้เลือกกินนมที่เน่าในแหล่งผลิต หรือกินโยเกิร์ตธรรมชาติมากกว่านม หรือเนยแข็งที่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรเซชัน (Pasteurization) ซึ่งกระบวนการนี้จะทำลายฮอร์โมนและเอ็นไซม์ที่ช่วยดูดซึมแคลเซียม
8. ให้ระมัดระวังอาหารที่มีไขมัน งดไขมันจากสัตว์ หลีกเลี่ยงไขมันที่ผ่านกระบวนการที่ใช้ความร้อนสูง เพราะจะก่อให้เกิดอนุมูลอิสระ ส่วนแหล่งไขมันที่ดี เช่น ปลา ถั่วดิบ และเมล็ด ธัญพืชที่ไม่ผ่านการอบ
9. หลีกเลี่ยงอาหารสังเคราะห์ หรืออาหารที่ผลิตจากแป้งขาว น้ำตาลทรายขาว ฯลฯ
10. พยายามอย่าดื่มน้ำ 15 นาที ก่อนอาหาร ระหว่างอาหาร และหลังอาหาร 1 ชั่วโมง การดื่มน้ำมากเกินไปจะลดประสิทธิภาพการย่อยอาหาร

จะเห็นได้ว่า แนวทางการบริโภคต่างๆ ที่หลายท่านได้กล่าวไว้นั้น มักจะเน้นไปที่การบริโภคอาหารจำพวก ผักผลไม้ ธัญพืชต่างๆ เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งเมื่อเราสามารถปฏิบัติได้ตามข้อปฏิบัติเหล่านี้ ก็จะทำให้เรามีโภชนาการที่ดี ดังนั้นอาหารเพื่อสุขภาพจึงหมายถึง อาหารที่มีส่วนประกอบของสารอาหารครบ 5 หมู่ ที่สามารถพบได้ในอาหารตามธรรมชาติ และมีคุณสมบัติในทางที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เนื่องจากสามารถป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

4.4 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

Muzafer Sherit and Carolgn W. Sherit (1967: 112) ได้กล่าวถึงหลักการของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ทัศนคติไม่ได้มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นขอบเขตของความรู้ ความคิดของมนุษย์ที่ถูกกระตุ้น โดยการเรียนรู้ภายใต้สัญลักษณ์ของ “แรงขับเคลื่อนทางสังคม” “ความต้องการทางสังคม” และ “การปรับตัวให้สอดคล้องกับสังคม” ซึ่งทัศนคติของคนนั้นขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้
2. ทัศนคติไม่ได้เกิดขึ้นเพียงชั่วครั้งชั่วคราว แต่จะมีมากหรือน้อยก็ได้ ซึ่งสามารถที่จะเปลี่ยนแปลง โดยเกิดขึ้นมาจากการกำหนดหน้าที่ในการเรียนรู้ และทัศนคติก็ไม่ได้อยู่ภายใต้การครอบงำของสิ่งมีชีวิตที่มักจะมีการเคลื่อนไหวขึ้นลงหรือหยุดอยู่กับที่

3. ทักษะมีความสัมพันธ์ระหว่างคน และวัตถุ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ในสิ่งเกี่ยวกับบุคคล กลุ่ม สถาบัน วัตถุ คุณค่า ประเด็นทางสังคม หรือระบบความคิด ความเชื่อ

Carter V.Good (1973: 48-49) ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง แนวโน้มและท่าทีที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สถานการณ์ หรือค่านิยมใดค่านิยมหนึ่ง โดยจะมีความรู้สึกและอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งสังเกตได้จากพฤติกรรมการแสดงออกทางวาจา และท่าทาง

Shaw and Wright (1976 อ้างใน จิตรา ธารสาโรจน์, 2541: 26) กล่าวว่า ทักษะคติ หมายถึง ความรู้สึกทางจิตใจของบุคคล เนื่องจากการเรียนรู้ตลอดจนประสบการณ์ ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การตอบสนองสิ่งเร้า หรือจินตนาการต่างๆที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้อง

Newcomb (มปป. อ้างใน ลัดดา กิติวิภาต, 2532: 1-2) กล่าวว่า ทักษะคติของบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่บุคคลได้รับ อาจแสดงออกมาทางพฤติกรรมใน 2 ลักษณะคือ

1. ทักษะคติทางบวก (Positive Attitude) แสดงออกในลักษณะ ฟังพอใจ และเห็นด้วย หรือ ชอบ จะทำให้บุคคลอยากกระทำ อยากได้ อยากเข้าไปใกล้สิ่งนั้น

2. ทักษะคติทางลบ (Negative Attitude) แสดงออกในลักษณะ ไม่ฟังพอใจ และไม่เห็นด้วย หรือ ไม่ชอบ จะทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่ายชิงชัง ต้องการหนีให้ห่างจากสิ่งนั้น

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2544: 186) ให้ความหมายของทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูด หรือพฤติกรรมที่สะท้อนทัศนคตินั้นๆ ซึ่งคนแต่ละคนมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาน้อยแตกต่างกัน แม้ว่าทัศนคติจะเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม แต่เมื่อได้เกิดขึ้นแล้วจะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อบุคคลที่มีทัศนคตินั้น และอิทธิพลของทัศนคติมีมากมาย แทบจะกล่าวได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตขึ้นอยู่กับทัศนคติของบุคคลเหล่านั้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กหรือเรื่องสำคัญมากมายเพียงใด

สรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ จนกลายเป็นความเชื่อของคน ซึ่งมีทั้งทัศนคติทางบวก และทางลบ โดยจะมีความสัมพันธ์ต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพก็น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดจากทัศนคติของคนในเรื่องต่างๆ เช่นกัน

4.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ปริญ ลักขิตานนท์ (2544: 26-27) ให้ความหมายของคำว่า “พฤติกรรม” ว่าหมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำต่างๆ แบ่งได้เป็น 2 แบบ ได้แก่

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) เช่น การเดิน การพูด การหัวเราะ การรับประทาน การสัมผัส ฯลฯ

2. พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) เช่น การคิด การฝัน ฯลฯ ซึ่งการที่คนจะแสดงพฤติกรรมอะไรออกมา นั้น เกิดจากการถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกของตนเอง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 16-27) กล่าวถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมของคนเราจะมีอยู่ 3 ด้านคือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจ

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติค่านิยมความรู้สึกชอบ (Affective Domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุง ค่านิยมที่ยึดถืออยู่ โดยจะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งก็คือทัศนคติของคนเรานั้นเอง

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่า อาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป ซึ่งพฤติกรรมในขั้นนี้ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา และทัศนคติเป็นส่วนประกอบ

ดังนั้นเราอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของคนเรานั้น สามารถเกิดจากความรู้ และทัศนคติของแต่ละบุคคลซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการหลอมรวมความคิดของเราให้มีพฤติกรรมในการปฏิบัติไปในทางที่ต้องการ

ศุภร เสรีรัตน์ (2544: 19-25) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคสินค้า มี 2 แบบ คือ

1. ปัจจัยที่อยู่ภายในของบุคคล (Internal variables) โดยเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ปัจจัยพื้นฐาน จะเป็นตัวควบคุมกระบวนการของความคิดภายในทั้งหมดของผู้บริโภค มีด้วยกัน 4 ประการ คือ ความต้องการของผู้บริโภค (Consumer's need) แรงจูงใจ (Motives) บุคลิกภาพ (Personality) และการตระหนักรู้ (Awareness)

2. ปัจจัยที่อยู่ภายนอกของบุคคล (External variables) เรียกปัจจัยนี้ว่า อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้บริโภคมักจะต้องพบอยู่เป็นประจำ โดยสามารถแบ่งได้เป็น 5 ปัจจัย คือ อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลของสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการติดต่อกันของบุคคลกับคนอื่นที่

นอกเหนือไปจากครอบครัว และธุรกิจ เช่น จากเพื่อนที่เรียน ที่ทำงาน เพื่อนบ้าน เป็นต้น อิทธิพลของธุรกิจ ได้แก่ การติดต่อโดยตรงของบุคคลที่มีต่อธุรกิจ เช่น ร้านค้า การโฆษณา เป็นต้น อิทธิพลของวัฒนธรรม ซึ่งเป็นเรื่องของความเชื่อที่มีอยู่ในตัวของบุคคล โดยพัฒนาขึ้นจากระบบของสังคมนั้น และอิทธิพลทางเศรษฐกิจหรือรายได้ และในปัจจุบันนี้กระแสแห่งการดูแลสุขภาพกำลังได้รับความนิยมนอย่างสูง ซึ่งกลุ่มที่เป็นผู้นำที่เห็นได้ชัดเจน คือ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ที่เผยแพร่ให้ความรู้ และสร้างแรงโน้มน้าวใจให้ประชาชนหันมาปฏิบัติตาม

4.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และทัศนคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 95) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อทัศนคติ คือ บุคคลย่อมมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งบุคลิกภาพที่แตกต่างกันนี้จะมีผลทำให้เกิดทัศนคติของบุคคลเหล่านั้นแตกต่างกันด้วย โดยมีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อการมีทัศนคติที่แตกต่างกัน ทั้งทางด้านสรีรวิทยา วัตถุ สังคม และอื่นๆ และเชื่อว่า “อายุ” มีผลต่อทัศนคติของบุคคล ผู้ใหญ่มักจะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ยาก ซึ่งมีผลต่อทัศนคติของเขาเองที่มีต่อสิ่งต่างๆ ในสังคม ดังนั้นการที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมย่อมจะทำได้ยากในกลุ่มคนมีอายุมาก ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่มวัยรุ่นที่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือสร้างทัศนคติของบุคคลเหล่านั้นด้วย

นอกจากนี้ลักษณะทางประชากรบางอย่างก็มีผลต่อทัศนคติ เช่น เพศ พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากวัฒนธรรม ซึ่งผู้หญิงมักจะเป็นคนที่ชอบประนีประนอมมากกว่าผู้ชาย ทั้งนี้ยังมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ อีกหลายอย่างที่มีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติของบุคคล ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าบุคคลที่แตกต่างกัน ปฏิกริยาของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าหรือข่าวสารอย่างเดียวกันย่อมจะไม่เหมือนกัน ดังนั้น ผลที่จะมีต่อการเกิดหรือต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติย่อมจะแตกต่างกันด้วย

ในส่วนของพรกมล รัชนาภรณ์ (2542: 30) ยังได้กล่าวว่า บุคคลย่อมมีลักษณะที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ซึ่งส่งผลต่อความคิดเห็นและความนิยมชมชอบที่แตกต่างกันด้วย สอดคล้องกับที่สวัสดี สุคนธรังสี (2517: 11 อ้างใน อูราพร บุญรักษ์, 2513: 10) ที่กล่าวว่า การประกอบอาชีพ และประสบการณ์ในการทำงาน มีส่วนเพิ่มเติมในการสร้างทัศนคติของบุคคลในระยะต่อมา ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีถิ่นกำเนิด ฐานะทางครอบครัว ระดับการศึกษา ลักษณะการประกอบอาชีพ และการสมาคมต่างกัน จึงมีทัศนคติต่อโลกและสังคมไม่เหมือนกัน เมื่อมีทัศนคติต่างกัน ความคิดเห็นก็ต่างตามไปด้วย

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2523) กล่าวว่า ลักษณะทางสังคม ได้แก่ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ลักษณะงานที่ทำ ลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อประชากรศึกษา

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยคาดว่า การที่บุคคลมีการเรียนรู้ ความจำ ความคิด น่าจะมีผลต่อความรู้ และทัศนคติของบุคคลด้วย ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ และทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย มาใช้ในการศึกษาดังนี้

1. ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน และรายได้ต่อเดือน
3. ปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว

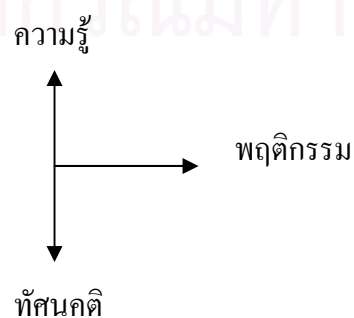
4.7 แนวคิดเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

Schwartz (1975 อ้างใน สายชล บุญศิริเอื้อเฟื้อ, 2546: 19-20) ได้กล่าวถึงรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ 3 ด้านคือ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยสรุปรูปแบบความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

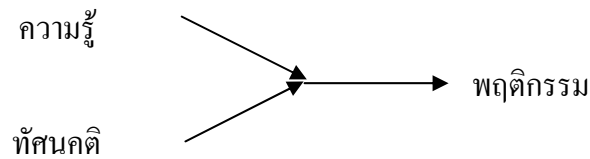
1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม



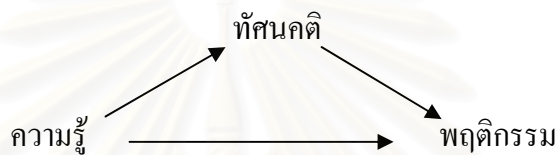
2. ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและกันก่อให้เกิดพฤติกรรมตามมา



3. ความรู้และทัศนคติต่างกัน ทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้น ทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดพฤติกรรมตามมาได้



จากรูปแบบความสัมพันธ์เหล่านี้ จะเห็นได้ว่า ความรู้ และทัศนคติ ต่างก็มีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาถึงความรู้ ทัศนคติ โดยดูว่ามีปัจจัยกำหนดอะไรบ้าง เพื่อที่จะได้ทราบว่า แต่ละบุคคลจะมีความรู้และทัศนคติในการบริโภคอาหารอย่างไร และตัวแปรดังกล่าวจะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลได้อย่างไร

5. วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและผลงานที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ จะสรุปถึงปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย ที่คาดว่าจะมีผลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และปัจจัยความรู้และทัศนคติที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยจำแนกปัจจัยต่างๆ ดังนี้

5.1 ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

5.1.1 เพศ

เพศเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความแตกต่างของลักษณะทางกายภาพ และชีวภาพของคน ในการ ทบทวนวรรณกรรม พบบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างเพศกับความรู้ และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อ สุขภาพน้อยมาก เช่นที่ พิมพร ยศแก้ว (2530) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพผู้บริโภคของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเทศบาล

เขตการศึกษา 8 พบว่า นักเรียนหญิงมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพผู้บริโภคอยู่ในระดับดีกว่านักเรียนชาย

นอกจากผลงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่แล้วเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น Newsweek ฉบับปลายเดือนสิงหาคม 2538 กล่าวถึงแนวโน้มการที่วัยรุ่นหันมานิยมอาหารมังสวิรัติน่ามากขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปมีวัยรุ่นหญิงซึ่งกินอาหารมังสวิรัติน่ามากกว่าชายเกือบเท่าตัว (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2545: 9-10) และชนชญาณ์ จันทรธีวัตรกุล (2542) พบว่า เพศหญิงและเพศชายจะมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงบริโภคมากกว่าเพศชาย จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้หญิงมีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ดังนั้นในเรื่องของความรู้และทัศนคติของผู้หญิงก็น่าจะมีมากกว่าผู้ชายเช่นกัน ผู้วิจัยเลือกตัวแปรนี้มาศึกษาเนื่องจากว่า ผู้หญิงและผู้ชายน่าจะมีรูปแบบการดำเนินชีวิตและแนวคิด ทัศนคติที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้หญิงมักจะมีความสนใจในเรื่องรอบตัวมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะในเรื่องของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้หญิงน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ชาย และผู้หญิงน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ชาย

5.1.2 อายุ

ผู้ที่มีอายุน้อยและอายุมากจะมีการรับสิ่งใหม่ การตัดสินใจ และมีความคิดเห็นแตกต่างกัน (สลักจิต ศิรินันท์, 2539: 38) สอดคล้องกับคำกล่าวของ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2541: 133) ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของคนนั้นจะยากขึ้นตามอายุคนที่เพิ่มขึ้นด้วย กล่าวคือ เมื่อคนเรามีทัศนคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่ว่าจะทางบวกหรือลบ ก็มักจะยึดติดกับทัศนคติที่เคยมีมาอยู่แล้ว โดยเฉพาะผู้ใหญ่ที่เมื่อมีความรู้ในเรื่องอะไรที่คิดว่าถูกต้องแล้วก็จะยึดถือความรู้นั้นอย่างเชื่อมั่น ซึ่งจะนำไปสู่การไม่ยอมเปลี่ยนทัศนคติได้ง่ายเท่ากับเด็กหรือวัยรุ่น

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้ที่มีอายุน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

5.1.3 สถานภาพสมรส

ในการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพนั้น ยังไม่พบงานวิจัยที่กล่าวถึงปัจจัยด้านนี้ แต่ผู้วิจัยคาดว่าตัวแปรนี้น่าจะมีผลให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพระหว่างผู้ที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกัน โดยที่ผู้ที่สมรสแล้วน่าจะมีความรู้และทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพดีกว่าผู้ที่เป็นโสด เพราะผู้ที่สมรสแล้วต้องหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพให้คนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแม่บ้านที่ต้องใส่ใจดูแลบุตรในเรื่องอาหารตั้งแต่แรกเกิด แต่แนวคิดนี้ก็ตรงข้ามกับงานวิจัยของ ธนภูมิ อติเวทิน (2543: 66-67) ที่พบว่า บุคคลที่เข้าสู่วัยผู้ใหญ่แทบทุกคนจะมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง แต่ในกรณีของผู้ที่มีสถานภาพโสดแล้ว ความรู้สึกในเรื่องนี้จะมีความจริงจังและเอาใจใส่กว่ากันมาก เนื่องจากคนโสดไม่มีครอบครัวคอย ดูแล ดังนั้นจึงต้องพยายามดูแลตัวเองให้ดีที่สุด นอกจากนี้ กลุ่มคนที่แต่งงานหรือมีบุตรแล้วก็ยังพยายามพึ่งตนเองเช่นกัน ซึ่งปัจจุบันนี้พ่อแม่มีความคาดหวังให้บุตรมาดูแลตนเองน้อยลง เพราะไม่อยากเป็นภาระแก่บุตร

จากแนวคิดและผลการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านนี้ด้วยเช่นกัน โดยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่สมรสแล้วน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ และผู้ที่สมรสแล้วน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

5.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน และรายได้

5.2.1 ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งที่ทำให้คนเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องต่างๆ และสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของคนเราได้ทั้งในทิศทางต่างๆ ดังเช่นที่ สายชล บุญศิริเอื้อเพื่อ (2546) ศึกษาพบว่า ผู้บริโภคที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติ ในการบริโภคอาหารจานด่วนดีกว่าผู้บริโภคที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยจะพิจารณาเลือกอาหารที่มีคุณค่าและประโยชน์ และกัลยา นาคเพชร (2521: 4) พบว่า ระดับการศึกษามีความสำคัญต่อเจตคติในการเลือกซื้ออาหารของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงก็จะมีความรู้เรื่องโภชนาการดี รู้จักเลือกซื้ออาหารที่ดีมีประโยชน์ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ หรือไม่มีการศึกษา สุวรรณ นามณรงค์ (2538: 17) กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย รับรู้ข่าวสารจากสิ่งต่างๆ หลายประเภท ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ Pender (1989: 161) กล่าวว่า ระดับการศึกษาช่วยให้บุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยได้ดี มีโอกาสแสวงหาข้อมูลข่าวสาร ได้ถูกต้องกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งจะส่งผลไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

นอกจากนี้สุโท เจริญสุข (2536 อ้างใน วัฒนา ประกอบแสง, 2538: 70) ได้กล่าวไว้ว่า คนที่มีการศึกษา และประสบการณ์มาก จะช่วยเพิ่มพูนความรู้และความสามารถให้ตนเองเสมอ ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางและอุปทานในสิ่งต่างๆ ได้มาก ส่วน บัญ โรจนะบุรานนท์ (2519 อ้างใน วรวงคณา บุตรศรี, 2538: 16) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาคือ จะมีความรู้ในเรื่องอาหารดี โดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ และความรู้ยังช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค ในการรับประทานอาหารบางประเภทได้ด้วย ส่วนศศิพิมพ์ ศรีคะ (2542: 45) กล่าวว่า การศึกษาเป็นแนวทางหนึ่งที่บุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมความรู้สึก ความคิดเห็น ได้ เนื่องจากได้เรียนรู้บางสิ่งเพิ่มเติม กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างไปจากผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 185) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบทางการศึกษามีผลต่อความรู้ ทักษะ ทักษะของประชาชน ซึ่งประชาชนที่มีการศึกษาดำ มักจะมีความรู้ ทักษะทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้ที่ได้รับการศึกษาย่อมมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติทางสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำ

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า และผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า

5.2.2 สถานภาพการทำงาน

บุคคลที่ประกอบอาชีพต่างกันจะมีมุมมองปรากฏการณ์ใดๆ ในแง่มุมหนึ่งหรือด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับภูมิหลังที่เกี่ยวกับสาขาอาชีพของตน และจะเลือกเก็บข้อมูลแต่ในด้านที่อยู่ในความสนใจของแขนงวิชาตน (พิมพ์พิลาส ต้นติพงษ์, 2540: 7) ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2541: 133) กล่าวว่า อาชีพของแต่ละบุคคลจะนำไปสู่ความจำเป็นและความต้องการสินค้าและบริการที่แตกต่างกัน เนื่องจากเมื่อบุคคลประกอบอาชีพอะไรก็จะมีความรู้ในเรื่องของอาชีพตนได้ดี แต่เมื่อต้องการที่จะได้สิ่งของอื่นๆ ที่ตนเองยังไม่มีความรู้พอ ก็จะต้องขวนขวายหาความรู้เกี่ยวกับของสิ่งนั้น ทั้งนี้บุคคลที่มีอาชีพเดียวกันก็มักจะมีรู้เฉพาะด้านคล้ายๆกัน ซึ่งบุคคลที่ต่างอาชีพกันก็จะมีความรู้ และทัศนคติแตกต่างกันไป

นอกจากนี้ มนต์ ฉายาวิจิตรศิลป์ (2535-2536) พบว่า คนกรุงเทพฯ ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานจะเป็นกลุ่มที่มีความรู้ทางโภชนาการต่ำ และมีทัศนคติในการบริโภคอาหารแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ คือ ให้ความสำคัญกับคุณค่าอาหารน้อย ส่วนในกลุ่มของผู้บริหารที่ทำงานภาคเอกชน และกลุ่มผู้บริหารราชการจะมีความรู้ในเรื่องโภชนาการในระดับปานกลางค่อนข้างสูง เพราะมี

ความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพค่อนข้างสูง และพยายามหาอาหารเสริมมาบริโภคเพื่อป้องกันรักษาสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และเนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย ดังนั้นจึงคาดว่าคนกลุ่มนี้น่าจะมีความรู้ในเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากว่าทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนโดยตรง ความรู้และทัศนคติในเรื่องเหล่านี้จึงน่าจะมีมาก

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ และผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ

5.2.3 รายได้ต่อเดือน

รายได้เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนทุกคน ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 98) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถซื้อสิ่งของอื่นใดก็ได้ตามความต้องการ ซึ่งทัศนคติที่มีต่อสิ่งของที่ต้องการก็จะดี เพราะสามารถใช้จ่ายได้โดยไม่ลำบากเท่ากับผู้มีรายได้ ค่อนข้างต่ำ ซึ่งการที่จะซื้อของใดๆ ก็จะต้องตระหนักถึงคุณค่าของสินค้าให้มาก ดังนั้นทัศนคติที่มีก็อาจจะไม่ดีเสมอไป ส่วนวัฒนา ประกอบแสง (2538) พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ คือ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มักจะเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องอาหารที่ควรบริโภคน้อย จึงไม่รู้จักใช้เงินที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ซึ่งถ้าขาดความรู้ในทางโภชนาการแล้ว ก็มักจะไม่ได้อาหารที่มีคุณประโยชน์แก่ร่างกายมาบริโภค

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า และผู้ที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า

5.3 ปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย

ปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว

5.3.1 การมีโรคประจำตัว

โรคประจำตัวเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกคน การดูแลตนเองมีคุณประโยชน์และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยสามารถปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคเรื้อรัง และเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของ

ผู้ป่วย (สมใจ ยิ้มวิไล, 2531: 66 อ้างใน มนทิตรา รัชตะสมบุรณ์, 2544: 9) ดังเช่นที่ Rosenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventhal (ม.ป.ป. อ้างใน เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ, 2521: 90-91) ได้ทำการวิเคราะห์ผลการวิจัยเรื่องความเอาใจใส่ในสุขภาพของประชาชนในสหรัฐอเมริกา โดยกล่าวว่า ความตั้งใจของคนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ 1) บุคคลนั้นตระหนักว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับสุขภาพของตน 2) บุคคลนั้นตระหนักว่าอันตรายดังกล่าวอาจส่งผลร้ายต่อตัวเอง 3) บุคคลนั้นสำนึกว่ามีวิธีการที่จะมารักษาอันตรายเหล่านั้นให้หายไปได้ กล่าวได้ว่า หากบุคคลรู้สึกที่ตัวเองเริ่มมีอาการป่วยขึ้นมาหรือมีโรคประจำตัว ก็จะต้องพยายามแสวงหาความรู้แนวทางต่างๆ เพื่อที่จะป้องกันและรักษา เพื่อมิให้โรคที่เป็นอยู่ลุกลามมากขึ้น และหายจากโรคนั้นในที่สุด ซึ่งสลักจิต ศิรินันท์ (2539) ศึกษาพบว่า การคำนึงถึงสุขภาพร่างกายของตนเองและสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจบริโภคผักปลอดสารพิษ เนื่องจากว่า หากเรามีโรคประจำตัวก็จะหาวิธีการรักษาโรคเหล่านั้น โดยศึกษาหาความรู้จากตำราต่างๆ รวมทั้งการหาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้นการที่คนมีโรคประจำตัวก็อาจจะทำให้มีทัศนคติในการมองคุณค่าของอาหารก็จะสูงตามไปด้วย

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

5.4 ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

ความรู้เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีการไตร่ตรองก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมบางอย่างออกมา ดังเช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งศุภร เสรีรัตน์ (2544: 19) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคสินค้า ได้แก่ การมีความรู้ในบางสิ่งบางอย่างได้โดยผ่านประสาททั้งห้า และมนทิตรา รัชตะสมบุรณ์ (2544) ศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องอาหารชีวจิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อการบริโภคอาหารชีวจิตของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากบุคคลเมื่อได้รับความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและให้ความสนใจพร้อมทั้งทดลองปฏิบัติ เมื่อพบว่าได้ผลดีก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ส่วนวงสวาท โกศลวัฒน์ (2545) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลนั้นจะขึ้นอยู่กับความรู้ทางโภชนาการ และการโฆษณา

นอกจากนี้ มาร์ติน อัสติน อีเทล (2514: 4 อ้างใน ขวัญตา ฮวดศิริ, 2547: 22) กล่าวว่า ความรู้เรื่องคุณค่าอาหาร เป็นเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจเลือกซื้อ ซึ่งการที่บุคคลนิยมรับประทานอาหารแต่ละชนิด เพราะรู้คุณค่าของอาหารนั้น วรลักษณ์ คงหนู และ

ประเวศ บุญเลี้ยง (2543) พบว่า ผู้ที่มีความรู้ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับปานกลางและต่ำกว่า เนื่องจากผู้ที่มีความรู้สูงจะมีความสามารถในการจำแนกแยกแยะได้ว่าอาหารชนิดใดควรบริโภคในลักษณะอย่างไรจึงจะได้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจได้ว่าอาหารชนิดใดควรเลือกหรือไม่ควรเลือกมาบริโภค

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยสามารถตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าน่าจะมีส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพน้อยกว่า

5.5 ทักษะที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ทัศนคติเป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ตลอดชีวิตของบุคคล และเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา โดยทัศนคตินั้นสามารถมีได้ทั้งทางบวกหรือลบก็ได้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 6) กล่าวว่า ทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมการแสดงออกที่สังเกตได้กับทัศนคติ ต่างก็มีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกัน วรนุช เชื้อบาง (2545) ศึกษา พบว่า ศตริวิษุจน์ในจังหวัดอุดรดิตถ์ มีทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับดีปานกลาง คือ ประเมินถึงคุณค่าของอาหารเพื่อสุขภาพได้ไม่ดีมาก แต่ก็ไม่มีอคติกับอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งศตริวิษุจน์มีการบริโภคอาหารเพื่อให้เกิดการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากว่า วิษุจน์กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระบบการศึกษาจึงมีการประเมินคุณค่าของอาหารที่บริโภคได้ ในการศึกษาของเบญญา ยอดดำเนิน (2523: 109) ได้กล่าวไว้ว่า แบบแผนของการรับประทานอาหารของคนในแต่ละสังคมถูกจำกัดอยู่ในกรอบของการเลือกอาหาร (Dietary regime) ด้วยปัจจัยต่างๆหลายประการ เช่น ปัจจัยทางวัฒนธรรมในเรื่องของ ความเชื่อ บริโภคนิสัย และขนบธรรมเนียมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่สมาชิกกลุ่มสังคมได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด และได้รับการยอมรับโดยปริยายว่าความประพฤติหรือความเชื่อเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นล้วนเข้าไปมีบทบาทต่อทัศนคติอย่างมากในพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคน

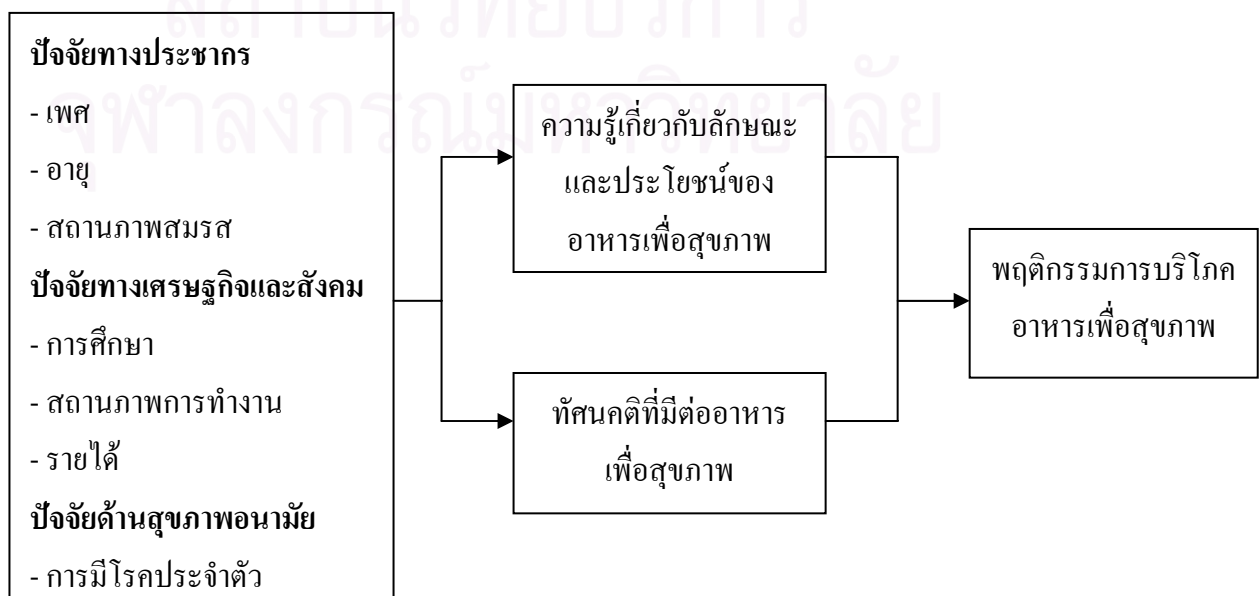
การศึกษาของรุจิรา สัมมะสุต (2539) ในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า การจะรับประทานอาหารชนิดไหนและอย่างไร ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความพอใจ ขนบธรรมเนียมประเพณี และสภาพทางภูมิศาสตร์ของท้องถิ่น นอกจากนี้ยังรวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับอาหารในแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะหลอมรวมความคิดของคนจนกลายเป็นทัศนคติที่มีต่ออาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวัน ในที่สุด ส่วนวงสวาท โกศลวัฒน์ (2545) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลนั้นก็ขึ้นอยู่กับบริโภคนิสัย รสนิยม หรือความชอบส่วนตัว ความเชื่อบางอย่างที่เกี่ยวกับอาหารซึ่งเกิดขึ้น

กลายเป็นทัศนคติ สอดคล้องกับ Jerome (1980) ที่พบว่า ปัจจัยที่เป็นแนวทางในการบริโภคอาหาร ได้แก่ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับ ระบบความคิด ค่านิยม ทัศนคติ และความเชื่อเรื่องอาหาร วรลักษณ์ คงหนู และ ประเวศ บุญเลี้ยง (2543) พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติ และค่านิยมในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารระดับสูงจะให้คุณค่าต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพและมีแนวโน้มที่จะเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารตามการให้คุณค่า ส่วนจิตตินันท์ เสวะลาภี (2544) กล่าวว่าเมื่อผู้บริโภคมีความรู้ ความเข้าใจถึงคุณประโยชน์ที่แท้จริงของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพแล้ว จะเกิดการประเมินถึงอาหารเพื่อสุขภาพประเภทต่างๆที่ได้รับรู้มา และสร้างทัศนคติที่ดีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและทำให้เกิดแนวโน้มที่จะแสดงทัศนคตินั้นๆออกมาเป็นพฤติกรรมการบริโภคในที่สุด

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติในเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามที่สรุปไว้ข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย ที่แตกต่างกันน่าจะส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันด้านความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ ในส่วนของแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของ Schwartz (1975 อ้างใน สายชล บุญศิริเอื้อเฟื้อ, 2546: 19-20) ผู้วิจัยเลือกที่จะนำแบบจำลองแบบที่ 3 คือความรู้และทัศนคติต่างกัน ทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพแตกต่างกันได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน มาใช้เป็นแนวทางไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดเพื่อใช้ในการศึกษา ได้ดังนี้



7. สมมติฐานหลัก

1. ประชากรวัยแรงงานที่มีคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย ที่แตกต่างกันน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน

2. ประชากรวัยแรงงานที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกัน

8. สมมติฐานย่อย

ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

1. ผู้หญิงน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ชาย

2. ผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

3. ผู้ที่สมรสแล้วน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

4. ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า

5. ผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัยน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ

6. ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า

7. ผู้ที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว

ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

8. ผู้หญิงน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ชาย

9. ผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

10. ผู้ที่สมรสแล้วน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

11. ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า

12. ผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัยน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ

13. ผู้ที่มีรายได้อต่อเดือนสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้อต่อเดือนต่ำกว่า

14. ผู้ที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มืโรคประจำตัว

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

15. ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพน้อยกว่า

16. ผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติในเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในกรุงเทพมหานคร

2. ทราบถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในกรุงเทพมหานคร

3. ผลการศึกษาอาจสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชากรวัยแรงงานในเขตกรุงเทพมหานคร และผลที่ได้จากการศึกษาอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชากรในพื้นที่อื่นๆต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของข้อมูล

การศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร ประชากรที่เป็นเป้าหมายในการศึกษา คือ ประชากรที่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุตั้งแต่ 15-59 ปี) ที่ประกอบอาชีพ หรือกำลังศึกษาในองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลสถิติประชากรจากการคาดประมาณตามกลุ่มอายุ (พันคน) ของกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2546 เป็นประชากรฐาน (Population Base) ซึ่งมีประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 3,084,183 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547: www.service.nso.go.th/thailand/HTML/001/001/pv/pv.htm) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของยามานะ (Yamane, 1967 อ้างถึงใน สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2544: 127) ดังนี้

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

โดยที่

$$n = \text{ขนาดตัวอย่าง}$$

$$N = \text{จำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด}$$

$$E = \text{ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง}$$

จากสูตรของยามานะที่ให้มีความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5 หรือ 0.05 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$N = 3,084,183 / (1 + 3,084,183 * 0.05^2)$$

$$= 399.99 \text{ หรือ } \approx 400 \text{ คน}$$

หลังจากนั้นจึงมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดังนี้

1.1 การสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic sampling) เพื่อเลือกเขตที่จะเป็นฐานในการนำไปสู่การเลือกองค์กรอย่างไม่มีความอคติ (bias) โดยการจับฉลากจาก 50 เขตในกรุงเทพมหานคร และจากทุกๆ 10 เขต หยิบออกมา 1 เขต ได้มาทั้งหมด 5 เขต ดังนี้

1.1.1 เขตบางเขน

1.1.2 เขตปทุมวัน

1.1.3 เขตพระนคร

1.1.4 เขตพระโขนง

1.1.5 เขตห้วยขวาง

1.2 การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในการเลือกองค์กรต่างๆจากแต่ละเขตที่จับฉลากมาได้ เนื่องจากแต่ละเขตจะมีองค์กรต่างๆมากมาย ผู้วิจัยจึงต้องใช้วิธีเจาะจงเลือก โดยเลือกมาเขตละ 1 องค์กร เพื่อจะได้เห็นถึงความหลากหลายของประชากรในแต่ละองค์กรในช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มสถาบันการศึกษา กลุ่มสถานพยาบาล กลุ่มบริษัทเอกชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน และหน่วยงานราชการ ได้แก่

1.2.1 เขตปทุมวัน เลือกศึกษาที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงเข้าสู่วัยแรงงาน โดยเลือกศึกษาเฉพาะนิสิตระดับปริญญาตรี ซึ่งมีทั้งหมด 18 คณะ เลือกสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากออกมา 1 คณะ ได้แก่ คณะครุศาสตร์ และจับฉลากเลือกชั้นปีการศึกษาออกมา 2 ชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 4

1.2.2 เขตห้วยขวาง เลือกศึกษาที่บริษัทธนบุรีพาณิชย์ลิซซิ่ง จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทเกี่ยวกับการประกอบรถยนต์ เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มพนักงานเอกชน

1.2.3 เขตบางเขน เลือกศึกษาที่ศูนย์อนามัยที่ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์อนามัยของโรงพยาบาลแม่และเด็ก เพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์

1.2.4 เขตพระโขนง เลือกศึกษาที่บริษัท เอ็ม จี เอ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทผลิตเทปบันทึกเสียงในเครือ จี เอ็ม เอ็ม แกรมมี่ โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มพนักงานฝ่ายผลิตและผู้ใช้แรงงานการขนส่งสินค้า เพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มผู้ใช้แรงงาน

1.2.5 เขตพระนคร เลือกศึกษาที่ กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย เพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มข้าราชการ

1.3 เลือกตัวอย่างแบบบังเอิญจากแต่ละองค์กรที่ตกเป็นตัวอย่าง โดยกำหนดให้ขนาดตัวอย่างเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากร ดังนี้

องค์กร	จำนวนประชากร วัยแรงงาน (คน)	จำนวน ตัวอย่าง (คน)
นิสิตปี 1 และปี 4 คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	556	106
ข้าราชการและพนักงานที่ทำงานในกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย(ส่วนกลาง)	761	145
เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 1 ร.พ.ส่งเสริมสุขภาพ	295	57
พนักงานบริษัทธนบุรีพาณิชย์ลิซซิ่ง จำกัด	248	47
พนักงานฝ่ายผลิตและขนส่ง บริษัท เอ็ม จี เอ จำกัด	237	45
รวมประชากรทั้งหมด	2,097	400

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด (Close-ended questionnaire) แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ และลักษณะของอาหารเพื่อสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปแจกให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง แล้วรอรับ โดยผู้วิจัยจะอธิบายคำถามและวิธีการตอบให้เข้าใจก่อน ซึ่งจากที่ได้กำหนดเก็บแบบสอบถามจำนวน 400 รายในช่วงต้นนั้น เมื่อผู้วิจัยลงไปเก็บข้อมูลจริง สามารถเก็บแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ได้ทั้งหมด 449 ชุด

3. ข้อจำกัดในการศึกษา

3.1 ในการศึกษารุ่นนี้ไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาเน้นเฉพาะปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัยกับความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพเท่านั้น ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวจะนำไปสู่การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ดังนั้นจึงทำให้ไม่ทราบว่าปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคหรือไม่ อย่างไร

3.2 ในส่วนของแบบสอบถามที่มีลักษณะของการกำหนดคำตอบไว้แล้ว (แบบปลายปิด) ไม่มีการให้ผู้ตอบได้เขียนแสดงความคิดเห็น (แบบปลายเปิด) ดังนั้นคำตอบที่ได้ อาจจะอยู่ในวงจำกัด และอาจจะมีคำตอบที่น่าสนใจกว่านี้เพิ่มขึ้น

3.3 ในการสุ่มตัวอย่างเลือกประชากร จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้มานั้นมีสัดส่วนของเพศ ที่แตกต่างกันมาก กล่าวคือ มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงเกิดความเบ้ (Skewness) ของข้อมูล

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ จะมีข้อจำกัดของข้อมูลหลายประการดังกล่าวแล้ว แต่การศึกษารุ่นนี้ก็มีความแตกต่างในบางประเด็นจากการศึกษาในอดีต กล่าวคือ การศึกษาในอดีต ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา

เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างเดียว ไม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และส่วนใหญ่อาหารเพื่อสุขภาพที่การศึกษาในอดีตเน้นก็คืออาหารเสริมที่สกัดจากธรรมชาติ ผลิตภัณฑ์สังเคราะห์ หรือถ้าเป็นอาหารธรรมชาติก็มักศึกษาเฉพาะเจาะจงไปเป็นประเภทเดียว เช่น อาหารชีวจัด เป็นต้น

4. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาและการวัดตัวแปร

ตัวแปรต้น

ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย

1. ปัจจัยทางประชากร ได้แก่

- เพศ แบ่งเป็น
 - ชาย
 - หญิง
- อายุ หมายถึง อายุเต็มปี นับจากวันเกิด ถึงวันสัมภาษณ์ แบ่งเป็น
 - อายุ 34 ปี หรือต่ำกว่า
 - อายุ 35 ปี ขึ้นไป
- สถานภาพสมรส แบ่งเป็น
 - โสด
 - สมรส
 - หย่าร้าง/ หม้าย

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่

- ระดับการศึกษา แบ่งเป็น
 - ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า
 - มัธยมศึกษา
 - ปวช./ ปวส.
 - ปริญญาตรีขึ้นไป
- สถานภาพการทำงาน หมายถึง ตำแหน่ง/ชั้น หรือลักษณะของงานที่ทำ แบ่งเป็น
 - นิสิต
 - แพทย์ / พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย
 - ข้าราชการ (อื่นๆ นอกเหนือจากแพทย์ / พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย)
 - พนักงานเอกชน
 - ผู้ใช้แรงงาน

- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 - 5,000 บาท หรือต่ำกว่า
 - 5,001-15,000 บาท
 - 15,001 บาท ขึ้นไป

3. ปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่

- การมีโรคประจำตัว หมายถึง บุคคลนั้นมีโรคที่มีการรับรองจากทางการแพทย์ว่าเป็นโรคประจำตัว และมีการเข้ารับการรักษาจากทางแพทย์ แบ่งเป็น
 - ไม่มี
 - มี..... ระบุโรค

ตัวแปรตาม

4. ความรู้ หมายถึง ความรู้ในเรื่องของลักษณะและประโยชน์ของอาหารเพื่อสุขภาพ แบ่งเป็น

- ใจ
- ไม่ใช่

ข้อที่ตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน โดย ผู้วิจัยจะกำหนดข้อที่ถูก และข้อที่ผิดเอง เกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้จะแบ่งแบบอิงกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งจะใช้ค่าเฉลี่ยเป็นค่ากลางของระดับคะแนนที่ให้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2535: 215-217) โดยพิจารณาออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้มาก มีความรู้ปานกลาง และมีความรู้น้อย

- ระดับความรู้น้อย หมายถึง มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเลขคณิต ลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\leq X - S.D.$)

- ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่างค่าที่มากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิต ลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> X - S.D.$) ถึงค่าที่น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเลขคณิตบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\leq X + S.D.$)

- ระดับความรู้มาก หมายถึง มีค่าคะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> X + S.D.$)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด ของความรู้ที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบทั้งหมด ดังนี้

$$X = 10.00$$

$$S.D. = 1.75$$

MAX = 13

MIN = 4

จากการพิจารณาข้างต้น จึงกำหนดเกณฑ์ในการประเมินหาค่าความรู้ ได้ดังนี้

ช่วงคะแนน	คะแนนดิบ	แปลผล
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 8.25	4-8	ความรู้น้อย
8.26-11.75	9-11	ความรู้ปานกลาง
11.76 ขึ้นไป	12-13	ความรู้มาก

5. **ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ** หมายถึง ความคิดเห็นเชิงบวก เป็นกลาง และเชิงลบของประชากรที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ คำถามและคำตอบใช้รูปแบบการวัดแบบ Likert Scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (บุญธรรม กิจปริดาภิวัตน์, 2537: 161) ดังนี้

	ทัศนคติทางบวก	ทัศนคติทางลบ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
- เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
- ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
- ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

คะแนนเต็มคือ 75 คะแนน เกณฑ์ในการประเมินระดับทัศนคติ จะแบ่งแบบอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งจะใช้ค่าเฉลี่ยเป็นค่ากลางของระดับคะแนนที่ให้ (บุญธรรม กิจปริดาภิวัตน์, 2535: 215-217) โดยพิจารณาออกเป็น 3 ระดับคือ ทัศนคติเชิงบวก ทัศนคติเป็นกลาง และทัศนคติเชิงลบ

- ทัศนคติเชิงลบ หมายถึง มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเลขคณิต ลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\leq X - S.D.$)

- ทัศนคติเป็นกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่างค่าที่มากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิต ลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> X - S.D.$) ถึงค่าที่น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเลขคณิตบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\leq X + S.D.$)

- ทัศนคติเชิงบวก หมายถึง มีค่าคะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> X + S.D.$)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดของทัศนคติที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบทั้งหมด ดังนี้

$$X = 49.58$$

$$S.D. = 5.19$$

$$MAX = 65$$

$$MIN = 33$$

จากการพิจารณาข้างต้น จึงกำหนดเกณฑ์ในการประเมินค่าทัศนคติ ได้ดังนี้

<u>ช่วงคะแนน</u>	<u>คะแนนดิบ</u>	<u>แปลผล</u>
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 44.39	33-44	ทัศนคติเชิงลบ
44.40-54.77	45-54	ทัศนคติเป็นกลาง
54.78 ขึ้นไป	55-65	ทัศนคติเชิงบวก

6. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

- อาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง อาหารที่กินเข้าไปในแต่ละวันแล้วก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย โดยอาหารนี้ต้องให้พลังงานแก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และเน้นอาหารที่มาจากธรรมชาติ โดยเฉพาะพืชผัก ผลไม้ และธัญพืช ไม่รวมถึงผลิตภัณฑ์สังเคราะห์ ในรูปอาหารเสริม

- พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง ความถี่ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

6.1 ส่วนของเหตุผลในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

-ใช่

-ไม่ใช่

6.2 ส่วนของความถี่ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แบ่งเป็น

- เป็นประจำ (ทุกวัน/ เกือบทุกวัน)

- บางครั้ง (3-4 ครั้ง/ เดือน)

- นานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/ ปี)

- ไม่เคยบริโภคเลย

โดยหลักในการให้คะแนนคือ ผู้ที่ตอบเป็นประจำ (ทุกวัน/ เกือบทุกวัน) ให้ 3 คะแนน ผู้ที่ตอบบางครั้ง (3-4 ครั้ง/ เดือน) ให้ 2 คะแนน ผู้ที่ตอบนานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/ ปี) ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ตอบไม่เคยบริโภคเลย ให้ 0 คะแนน ตามลำดับ

หลังจากนั้นจะนำความถี่ของการบริโภคมาจัดกลุ่มเพื่อจัดระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยมีคะแนนเต็มคือ 30 คะแนน เกณฑ์ในการประเมินระดับพฤติกรรม จะแบ่งแบบอิงกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งจะใช้ค่าเฉลี่ยเป็นค่ากลางของระดับคะแนนที่ให้ (บุญธรรม กิจปริดาภิรุตย์, 2535: 215-217) โดยพิจารณา

ออกเป็น 3 ระดับคือ มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมาก มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพปานกลาง และมีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพน้อย

- มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพน้อย หมายถึง มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเลขคณิต ลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\leq X - S.D.$)

- มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่างค่าที่มากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิต ลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> X - S.D.$) ถึงค่าที่น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเลขคณิตบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\leq X + S.D.$)

- มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมาก หมายถึง มีค่าคะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิตบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> X + S.D.$)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบทั้งหมด ดังนี้

$$X = 20.27$$

$$S.D. = 4.84$$

$$MAX = 30$$

$$MIN = 2$$

จากการพิจารณาข้างต้น จึงกำหนดเกณฑ์ในการประเมินค่าพฤติกรรม ได้ดังนี้

ช่วงคะแนน	คะแนนดิบ	แปลผล
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15.41	2-15	มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพน้อย
15.42-25.11	16-25	มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพปานกลาง
25.12 ขึ้นไป	26-30	มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมาก

5. การสร้างแบบสอบถาม

1. ทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาของคำถามในแบบสอบถาม เพื่อให้ครอบคลุมในเรื่องที่ศึกษา และมีลักษณะที่ทุกคนสามารถตอบให้ข้อเท็จจริงได้
3. นำแบบสอบถามที่สร้างเรียบร้อยแล้วไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะกรรมการวิทยานิพนธ์วิจารณ์และแก้ไขเพื่อให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
4. หลังจากแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามแล้วนำไปทำการทดสอบ (Pre-test) กับกลุ่มคนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อให้สามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ โดยให้อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาอีกครั้ง

6. การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ได้รับการตรวจแก้ไขโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ และนำไปทำการทดสอบกับประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ผู้วิจัยทำการปรับปรุงการใช้ภาษาในข้อที่เข้าใจยากและยังไม่ชัดเจน เพื่อให้คำถามมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และส่วนของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น คือ .7458

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะนำข้อมูลทั้งหมดไปดำเนินการลงรหัส (Coding) และนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) เพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยวิธีการวิเคราะห์มีดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ในการบรรยายลักษณะทั่วไปของข้อมูล อันประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, SD.) ในการหาค่าคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามด้วยตารางไขว้ (Cross-Tabulations) และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ ค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2 -Test) เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่ระดับ 0.05

บทที่ 3

ผลการศึกษา

บทนี้เป็นการเสนอลักษณะทั่วไปของข้อมูล ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ ทักษะการที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกันคาดว่าจะส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องความรู้และทักษะการที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ หรือไม่ อย่างไร และความรู้และทักษะการที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันนั้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างไร โดยได้นำเสนอข้อมูลในรูปของตารางไขว้ (Cross-tabulations) และใช้ค่าไคสแควร์ (Chi-square) สำหรับทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ลักษณะทั่วไปของข้อมูล

ข้อมูลในตารางที่ 1 เสนอการกระจายร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย โดยมีตัวแปรต่อไปนี้เป็นคือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ และการมีโรคประจำตัว ซึ่งจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งสิ้น 449 คน ลักษณะทั่วไปของข้อมูลดังนี้

ปัจจัยทางประชากร

1. เพศ

กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเลือกมาในการศึกษานี้มีผู้ชาย ร้อยละ 30.5 และผู้หญิง มีร้อยละ 69.5

2. อายุ

ตามที่คุณวิจัยได้แบ่งอายุของผู้ตอบออกเป็น 2 กลุ่มนั้น พบว่า ผู้ตอบที่มีอายุ 34 ปี หรือต่ำกว่า มีร้อยละ 55.9 และผู้ตอบที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 44.1

3. สถานภาพสมรส

ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่(ร้อยละ 59.0) มีสถานภาพโสด รองลงมาคือ ผู้ตอบที่สมรสแล้ว (ร้อยละ 37.4) และผู้ตอบที่มีสถานภาพหย่าร้าง/ หม้าย (ร้อยละ 3.6)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

4. ระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ มีสัดส่วนของผู้ตอบที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 79.5) รองลงมาคือ ผู้ตอบที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 8.9) ผู้ตอบที่มีการศึกษาระดับ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 8.7) และผู้ตอบที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 2.9)

5. สถานภาพการทำงาน

จากข้อมูล ผู้ตอบที่เป็นข้าราชการมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 32.3) รองลงมาคือ ผู้ตอบที่เป็นนิสิต (ร้อยละ 23.6) ตามด้วย ผู้ตอบที่เป็นพนักงานเอกชน (ร้อยละ 17.4) ผู้ตอบที่เป็นผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 13.6) และผู้ตอบที่เป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย (ร้อยละ 13.1)

6. รายได้

ในการศึกษารุ่นนี้ พบว่า ผู้ตอบที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 15,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 41.4) รองลงมาคือ ผู้ตอบที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 34.7) และผู้ตอบที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 23.8)

ปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย คือ

7. การมีโรคประจำตัว

จากข้อมูล พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.5) ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้ตอบที่มีโรคประจำตัว มีเพียงร้อยละ 20.5 และในกลุ่มของผู้ตอบที่มีโรคประจำตัว พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 42.4) ตามด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ (ร้อยละ 10.9) โรคความดันโลหิต และโรคเบาหวานมีสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 6.5) ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	30.5
หญิง	69.5
รวม	100.0(449)
อายุ	
34 ปี หรือต่ำกว่า	55.9
35 ปีขึ้นไป	44.1
รวม	100.0(449)
สถานภาพสมรส	
โสด	59.0
สมรส	37.4
หย่าร้าง/ หม้าย	3.6
รวม	100.0(449)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	2.9
มัธยมศึกษา	8.9
ปวช./ ปวส.	8.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	79.5
รวม	100.0(449)
สถานภาพการทำงาน	
นิสิต	23.6
ข้าราชการ	32.3
แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย	13.1
พนักงานเอกชน	17.4
ผู้ใช้แรงงาน	13.6
รวม	100.0(449)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน	
5,000 บาท หรือต่ำกว่า	23.8
5,001-15,000 บาท	41.4
15,001 บาทขึ้นไป	34.7
รวม	100.0(449)
การมีโรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	79.5
มีโรคประจำตัว	20.5
รวม	100.0(449)
ชนิดของโรคประจำตัว	
ภูมิแพ้	42.4
กระเพาะอาหารอักเสบ	10.9
ความดันโลหิต	7.6
หอบหืด	6.5
เบาหวาน	6.5
ไขมันในเส้นเลือด	5.4
ไทรอยด์	5.4
โลหิตจาง	4.3
หัวใจ	3.3
อื่นๆ	7.6
รวม	100.0(92)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรู้เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ

ในตารางที่ 2 เสนอข้อมูลร้อยละของการรู้จักอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.4) รู้จักอาหารเพื่อสุขภาพ ส่วนผู้ตอบที่ไม่รู้จักอาหารเพื่อสุขภาพมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 9.6) เท่านั้น

ตารางที่ 2 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรู้จักอาหารเพื่อสุขภาพ

การรู้จักอาหารเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ
รู้จัก	90.4
ไม่รู้จัก	9.6
รวม	100.0(449)

ในตารางที่ 3 เสนอข้อมูลร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบคำถาม “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เพียงข้อเดียว ผลการศึกษา พบว่า

ความรู้ที่ผู้ตอบส่วนใหญ่ตอบถูกมาก ได้แก่ ความรู้ที่ว่า อาหารธรรมชาติที่มีเส้นใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ฯลฯ สามารถป้องกันโรคไต ไส้อักเสบ มะเร็ง และโรคมะเร็งได้ (ร้อยละ 86.2) และความรู้ที่มีผู้ตอบถูกรองลงมา ได้แก่ การรณรงค์ “กินผักครึ่งหนึ่งอย่างอื่นครึ่งหนึ่ง” เป็นการกินเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 81.7) อาหารเพื่อสุขภาพต้องเป็นอาหารที่มาจากธรรมชาติและปลอดสารพิษ (ร้อยละ 81.3) อาหารเพื่อสุขภาพคืออาหารที่ประกอบด้วยผักและผลไม้เท่านั้น (ร้อยละ 80.4) จุดประสงค์ของการกินอาหาร “เจ” คือเพื่อสุขภาพที่ดีและเป็นการเมตตาจิตแก่สรรพสัตว์ (ร้อยละ 78.0) อาหารเพื่อสุขภาพคืออาหารหลัก 5 หมู่ (ร้อยละ 77.7) และผู้ที่กินอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำมักจะขาดสารอาหาร 5 หมู่ (ร้อยละ 77.5) การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพถือเป็นการลงทุนในเรื่องของสุขภาพ (ร้อยละ 73.5) การกินอาหาร “แมคโครไบโอติกส์” สามารถช่วยลดการเกิดโรคมะเร็งได้ (ร้อยละ 66.6) การกินอาหารประเภท ข้าว ธัญพืช เป็นหลัก ผักผลไม้เป็นประจำ และกินสิ่งอื่นๆ เป็นรอง คือการกินอาหารเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 65.3) และอาหารเพื่อสุขภาพจะต้องไม่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ (ร้อยละ 64.8)

ส่วนความรู้ที่ผู้ตอบส่วนใหญ่ตอบผิด ได้แก่ ความรู้ที่ว่า การที่เราบริโภคอาหารที่มีเส้นใยมากเกินไป จะไปลดการดูดซึมโปรตีนและการดูดซึมแร่ธาตุต่างๆ ได้ (ร้อยละ 61.0) และการกินอาหาร “ชีวจิต” คือการห้ามกินเนื้อสัตว์ทุกชนิด (ร้อยละ 49.0)

จากความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบมานั้น จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพค่อนข้างดี ซึ่งมีเพียงบางข้อเท่านั้นที่คนทั่วไปส่วนใหญ่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ได้แก่ ข้อที่ว่า การที่เราบริโภคอาหารที่มีเส้นใยมากเกินไปจะไปลดการดูดซึมโปรตีนและการดูดซึม

แร่ธาตุต่างๆ ได้ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า โดยทั่วไปแล้วเรามักจะคุ้นเคยกับความรู้ที่ว่า เส้นใยในอาหารนั้นมีประโยชน์ ยิ่งถ้าบริโภคมากก็น่าจะเป็นสิ่งที่ดี แต่กลับตรงกันข้าม เมื่อเราทำอะไรที่มากเกินไปก็อาจจะส่งผลเสียต่อเราได้ เพราะฉะนั้นจึงควรที่จะบริโภคในปริมาณที่เหมาะสมกับร่างกายของแต่ละคนจึงเป็นการดีที่สุด และข้อที่ว่าการกินอาหาร“ชีวจิต” คือการห้ามกินเนื้อสัตว์ทุกชนิด ซึ่งในหลักปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการกินอาหารชีวจิตคือ ให้งดเนื้อสัตว์ใหญ่ หันมารับประทานเนื้อปลา ทั้งปลาน้ำจืด ปลาทะเล กุ้ง หอย ปู ผักต่างๆ ที่มีกาก ซึ่งจะช่วยในเรื่องระบบขับถ่าย พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งแปลกปลอมที่ไม่เป็นธรรมชาติ ผงชูรส สารกันบูด สารฟอกขาวในเกลือ น้ำตาล และน้ำมันหมู น้ำมันพืชบางชนิด (สาทิส อินทรกำแหง, 2541: 9-10)

ตารางที่ 3 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ	ตอบถูก	ตอบผิด	ไม่ตอบ
1. อาหารเพื่อสุขภาพคืออาหารที่ประกอบด้วยผักและผลไม้เท่านั้น	80.4	10.0	9.6
2. ผู้ที่กินอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำมักจะขาดสารอาหาร 5 หมู่	77.5	12.7	9.8
3. การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพถือเป็นการลงทุนในเรื่องของสุขภาพ	73.5	16.9	9.6
4. อาหารเพื่อสุขภาพจะต้องไม่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ	64.8	25.2	10.0
5. การรณรงค์ “กินผักครั้งหนึ่งอย่างอื่นครั้งหนึ่ง” เป็นการกินเพื่อสุขภาพ	81.7	8.5	9.8
6. อาหารเพื่อสุขภาพคืออาหารหลัก 5 หมู่	77.7	12.7	9.6
7. การกินอาหารประเภท ข้าว ธัญพืช เป็นหลัก ผักผลไม้เป็นประจำ และกินสิ่งอื่นๆ เป็นรอง คือการกินอาหารเพื่อสุขภาพ	65.3	24.7	10.0
8. อาหารเพื่อสุขภาพต้องเป็นอาหารที่มาจากธรรมชาติและปลอดสารพิษ	81.3	8.9	9.8
9. อาหารธรรมชาติที่มีเส้นใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ฯลฯ สามารถป้องกันโรคลำไส้อักเสบ มะเร็ง และโรคมะเร็งได้	86.2	3.8	10.0
10. ถ้าเราบริโภคอาหารที่มีเส้นใยมากเกินไป จะไปลดการดูดซึมโปรตีนและการดูดซึมแร่ธาตุต่างๆ ได้	29.4	61.0	9.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ	ตอบถูก	ตอบผิด	ไม่ตอบ
11. การกินอาหาร “แมคโครไบโอติกส์” สามารถช่วยลดการเกิดโรคมะเร็งได้	66.6	22.9	10.5
12. การกินอาหาร “ชีวจิต” คือการห้ามกินเนื้อสัตว์ทุกชนิด	41.4	49.0	9.6
13. จุดประสงค์ของการกินอาหาร “เจ” คือเพื่อสุขภาพที่ดีและเป็นการเมตตาจิตแก่สรรพสัตว์	78.0	12.5	9.6

ในตารางที่ 4 เป็นการจัดแบ่งระดับของความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน ผู้วิจัยได้จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกตามระดับความรู้ที่กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ความรู้น้อย ความรู้ปานกลาง และความรู้มาก (ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มที่ได้อธิบายไว้ในส่วนของนิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา และการวัดตัวแปร)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10 คะแนน โดยมีคะแนนสูงสุด 13 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.5) มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ มีความรู้มาก (ร้อยละ 18.0) และมีความรู้น้อย (ร้อยละ 17.5)

ตารางที่ 4 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

ระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ
ความรู้น้อย	17.5
ความรู้ปานกลาง	64.5
ความรู้มาก	18.0
รวม	100.0(406)

$$\text{MAX} = 13 \quad \text{MIN} = 4 \quad \text{X} = 10$$

ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ในตารางที่ 5 เสนอข้อมูลร้อยละของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตามแบบของ Likert scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีผู้ตอบทั้งหมด 449 คน ผลการศึกษา มีดังนี้

ส่วนของคำถามเชิงบวก ในประเด็นเรื่อง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นผลสืบเนื่องมาจากนโยบาย “สร้างนำซ่อมสุขภาพ” ของรัฐบาล พบว่า มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 37.9) ตอบไม่แน่ใจ และประเด็นเรื่อง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นวัฒนธรรมการกินของคนไทยมาแต่โบราณ พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.2) ตอบว่า เห็นด้วย ส่วนประเด็น การที่คนหันมาบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นเพราะต้องการให้มีสุขภาพดีในยามที่มีอายุมากขึ้น พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.6) ตอบว่า เห็นด้วย ส่วนคำถามที่ว่าโครงการ “บูบินัมเบอร์วัน” มีส่วนที่ทำให้คนหันมาออกกำลังกายควบคู่ไปกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพนั้น พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.0) ตอบเห็นด้วย และประเด็น การบริโภคอาหารที่เน้นพืชผัก ธัญพืช เป็นประจำ จะทำให้อายุยืน พบว่า มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 48.6) เห็นด้วย

ในส่วนของคำถามเชิงลบ ประเด็นเรื่อง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการสร้างกระแสในสังคม พบว่า มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 37.9) ตอบเห็นด้วย ในประเด็น การที่คนหันมาบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นเพราะต้องการลดความอ้วน พบว่า มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 42.5) ตอบว่า เห็นด้วย ในคำถามที่ว่า การที่คนกินอาหารเพื่อสุขภาพแสดงว่าคนๆนั้นเป็นคนที่รักสวยรักงาม มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 34.5) เห็นด้วย และในเรื่องที่ว่าเราควรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพหลังจากที่เราเกิดการเจ็บป่วย พบว่า มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 47.4) ตอบว่า ไม่เห็นด้วย

ในประเด็นที่ว่า คนที่กินอาหารเพื่อสุขภาพ มักจะเป็นผู้ใหญหรือคนชรา พบว่า มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 45.4) ไม่เห็นด้วย ส่วนเรื่อง อาหารเพื่อสุขภาพเป็นสัญลักษณ์แห่งความสวยงามทางร่างกาย พบว่า มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 33.9) ไม่เห็นด้วย ประเด็นเรื่อง อาหารเพื่อสุขภาพมักจะมีราคาแพง พบว่า ผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 37.2) ตอบไม่เห็นด้วย ส่วน ในเรื่อง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นไปเพื่อป้องกันโรคเท่านั้น พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.0) ตอบไม่เห็นด้วย และการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพถือเป็นแฟชั่นอย่างหนึ่ง พบว่า ผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.2) ตอบไม่เห็นด้วย เช่นกัน และการที่คนจะกินอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น อาหารชีวจิต เจ มังสวิรัต เฉพาะในช่วงเทศกาลเท่านั้น พบว่า มีผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.0) ตอบว่า เห็นด้วย

ตารางที่ 5 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
คำถามเชิงบวก					
1. ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพเป็นผลสืบเนื่องมาจาก นโยบาย “สร้างนำซ่อมสุขภาพ” ของรัฐบาล	5.3	32.5	37.9	20.7	3.6
2. ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพเป็นวัฒนธรรมการกิน ของคนไทยมาแต่โบราณ	10.0	51.2	23.4	13.6	1.8
3. ท่านคิดว่าการที่คนหันมาบริโภค อาหารเพื่อสุขภาพเป็นเพราะต้องการ ให้มีสุขภาพดีในยามที่มีอายุมากขึ้น	36.1	54.6	6.2	2.0	1.1
4. ท่านคิดว่าโครงการ “ทูบีนัมเบอร์วัน” มีส่วนที่ทำให้คนหันมาออกกำลังกาย ควบคู่ไปกับการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพ	15.1	53.0	23.4	6.2	2.2
5. ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารที่เน้น พืชผัก ธัญพืช เป็นประจำ จะทำให้ อายุยืน	14.9	48.6	25.6	8.5	2.4
คำถามเชิงลบ					
6. ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพเป็นการสร้างกระแสในสังคม	8.2	37.9	21.4	27.6	4.9
7. ท่านคิดว่าการที่คนหันมาบริโภค อาหารเพื่อสุขภาพเป็นเพราะต้องการ ลดความอ้วน	5.6	42.5	22.5	26.9	2.4
8. ท่านคิดว่าการที่คนกินอาหารเพื่อ สุขภาพแสดงว่าคนๆนั้นเป็นคนที่ รักสวยรักงาม	7.1	34.5	27.4	26.7	4.2

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9. ท่านคิดว่าเราควรบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพหลังจากที่เราเกิดการเจ็บป่วย	4.2	16.5	7.1	47.4	24.7
10. ท่านคิดว่าคนที่กินอาหารเพื่อ สุขภาพมักจะเป็นผู้ใหญ่หรือคนชรา	5.1	26.9	15.1	45.4	7.3
11. ท่านคิดว่าอาหารเพื่อสุขภาพเป็น สัญลักษณ์แห่งความสวยงามทาง ร่างกาย	5.8	28.3	24.1	33.9	8.0
12. ท่านคิดว่าอาหารเพื่อสุขภาพมักจะ มีราคาแพง	8.0	25.6	21.4	37.2	7.6
13. ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพเป็นไปเพื่อป้องกันโรค เท่านั้น	3.1	16.9	18.3	51.0	10.5
14. ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพถือเป็นแฟชั่นอย่างหนึ่ง	4.9	25.2	20.0	39.2	10.7
15. ท่านคิดว่าคนจะกินอาหารเพื่อ สุขภาพ เช่น อาหารชีวจิต เจ มังสวิรัต เฉพาะในช่วงเทศกาล เท่านั้น	5.6	39.0	19.6	28.7	6.9

ในตารางที่ 6 เป็นการจัดระดับของทัศนคติตามรูปแบบของ Likert scale คะแนนเต็ม 75 คะแนน ผู้วิจัยได้จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกตามระดับของทัศนคติที่กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ทัศนคติเชิงลบ ทัศนคติที่เป็นกลาง และทัศนคติเชิงบวก (ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มที่ได้อธิบายไว้แล้วในส่วนของนิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา และการวัดตัวแปร)

จากการจัดแบ่งระดับคะแนนทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนโดยเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 49.58 คะแนน โดยคะแนนสูงสุด 65 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุด 33 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่เป็นกลางมากที่สุด (ร้อยละ 63.9) รองลงมาคือ มีทัศนคติเชิงบวก (ร้อยละ 19.2) และมีทัศนคติเชิงลบ (ร้อยละ 16.9)

ตารางที่ 6 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ
ทัศนคติเชิงลบ	16.9
ทัศนคติเป็นกลาง	63.9
ทัศนคติเชิงบวก	19.2
รวม	100.0(449)

MAX = 65 MIN = 33 X = 49.58

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ในส่วนของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจะประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือเหตุผลในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และความถี่ในการบริโภค ซึ่งคำถามเกี่ยวกับเหตุผลจะเป็นส่วนที่สนับสนุนให้ทราบว่าคนส่วนใหญ่จะมีการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเพราะอะไร

ในตารางที่ 7 เสนอข้อมูลร้อยละของเหตุผลในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ในประเด็นการกินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อเป็นการป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.0) ตอบ ใช่ การกินอาหารเพื่อสุขภาพเพราะต้องการควบคุมน้ำหนักและลดความอ้วน ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.6) ตอบ ใช่ และผู้ที่ตอบ ไม่ใช่ ในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ (ร้อยละ 49.4) ในข้อที่ว่า การมีโรคประจำตัวจึงต้องกินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อบรรเทาอาการของโรค ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.9) ตอบ ไม่ใช่ ส่วนในข้อที่ว่า มีคนที่รู้จักแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพให้กิน ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.8) ตอบ ใช่ และการกินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อละเว้นเนื้อสัตว์ และฝึกจิตใจให้รู้จักเสียสละ ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.8) ตอบ ไม่ใช่

ในประเด็นการกินอาหารเพื่อสุขภาพตามประเพณีและตามความศรัทธา ผู้ตอบส่วนใหญ่(ร้อยละ 71.7) ตอบ ไม่ใช่ ด้านการกินอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อประหยัดเงิน เนื่องจากเนื้อสัตว์มีราคาแพง ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.0) ตอบ ไม่ใช่ การกินอาหารเพื่อสุขภาพตามการโฆษณาเพราะอาหารเพื่อสุขภาพกำลังเป็นที่นิยม ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.4) ตอบ ไม่ใช่ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจะทำให้มีสุขภาพดี ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.5) ตอบ ใช่ ด้านการกินอาหารธรรมชาติเพราะดีกว่าการรับประทานอาหารเสริมที่อยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์สังเคราะห์ เช่น อาหารเสริมแบบเม็ด แคปซูล ผู้ตอบส่วนใหญ่(ร้อยละ 80.8)ตอบ ใช่

การกินอาหารเพื่อสุขภาพตามอย่างคนในครอบครัว (พ่อ แม่ ญาติ) ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.9) ตอบ ไม่ใช่ การรับประทานผลไม้สดเป็นอาหารว่างแทนขนมหวานชนิดอื่นๆ ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.6) ตอบ ใช่ และการกล่าวว่าถ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพแล้วจะได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.4) ตอบ ไม่ใช่ การที่จะกินอาหารเพื่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าอาหารเพื่อสุขภาพบางชนิดจะมีราคาแพงเกินไป ผู้ตอบส่วนใหญ่

(ร้อยละ 54.3) ตอบ ไม่ใช่ การกินอาหารเพื่อสุขภาพถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีโรคประจำตัวอะไร ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.5) ตอบ ใช่ การกินอาหารเพื่อสุขภาพเพราะมีประโยชน์กว่าอาหาร Fast food ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.6) ตอบ ใช่

ตารางที่ 7 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

เหตุผลของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
1. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อเป็นการป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต	78.0	22.0
2. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพเพราะต้องการควบคุมน้ำหนักและลดความอ้วน	50.6	49.4
3. ข้าพเจ้ามีโรคประจำตัวจึงต้องกินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อบรรเทาอาการของโรค	28.1	71.9
4. มีคนที่รู้จักแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพให้ข้าพเจ้ากิน	54.8	45.2
5. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อละเว้นเนื้อสัตว์และผักจิตใจให้รู้จักเสียสละ	36.7	62.8
6. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพตามประเพณีและตามความศรัทธา	27.8	71.7
7. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อประหยัดเงินเนื่องจากเนื้อสัตว์มีราคาแพง	13.8	86.0
8. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพตามการโฆษณาเพราะอาหารเพื่อสุขภาพกำลังเป็นที่นิยม	17.6	82.4
9. การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจะทำให้ข้าพเจ้ามีความสุขที่ดี	91.5	8.2
10. ข้าพเจ้ากินอาหารธรรมชาติเพราะดีกว่าการรับประทานอาหารเสริมที่อยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์สังเคราะห์ เช่น อาหารเสริมแบบเม็ด แคปซูล	80.8	18.9
11. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพตามอย่างคนในครอบครัว (พ่อ แม่ ญาติ)	39.9	59.9
12. ข้าพเจ้ารับประทานผลไม้สดเป็นอาหารว่างแทนขนมหวาน ชนิดอื่นๆ	70.6	29.4
13. ข้าพเจ้ากลัวว่าถ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพแล้วจะได้รับการอาหารไม่ครบ 5 หมู่	21.4	78.4

ตารางที่ 7 (ต่อ)

เหตุผลของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
14. ข้าพเจ้าจะกินอาหารเพื่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าอาหารเพื่อสุขภาพบางชนิดจะมีราคาแพงเกินไป	45.4	54.3
15. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีโรคประจำตัว	85.5	14.3
16. ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพ เพราะมีประโยชน์กว่าอาหาร Fast food	86.6	13.4

ตารางที่ 8 เสนอข้อมูลร้อยละของความถี่ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรตัวอย่าง ผลการศึกษามีดังนี้ ในเรื่องของการรับประทานซีอิ๊วพืชม เช่น ถั่ว งา ลูกเดือย พบว่า ผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 38.5) บริโภคนานๆ ครั้ง ด้านการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่มีความหลากหลาย พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.0) บริโภคทุกวัน/ เกือบทุกวัน เมื่อถามในเรื่องการรับประทานข้าวกล้อง พบว่า ผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 34.3) บริโภคนานๆ ครั้ง ส่วนการรับประทานพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาล ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.5) บริโภคทุกวัน/ เกือบทุกวัน และเมื่อถามในเรื่องการรับประทานปลา/ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.3) บริโภค ทุกวัน/ เกือบทุกวัน

ในส่วนของการดื่มนมสด/ โยเกิร์ต ผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 48.3) บริโภค ทุกวัน/ เกือบทุกวัน ในข้อ ท่านดื่มน้ำผักและผลไม้ปั่น ผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 41.9) บริโภค บางครั้ง ในข้อท่านรับประทานผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เช่น เต้าหู้ น้ำเต้าหู้ ผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.4) บริโภคบางครั้ง และผู้ที่ตอบ ทุกวัน/ เกือบทุกวัน ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ (ร้อยละ 39.0) ส่วนในเรื่องของการรับประทานอาหารที่สด สะอาด และปราศจากการปนเปื้อนจากสารสังเคราะห์ต่างๆ (บอแรกซ์ สารให้ความหวาน สีใส่อาหาร) ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.0) บริโภคทุกวัน/ เกือบทุกวัน และในข้อท่านรับประทานอาหารจำพวก มังสวิรัติ เจ แมคโครไบโอติกส์ หรือ ชีวจิต ผู้ตอบจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 43.2) บริโภคนานๆ ครั้ง

จะเห็นได้ว่าอาหารที่ประชาชนส่วนใหญ่รับประทานเป็นประจำ ก็คืออาหารที่มีอยู่ตามท้องตลาดทั่วไป และรับประทานกันเป็นปกติมานานแล้ว แต่อาหารที่เคยเป็นอาหารที่คนสมัยก่อนรุ่นปู่ย่าตายาย เคยรับประทาน เช่น ข้าวกล้อง กลับกลายเป็นว่าคนในปัจจุบันนี้ยังคงไม่นิยมรับประทานกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีสีสังเคราะห์ที่ไม่สวยสะอาด และเมื่อดูแล้วรู้สึกว่าข้าวขาวที่ผ่านการขัดสีแล้ว ทั้งที่ความรู้ด้านโภชนาการนั้นระบุว่าข้าวขาวมีคุณค่าทางอาหารไม่เท่า

กับข้าวซ้อมมือ เพราะข้าวซ้อมมือมีวิตามิน ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย แต่คนไทยก็ยังนิยมข้าวขาวเพราะถือว่า “ข้าวแดงเป็นข้าวของคนคุณ” (วัลย์ทิพย์ สาชลวิจารณ์, 2528: 17 อ้างถึงใน วรลักษณ์ คงหนู และประเวศ บุญเลี้ยง, 2543: 31) นอกจากนี้อาหารจำพวก มังสวิรัต เจแมค โครไบโอติกส์ หรือชีวจิต ก็จะมีเฉพาะคนบางกลุ่มที่นิยมเท่านั้น โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลต่างๆ และอาหารเหล่านี้มักจะมีรสชาติที่ไม่ถูกปากกับคนไทยมากนัก ยกเว้น กลุ่มคนที่เคร่งครัดเนื่องจากเป็นโรคประจำตัว หรือกินตามความศรัทธาทางศาสนา และอาหารประเภทนี้อาจจะยังไม่เป็นที่รู้จักของคนบางคนมากนัก สอดคล้องกับ จิตตินันท์ เสวะลาภี (2544) ที่พบว่า พฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพในเขตเมืองเชียงใหม่ จะบริโภคผักพื้นบ้านซึ่งเป็นอาหารเพื่อสุขภาพที่นิยมบริโภคมากที่สุดและบริโภคทุกวัน รองลงมาได้แก่ ผักและผลไม้ปลอดสารพิษ น้ำผัก น้ำผลไม้ น้ำสมุนไพร ส่วนอาหารที่บริโภคน้อย หรือไม่เลยบริโภคเลย ได้แก่ น้ำอาร์ซี อาหารชีวจิต อาหารเสริมที่สกัดจากธรรมชาติ นอกจากนี้ ผลการสำรวจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า คนรุ่นใหม่มีความสนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น เน้นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมามากกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ ซึ่งเห็นได้ชัดจากกระแสชีวจิตในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยคนกรุงเทพฯเคยบริโภคอาหารเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 49 และอาหารเสริมสุขภาพยอดนิยม 5 อันดับของชาวกรุงเทพฯ คือ ข้าวซ้อมมือ ถั่วต่างๆ ชาสมุนไพร กระทียมแคปซูล และวิตามินชนิดเม็ด/ แคปซูล โดยเหตุผลสำคัญคือ ต้องการรักษาสุขภาพ และป้องกัน โรค (สรจักร ศิริบริรักษ์, 2541: www.geocities.com/tokyo/harbor/2093/doctors/food_alternative1.html)

ตารางที่ 8 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามความถี่ในการรับประทาน

การปฏิบัติตน	ความถี่ในการรับประทาน			
	ทุกวัน/ เกือบทุกวัน	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านรับประทานธัญพืช เช่น ถั่ว งา ลูกเดือย	20.0	33.9	38.5	7.1
2. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่มีความหลากหลาย	57.0	27.8	12.9	1.6
3. ท่านรับประทานข้าวกล้อง	19.4	21.2	34.3	24.7
4. ท่านรับประทานพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาล	67.5	25.2	6.5	.7

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การปฏิบัติตน	ความถี่ในการรับประทาน			
	ทุกวัน/ เกือบทุกวัน	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
5. ท่านรับประทานปลา/ เนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน	52.3	35.9	9.8	1.8
6. ท่านดื่มนมสด / โยเกิร์ต	48.3	29.2	16.0	6.5
7. ท่านดื่มน้ำผักและผลไม้ปั่น	35.6	41.9	18.9	3.1
8. ท่านรับประทานผลิตภัณฑ์จาก ถั่วเหลือง เช่น เต้าหู้ น้ำเต้าหู้	39.0	39.4	18.0	3.3
10. ท่านรับประทานอาหารจำพวก มังสวิรัต เจ แมคโครไบโอติกส์ หรือชีวจิต	6.7	22.5	43.2	27.6

ตารางที่ 9 เสนอข้อมูลร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ คะแนนเต็ม 40 คะแนน ผู้วิจัยได้จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกตามระดับของพฤติกรรมที่กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมาก มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพปานกลาง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพน้อย (ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มที่ได้อธิบายไว้ในส่วนของนิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา และการวัดตัวแปร)

จากการวัดระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผู้ตอบมีคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 20.27 คะแนน โดยคะแนนสูงสุด 30 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุด 2 คะแนน โดยผู้ตอบส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 67.9) รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมาก และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพน้อยในสัดส่วนที่เท่ากันคือ (ร้อยละ 16.0)

ตารางที่ 9 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ
บริโภคน้อย	16.0
บริโภคปานกลาง	67.9
บริโภคมาก	16.0
รวม	100.0(449)

$$\text{MAX} = 30 \quad \text{MIN} = 2 \quad \text{X} = 20.27$$

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

สมมติฐานที่ 1 ผู้หญิงน่าจะสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมาก สูงกว่าผู้ชาย

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาในกลุ่มของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมาก พบว่า ผลการศึกษา ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ ผู้ชายมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากสูงกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 19.0 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 17.5) เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า เพศ ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

การที่ผู้หญิงและผู้ชายมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพที่ไม่ค่อยแตกต่างกันนั้น อาจเนื่องจากในสังคมปัจจุบัน กระแสเรื่องการดูแลสุขภาพได้แพร่กระจายไปสู่คนทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งสื่อโฆษณาในโทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ หรือหน่วยงานต่างๆ ก็มีการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ กันมากขึ้น ดังนั้นจึงอาจไม่จำเป็นจะต้องเป็นเฉพาะผู้หญิงที่จะมีความรู้ด้านนี้มากอย่างที่เรามักจะเข้าใจกัน

ตารางที่ 10 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และเพศ

เพศ	ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ			
	รู้น้อย	รู้อานกลาง	รู้มาก	รวม
ชาย	19.0	62.0	19.0	100.0(121)
หญิง	16.8	65.6	17.5	100.0(285)
รวม	17.5(71)	64.5(262)	18.0(73)	100.0(406)
$\chi^2 = .503$		$df = 2$	$p\text{-value} = .778$	

สมมติฐานที่ 2 ผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

จากตารางที่ 11 เมื่อพิจารณาในกลุ่มของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมาก พบว่า ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุ 34 ปี หรือต่ำกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ตอบที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 20.6 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 14.9) เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า อายุ มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

จากผลการศึกษา น่าจะเป็นเพราะคนรุ่นใหม่ที่ยังน้อยได้รับการปลูกฝังในเรื่องของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายของคนเราจะเริ่มลดลงตามอายุที่มากขึ้น หากเรามีความรู้และปฏิบัติตนที่ดีต่อสุขภาพตั้งแต่เนิ่นๆ ก็จะช่วยให้เราไม่ต้องมาแก้ปัญหาสุขภาพที่ปลายเหตุ ซึ่งสอดคล้องตามนโยบาย “สร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ” ของกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนให้คนรุ่นใหม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ในปัจจุบัน คนรุ่นใหม่มีโอกาสดำเนินการศึกษาและความรู้ต่างๆ ได้มากกว่าคนในยุคก่อน และโรคร้ายไข้เจ็บก็ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้ที่มีอายุมากอย่างแต่ก่อนแล้ว แต่คนอายุน้อยลงกลับมีความเสี่ยงค่อนข้างสูง เนื่องจากอาหารการกิน รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ซึ่งสาเหตุดังกล่าวทำให้คนเริ่มตระหนักถึงสภาพปัญหาที่มากขึ้น จึงมีการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพให้มากขึ้น ดังนั้นคนที่มีอายุน้อยกว่าจึงมีความรู้มากกว่าคนที่อายุมากกว่า

ตารางที่ 11 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และอายุ

อายุ	ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ			
	รู้น้อย	รู้นปานกลาง	รู้นมาก	รวม
34 ปี หรือต่ำกว่า	13.3	66.1	20.6	100.0(218)
กว่า 35 ปี ขึ้นไป	22.3	75.0	14.9	100.0(188)
รวม	17.5(71)	64.5(262)	18.0(73)	100.0(406)
	$x^2 = 6.739$	$df = 2$	$p\text{-value} = .034$	

สมมติฐานที่ 3 ผู้ที่สมรสแล้วน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาในกลุ่มของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมาก พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เพียงบางส่วน นั่นคือ ผู้ที่สมรสแล้ว มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในระดับมากสูงกว่าผู้ที่หย่าร้าง/ หม้าย แต่มีสัดส่วนต่ำกว่าผู้ที่เป็นโสด เมื่อทดสอบด้วยค่า x^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

ผลการศึกษาอาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่เป็นโสดยังไม่มีภาระผูกพันทางครอบครัว จึงมีเวลาศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพได้บ่อยกว่าผู้ที่สมรสแล้ว เพื่อนำความรู้ที่ได้เหล่านั้นมาปฏิบัติและดูแลตนเองยามที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันนั้น ภาระการรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัวก็ต้องต่างกัน สอดคล้องกับที่ ธนภูมิ อติเวทิน (2543: 66-67) กล่าวไว้ว่า บุคคลที่เข้าสู่วัยผู้ใหญ่แทบทุกคนจะมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง แต่ในกรณีของผู้ที่มีสถานภาพโสดแล้ว ความสนใจในเรื่องนี้จะมีความจริงจังและเอาใจใส่กว่ากันมาก เนื่องจากคนโสดไม่มีครอบครัวคอยดูแล ดังนั้นจึงต้องพยายามดูแลตัวเองให้ดีที่สุด นอกจากนี้กลุ่มคนที่แต่งงานหรือมีบุตรแล้วก็ยังพยายามดูแลตนเองเช่นกัน เพราะพ่อแม่รุ่นปัจจุบันมีความคาดหวังให้บุตรมาดูแลตนเองน้อยลง และในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มนิสิตที่รวมอยู่ในกลุ่มคนโสดด้วย ซึ่งคนกลุ่มนี้ได้รับความรู้จากการศึกษาในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว จึงมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ

ตารางที่ 12 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ			
	รู้น้อย	รู้นปานกลาง	รู้นมาก	รวม
โสด	12.7	65.3	22.0	100.0(236)
สมรส	24.7	62.3	13.0	100.0(154)
หย่าร้าง /หม้าย	18.8	75.0	6.3	100.0(16)
รวม	17.5(71)	64.5(262)	18.0(73)	100.0(406)
$\chi^2 = 13.564$		df = 4	p-value = .009	

สมมติฐานที่ 4 ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมาก พบว่า ผลการศึกษา เป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้เพียงบางส่วน นั่นคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับ ปวช./ ปวส. และระดับมัธยมศึกษา แต่มีสัดส่วนต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และเมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ตรงข้ามกับ สุวรรณ นามณรงค์ (2538: 17) ที่กล่าวว่า โดยทั่วไป บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย รับรู้ข่าวสารจากสิ่งต่างๆ หลายประเภท ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่า ปัจจุบันนี้ สื่อต่างๆ มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น ประชาชนจึงได้รับความรู้จากสื่ออื่นๆ นอกเหนือจากความรู้จากระบบการศึกษาในโรงเรียนเพียงอย่างเดียว และทางภาครัฐก็มีการมุ่งเน้นเพื่อรณรงค์เผยแพร่ความรู้ในกลุ่มของคนที่มีการศึกษาค่ำค่อนข้างมาก เนื่องจากมีโอกาสทางสังคมในด้านต่างๆ น้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่า ทำให้หน่วยงานต่างๆ สามารถเข้าถึงชุมชนได้อย่างใกล้ชิด จึงทำให้ผู้ที่มีการศึกษาค่ำสามารถมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพได้มาก และถึงแม้ว่าจะเรียนมาน้อย แต่ก็มีโอกาสในการประกอบอาหารรับประทานเองมากกว่าการที่จะไปซื้อตามร้านค้า เพราะมีเวลามากกว่า ประชากรในกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับอื่นๆ จึงได้เรียนรู้ถึงชนิดของอาหารแต่ละประเภทได้อย่างสม่ำเสมอมากกว่า

ตารางที่ 13 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ			
	รู้น้อย	รู้ปานกลาง	รู้มาก	รวม
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	40.0	30.0	30.0	100.0(10)
มัธยมศึกษา	42.9	51.4	5.7	100.0(35)
ปวช./ ปวส.	25.8	64.5	9.7	100.0(31)
ปริญญาตรีขึ้นไป	13.3	67.0	19.7	100.0(330)
รวม	17.5(71)	64.5(262)	18.0(73)	100.0(406)
	$\chi^2 = 28.807$	df = 6	p-value = .000	

สมมติฐานที่ 5 ผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัยน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีความรู้ระดับมาก พบว่า ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่เป็นนิสิตมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากที่สุด (ร้อยละ 27.7) รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 16.9) ผู้ที่เป็นพนักงานเอกชน (ร้อยละ 14.7) ผู้ที่เป็นผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 13.2) และผู้ที่เป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย (ร้อยละ 12.7) เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า สถานภาพการทำงาน มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตเป็นกลุ่มที่กำลังเรียนหนังสืออยู่ จึงมีความฉับไวในการรับข้อมูลข่าวสาร ดังนั้นความรู้จึงมีมาก ซึ่งในปัจจุบันเยาวชนคนรุ่นใหม่ มักจะมีการตระหนักถึงสุขภาพมากขึ้น เพราะความแข็งแรงจะต้องเริ่มต้นมาจากภายใน คือการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่า ในกลุ่มผู้ที่เป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย กลับมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากที่สุด ทั้งที่คนกลุ่มนี้น่าจะมีความรู้เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพมากที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มคนเหล่านี้ไปมุ่งเน้นการทำงานทางด้านวิชาการความรู้เฉพาะด้านทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาโรคมกกว่าการที่จะมาคำนึงถึงความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ เนื่องจาก

เรื่องเหล่านี้ถือเป็นเรื่องพื้นฐานที่ทุกคนรู้จักอยู่แล้ว จึงไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก ทำให้เรื่อง การบริโภคอาหารที่เป็นเรื่องง่าย กลายเป็นเรื่องที่คุณละเลยไป

ตารางที่ 14 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อ สุขภาพ และสถานภาพการทำงาน

สถานภาพการ ทำงาน	ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ			
	รู้น้อย	รู้ปานกลาง	รู้มาก	รวม
นิสิต	13.8	58.5	27.7	100.0(94)
ข้าราชการ	14.0	69.1	16.9	100.0(136)
แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย	12.7	74.5	12.7	100.0(55)
พนักงานเอกชน	16.2	69.1	14.7	100.0(68)
ผู้ใช้แรงงาน	39.6	47.2	13.2	100.0(53)
รวม	17.5(71)	64.5(262)	18.0(73)	100.0(406)
$\chi^2 = 28.739$		df= 8	p-value= .000	

สมมติฐานที่ 6 ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อ สุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีความรู้ระดับมาก พบว่า ผลการศึกษาเป็นไป ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เพียงบางส่วน กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 15,001 บาท ขึ้นไป มี สัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 5,001-15,000 บาท แต่ต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาท หรือต่ำกว่า เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า รายได้ มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อ สุขภาพ

จากผลการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะผู้ตอบที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำนี้ ส่วนหนึ่งเป็น นิสิตที่อยู่ในวัยเรียน ยังไม่ได้ทำงาน โดยได้รับเงินเดือนจากผู้ปกครองเท่านั้น การมีความรู้ใน เรื่องเหล่านี้จึงได้รับจากการเรียนเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาส่วนที่เกี่ยวกับ อาชีพ ที่พบว่า นิสิตเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่สูงสุดเช่นกัน ดังนั้นรายได้จึงไม่ส่งผลโดยตรงต่อความรู้ ซึ่งการที่คนจะมีรายได้ก็น้อย อาจจะไม่จำเป็นต้อง ขาดโอกาสในการรับรู้เรื่องเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพจากแหล่งอื่น

ตารางที่ 15 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและรายได้

รายได้	ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ			
	รู้น้อย	รู้ปานกลาง	รู้มาก	รวม
5,000 บาท หรือต่ำกว่า	19.8	53.1	27.1	100.0(96)
5,001-15,000 บาท	14.5	71.1	14.5	100.0(159)
15,001 บาท ขึ้นไป	19.2	64.9	15.9	100.0(151)
รวม	17.5(71)	64.5(262)	18.0(73)	100.0(406)
$\chi^2 = 10.251$	df=	4	p-value=	.036

สมมติฐานที่ 7 ผู้ที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

จากตารางที่ 16 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากพบว่า ผลการศึกษา เป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ นั่นคือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว แม้จะไม่มากนัก (ร้อยละ 18.6 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 17.8) สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกันมาก แต่ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่า เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า การมีโรคประจำตัว ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

การที่ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในระดับมากนั้นอาจเป็นเพราะผู้ที่มีโรคประจำตัวมักจะมี ความพยายามในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคที่เป็นอยู่มากกว่าคนที่ไม่มีร่างกายปกติ เพราะตนมีความเสี่ยงต่อภาวะอันตรายต่อสุขภาพสูงกว่า ซึ่งการมีโรคประจำตัวนี้ยังอาจเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิตประจำวัน โรคที่เป็นอยู่อาจจะรุนแรงขึ้นหากไม่มีการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกวิธี และโรคบางโรคอาจรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องมีการควบคุมดูแลเรื่องการรับประทานอาหารควบคู่ไปด้วย เช่นเดียวกับที่ ไมตรี สุทธจิตต์ (2542: 58-59) กล่าวไว้ว่า อาหารมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการป้องกัน ด้านการบำบัดอาการ และด้านการรักษาโรค เมื่อมีความเจ็บป่วย เราไม่ควรคิดถึงยาเพียงอย่างเดียว เราควรคิดถึงอาหารที่จะทำให้ผู้ป่วยบรรเทาโรคและหายเร็วขึ้น ดังนั้นการควบคุมคุณภาพอาหารให้ผู้ป่วยหายโรคและแข็งแรงกว่าเดิมได้ จึงถือว่าอาหารเป็นยาธรรมชาติที่สามารถนำมาป้องกัน

และรักษาโรคได้ สอดคล้องกับที่ เครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ องค์การอาหารและยา (ม.ป.ป.: <http://www.fda.moph.go.th/fda-net/html/product/other/kbs3/foodcontrol.htm>) กล่าวว่า ยังมีอาหารธรรมชาติหลายชนิดที่เหมาะสม ที่ผู้เจ็บป่วยควรบริโภคเพื่อได้รับสารอาหารที่สำคัญในการช่วยให้ร่างกายต่อสู้กับโรคบางชนิด อาการเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง ข้ออักเสบ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และยังมีโรคภัยไข้เจ็บบางชนิดไม่จำเป็นต้องกินยารักษาโรค เพียงแต่ให้มีสุขบัญญัติ และโภชนบัญญัติ ร่างกายจะสามารถต่อสู้กับโรคโดยธรรมชาติได้ ดังนั้นการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจะช่วยเป็นการรักษาสมดุลของร่างกายจากภายใน ถ้ามีความรู้ในด้านนี้มากก็จะช่วยเรามีร่างกายที่แข็งแรง โดยเฉพาะคนที่ยังไม่มีโรคภัยไข้เจ็บควรจะต้องเริ่มต้นดูแลสุขภาพตั้งแต่ยังไม่สายเกินไป

ตารางที่ 16 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและการมีโรคประจำตัว

การมีโรค ประจำตัว	ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ			
	รู้น้อย	รู้นปานกลาง	รู้นมาก	รวม
ไม่มี	18.1	64.1	17.8	100.0(320)
มี	15.1	66.3	18.6	100.0(86)
รวม	7.6(31)	74.4(302)	18.0(73)	100.0(406)

$$\chi^2 = .426$$

$$df = 2$$

$$p\text{-value} = .808$$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

สมมติฐานที่ 8 ผู้หญิงน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ชาย

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ นั่นคือ ผู้หญิงมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ชาย (ผู้หญิง ร้อยละ 20.8 เปรียบเทียบกับ ผู้ชาย ร้อยละ 15.3) เมื่อนำมาทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าเพศ มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

จากผลการวิจัยข้างต้น สอดคล้องกับที่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 95) ที่กล่าวว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพถือเป็นเรื่องที่ส่งผลดี มีประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้นทัศนคติในด้านนี้จึงเป็นไปในทางที่ดีด้วย และปกติผู้หญิงมักจะสนใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพค่อนข้างมากอยู่แล้ว ดังนั้นจึงพบว่า มีสัดส่วนของผู้หญิงที่มีทัศนคติในเชิงบวกสูงกว่าผู้ชาย

ตารางที่ 17 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและเพศ

เพศ	ทัศนคติที่มีต่อเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ			
	เชิงลบ	เป็นกลาง	เชิงบวก	รวม
ชาย	24.1	60.6	15.3	100.0(137)
หญิง	13.8	65.4	20.8	100.0(312)
รวม	16.9(76)	63.9(287)	19.2(86)	100.0(449)

$$\chi^2 = 7.823$$

$$df = 2$$

$$p\text{-value} = .020$$

สมมติฐานที่ 9 ผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

จากตารางที่ 18 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 34 ปี หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 23.7 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 15.5) เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า อายุ ไม่มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ผลการศึกษา อธิบายได้ว่า อาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่คนไทยส่วนใหญ่รับประทานกันมานานตั้งแต่บรรพบุรุษ และรสชาติก็ถูกปากกับคนไทย จึงทำให้ผู้ที่มีอายุมากมีทัศนคติในเชิงบวกในสัดส่วนสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากสมัยนี้คนรุ่นใหม่มีการรับค่านิยมด้านการบริโภคจากต่างประเทศเข้ามาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดยิ่งในกลุ่มผู้ที่ยุ่่น้อยก็บริโภคกันมากมาย ซึ่งส่งผลต่อสภาวะร่างกาย อันก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บตามมา โดยเฉพาะโรคอ้วน ดังเช่น การศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทยที่พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ.2544 เป็นต้นมา ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กลุ่มสนับสนุนวิชาการ, 2548: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/newpage3.htm>.) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว อาจเกิดจากการเปิดรับค่านิยมใหม่ทางการบริโภคมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุยังน้อยอยู่ ทัศนคติจึงมีแนวทางเปลี่ยนไปจากผู้ที่มีอายุมากกว่า

ตารางที่ 18 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และอายุ

อายุ	ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ			รวม
	เชิงลบ	เป็นกลาง	เชิงบวก	
34 ปี หรือต่ำกว่า	19.1	65.3	15.5	100.0(251)
35 ปี ขึ้นไป	14.1	62.1	23.7	100.0(198)
รวม	16.9(76)	63.9(287)	19.2(86)	100.0(449)

$\chi^2 = 5.688$ df = 2 p-value = .058

สมมติฐานที่ 10 ผู้ที่สมรสแล้วน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

จากตารางที่ 19 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีระดับทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ นั่นคือ ผู้ที่สมรสแล้วมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงที่สุด (ร้อยละ 19.6) รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นโสด (ร้อยละ 18.9) และผู้ที่หย่าร้าง/หม้าย (ร้อยละ 18.8) สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าทุกสถานภาพสมรสจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ผู้ที่สมรสแล้วมีแนวโน้มของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ แต่เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า สถานภาพสมรส ไม่มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่สมรสแล้วต้องใช้ชีวิตครอบครัว มีหน้าที่เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านทำอาหารสำหรับสมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณประโยชน์ของอาหารเหล่านั้น และอาหารเพื่อสุขภาพก็เป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้นทัศนคติในด้านนี้จึงเป็นในเชิงบวกซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่าคนผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

ตารางที่ 19 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ			
	เชิงลบ	เป็นกลาง	เชิงบวก	รวม
โสด	16.6	64.5	18.9	100.0(265)
สมรส	18.5	61.9	19.6	100.0(168)
หย่าร้าง /หม้าย	6.3	75.0	18.8	100.0(16)
รวม	16.9(76)	63.9(287)	19.2(86)	100.0(449)
	$\chi^2 = 1.788$	df = 4	p-value = .775	

สมมติฐานที่ 11 ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหาร เพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า

จากตารางที่ 20 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผลการศึกษา เป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้เพียงบางส่วน นั่นคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงที่สุด (ร้อยละ 22.1) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ตอบทุกระดับการศึกษา แต่สังเกตได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับ ปวช./ ปวส. มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทั้งที่ผู้ที่มีการศึกษาระดับ ปวส. น่าจะมีทัศนคติเชิงบวกสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เพราะระดับชั้นสูงกว่า ความคิดน่าจะมีเหตุผลที่ดีกว่า แต่ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า การจัดกลุ่มให้ผู้ที่ยังเรียนระดับ ปวช. อยู่กลุ่มเดียวกับผู้ที่ยังเรียนระดับ ปวส. เนื่องจากเป็นสายวิชาชีพ เช่นเดียวกัน ซึ่งระดับการศึกษาระดับ ปวช. นั้น ก็เทียบเท่ากับ มัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งอายุยังน้อยอยู่ ทัศนคติยังไม่เปิดกว้างมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาในเรื่องของอายุ ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพในเชิงบวกสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับ ปวช./ ปวส. มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับที่ ศศิพิมพ์ ศรีคะ (2542: 45) กล่าวว่า การศึกษาเป็นแนวทางหนึ่งที่บุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมความรู้สึก ความคิดเห็น ได้ เนื่องจากได้เรียนรู้บางสิ่งเพิ่มเติม กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้มีความคิดเห็นแตกต่างไปจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 185) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบทางด้านการศึกษามีผลต่อความรู้ ทัศนคติ ของประชาชน ซึ่งประชาชนที่มีการศึกษาน้อย มักจะมีความรู้ ทัศนคติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติทางสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ			
	เชิงลบ	เป็นกลาง	เชิงบวก	รวม
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	23.1	76.9	-	100.0(13)
มัธยมศึกษา	20.0	70.0	10.0	100.0(40)
ปวช./ ปวส.	20.5	71.8	7.7	100.0(39)
ปริญญาตรีขึ้นไป	16.0	61.9	22.1	100.0(357)
รวม	16.9(76)	63.9(287)	19.2(86)	100.0(449)
	$\chi^2 = 10.749$	df = 6	p-value = .096	

สมมติฐานที่ 12 ผู้ที่มีสถานภาพการทำงานเป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ

จากตารางที่ 21 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ ผู้ที่เป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงที่สุด (ร้อยละ 33.9) รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 22.1) ผู้ที่เป็นพนักงานเอกชน (ร้อยละ 19.2) ผู้ที่เป็นนิสิต (ร้อยละ 13.2) และผู้ที่เป็นผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 8.2) เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า อาชีพ มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย เป็นกลุ่มที่ทำงานในด้านการส่งเสริมและรักษาสุขภาพอยู่เป็นประจำ และมองว่าสิ่งใดที่มีประโยชน์และเป็นสิ่งที่ดีทำให้เกิดสุขภาพที่ดี ย่อมต้องมีทัศนคติต่อสิ่งเหล่านั้นในทางบวก เช่นเดียวกับอาหารเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะในการศึกษาคั้งนี้ ศึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นศูนย์วางแผนด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นจึงต้องสร้างเสริมทัศนคติเรื่องการปฏิบัติตนในเรื่องเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพแก่คนไข้อยู่เสมอ และในเรื่องการบริโภคอาหาร 5 หมู่ก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะเป็นอาหารที่มีอยู่ตามธรรมชาติ ไม่ได้ปรุงแต่ง ซึ่งจะมีผลต่อมารดาที่กำลังตั้งครรภ์อย่างมาก ถึงแม้ผู้ตอบกลุ่มนี้จะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในเรื่องของอาหารเพื่อสุขภาพในระดับสูงไม่มากนัก นั่นก็ไม่จำเป็นเสมอไปว่าความรู้จะต้องมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ในส่วนของกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีสถานภาพการทำงานเป็นผู้ใช้แรงงานที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกน้อยที่สุด อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มคนเหล่านี้เป็นแรงงานทักษะค่อนข้างต่ำ ซึ่งมักจะคำนึงถึงเรื่องอื่นๆ มากกว่า เช่นเรื่องเศรษฐกิจ รายได้ ที่เป็นปัญหาต่อการดำรงชีพมากกว่าเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย

ตารางที่ 21 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและสถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงาน	ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ			
	เชิงลบ	เป็นกลาง	เชิงบวก	รวม
นิสิต	24.5	62.3	13.2	100.0(106)
ข้าราชการ	14.5	63.4	22.1	100.0(145)
แพทย์/พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย	10.2	55.9	33.9	100.0(59)
พนักงานเอกชน	14.1	66.7	19.2	100.0(78)
ผู้ใช้แรงงาน	19.7	72.1	8.2	100.0(61)
รวม	16.9(76)	63.9(287)	19.2(86)	100.0(449)
	$\chi^2 = 20.857$	df= 8	p-value= .008	

สมมติฐานที่ 13 ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า

จากตารางที่ 22 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 15,001 ขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงที่สุด (ร้อยละ 25.6) รองลงมาคือ ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 5,001-15,000 บาท (ร้อยละ 17.7) และผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาท หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 12.1) เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า รายได้ มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้สูงกว่า มีโอกาสแสวงหาสิ่งของที่ต้องการได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า เนื่องจากมีกำลังทรัพย์ที่เพียงพอ และการเลือกที่จะทำอะไรก็มักจะใช้ทัศนคติของตนเองเป็นตัวประเมินค่าของสิ่งเหล่านั้น เช่นเดียวกับการประเมินว่าอาหารเพื่อ

สุขภาพเป็นอาหารที่มีประโยชน์ และสามารถเลือกบริโภคได้โดยไม่กระทบกระเทือนกับรายได้ที่มีอยู่

ตารางที่ 22 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและรายได้

รายได้	ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ			
	เชิงลบ	เป็นกลาง	เชิงบวก	รวม
5,000 บาท หรือต่ำกว่า	23.4	64.5	12.1	100.0(107)
5,001-15,000 บาท	15.1	67.2	17.7	100.0(186)
15,001 บาท ขึ้นไป	14.7	59.6	25.6	100.0(156)
รวม	16.9(76)	63.9(287)	19.2(86)	100.0(449)
$\chi^2 = 10.578$	df= 4	p-value= .032		

สมมติฐานที่ 14 ผู้ที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

จากตารางที่ 23 เมื่อพิจารณาในกลุ่มของผู้ที่มีระดับทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 22.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.2) แต่เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า การมีโรคประจำตัว ไม่มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

การศึกษานี้สอดคล้องกับที่ Rosenstock Hochbaum, Kegeles and Leventhal (ม.ป.ป. อ้างใน เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ, 2521: 90-91) กล่าวว่า ความตั้งใจของคนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ 1) บุคคลนั้นตระหนักว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับสุขภาพของตน 2) บุคคลนั้นเชื่อว่าอันตรายดังกล่าวอาจส่งผลร้ายต่อตัวเอง 3) บุคคลนั้นสำนึกว่ามีวิธีการที่จะมารักษาอันตรายเหล่านั้นให้หายไป ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีความพยายามแสวงหาวิธีที่จะรักษาโรคร้ายต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการ และพยายามเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น คนที่เป็นโรคมะเร็ง อาจจะรับประทานอาหารที่ไม่มีเนื้อสัตว์เป็นส่วนประกอบ เนื่องจากโปรตีนจากเนื้อสัตว์จะเป็นตัวเร่งให้เซลล์มะเร็งลุกลามเร็วขึ้น หรือเลือกรับประทานอาหารแมคโครไบโอติกส์ เป็นต้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างนี้จึงมีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพในทางบวก เพราะอาหารเหล่านี้จะ

สามารถช่วยฟื้นฟูต่อสุขภาพของเขาได้ ส่วนผู้ตอบที่ไม่มีโรคประจำตัวก็ไม่ต้องระวังรักษาร่างกายเท่ากับคนที่มโรคประจำตัว

ตารางที่ 23 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและการมีโรคประจำตัว

การมีโรคประจำตัว	ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ			
	เชิงลบ	เป็นกลาง	เชิงบวก	รวม
ไม่มี	17.9	63.9	18.2	100.0(357)
มี	13.0	64.1	22.8	100.0(92)
รวม	16.9(76)	63.9(287)	19.2(86)	100.0(449)

$$x^2 = 1.846$$

$$df = 2$$

$$p\text{-value} = .397$$

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

สมมติฐานที่ 15 ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพน้อยกว่า

จากตารางที่ 24 เมื่อพิจารณาในกลุ่มของผู้ที่มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ ผู้ที่มีความรู้มากมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสูงที่สุด (ร้อยละ 21.9) รองลงมาคือ ผู้ที่มีความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 16.9) และผู้ที่มีความรู้ต่ำ (ร้อยละ 9.7) เมื่อทดสอบด้วยค่า x^2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ความรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ผลการวิจัยนี้ได้สอดคล้องกับ วรลักษณ์ คงหนู และ ประเวศ บุญเลี้ยง (2543) ที่พบว่า ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับปานกลางและต่ำกว่า เนื่องจากผู้ที่มีความรู้สูงจะมีความสามารถในการจำแนกแยกแยะได้ว่าอาหารชนิดใดควรบริโภคในลักษณะอย่างไรจึงจะได้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจได้ว่าอาหารชนิดใดควรเลือกหรือไม่ควรเลือกมาบริโภค

ตารางที่ 24 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
น้อย	21.1	70.4	8.5	100.0(71)
ปานกลาง	14.9	66.8	18.3	100.0(262)
มาก	6.8	71.2	21.9	100.0(73)
รวม	14.5(59)	68.2(277)	17.2(70)	100.0(406)
$\chi^2 = 9.623$		$df = 4$		$p\text{-value} = .047$

สมมติฐานที่ 16 ผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติในเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

จากตารางที่ 25 พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมาก พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ มีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสูงที่สุด (ร้อยละ 22.1) รองลงมาคือ ผู้ที่มีทัศนคติเป็นกลาง (ร้อยละ 14.6) และผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ (ร้อยละ 14.5) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ทัศนคติไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับที่ วรลักษณ์ กงหนู และ ประเวศ บุญเลี้ยง (2543) พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติและค่านิยมในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารระดับสูงจะให้คุณค่าต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพ และมีแนวโน้มที่จะเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารตามการให้คุณค่า และจิตตินันท์ เสวะลาภี (2544) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อผู้บริโภคมีความรู้ ความเข้าใจถึงคุณประโยชน์ที่แท้จริงของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพแล้ว ก็จะเกิดการประเมินถึงอาหารเพื่อสุขภาพประเภทต่างๆที่ได้รับรู้มา และสร้างทัศนคติที่ดีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดแนวโน้มที่จะแสดงทัศนคตินั้นๆออกมาเป็นพฤติกรรมการบริโภคในที่สุด

ตารางที่ 25 ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
เชิงลบ	14.5	71.1	14.5	100.0(76)
เป็นกลาง	18.8	66.6	14.6	100.0(287)
เชิงบวก	8.1	69.8	22.1	100.0(86)
รวม	16.0(72)	67.9(305)	16.0(72)	100.0(449)
$\chi^2 = 7.510$	$df = 4$	$p\text{-value} = .111$		

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพข้างต้น ผู้วิจัยคาดว่าความสัมพันธ์เหล่านั้นอาจไม่ใช่ความสัมพันธ์ที่แท้จริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวแปรเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ โดยเลือกตัวแปรระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสมาเป็นตัวแปรคุม เนื่องจากว่าระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสน่าจะมีการผันแปรไปตามพฤติกรรม ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ นอกจากนี้สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันอาจนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน ดังนั้น การนำตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้มาคุมจึงน่าจะช่วยบ่งชี้ให้เห็นว่า ความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพมีอิทธิพลอย่างแท้จริงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพหรือไม่ โดยในส่วนของระดับการศึกษาผู้วิจัยจะมีการจัดกลุ่มระดับการศึกษาใหม่ แบ่งเป็น ผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่าปริญญาตรี และผู้ที่มีการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ผลการศึกษามีดังนี้

จากตารางที่ 26 เมื่อนำตัวแปรระดับการศึกษามาใช้เป็นตัวแปรคุม เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์โดยทั่วไประหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ในระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป รูปแบบของความสัมพันธ์ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง และเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำกว่า แต่ในส่วนของผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับปริญญาตรี พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์มีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับปานกลางมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพน้อย (ร้อยละ 9.8 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 11.1) และเมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ เมื่อควบคุมระดับการศึกษาแล้วไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นผลมาจากระดับการศึกษา

ตารางที่ 26 ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
ต่ำกว่าปริญญาตรี				
ความรู้น้อย	18.5	70.4	11.1	100.0(27)
ความรู้ปานกลาง	22.0	68.3	9.8	100.0(41)
ความรู้มาก	12.5	50.0	37.5	100.0(8)
รวม	19.7(15)	67.1(51)	13.2(10)	100.0 (76)
	$\chi^2 = 4.784$	df = 4	p-value = .310	
ปริญญาตรีขึ้นไป				
ความรู้น้อย	22.7	70.5	6.8	100.0(44)
ความรู้ปานกลาง	13.6	66.5	19.9	100.0(221)
ความรู้มาก	6.2	73.8	20.0	100.0(65)
รวม	13.3(44)	68.5(226)	18.2(60)	100.0(330)
	$\chi^2 = 9.463$	df = 4	p-value = .051	

จากตารางที่ 27 เมื่อนำตัวแปรระดับการศึกษามาใช้เป็นตัวแปรคุม เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์โดยทั่วไประหว่างทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ในระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี รูปแบบของความสัมพันธ์ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง และเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ มีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพ แต่ ในส่วนของผู้ที่มีการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์มีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ผู้ที่มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพเป็นกลางมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมาก ต่ำกว่าผู้ที่มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพในเชิงลบ (ร้อยละ 15.4

เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 17.5) เมื่อทดสอบด้วยค่า x^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ เมื่อควบคุมตัวแปรระดับการศึกษาแล้ว ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นผลมาจากระดับการศึกษา

ตารางที่ 27 ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
ต่ำกว่าปริญญาตรี				
ทัศนคติเชิงลบ	26.3	68.4	5.3	100.0(19)
ทัศนคติเป็นกลาง	22.7	65.2	12.1	100.0(66)
ทัศนคติเชิงบวก	14.3	71.4	14.3	100.0(7)
รวม	22.8(21)	66.3(61)	10.9(10)	100.0 (92)
	$x^2 = 1.099$	df = 4	p-value = .894	
ปริญญาตรีขึ้นไป				
ทัศนคติเชิงลบ	12.3	70.2	17.5	100.0(57)
ทัศนคติเป็นกลาง	17.2	67.4	15.4	100.0(221)
ทัศนคติเชิงบวก	7.6	69.6	22.8	100.0(79)
รวม	14.3(51)	68.3(244)	17.4(62)	100.0(357)
	$x^2 = 5.856$	df = 4	p-value = .210	

จากตารางที่ 28 เมื่อนำตัวแปรสถานภาพสมรสมาใช้เป็นตัวแปรคุม เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์โดยทั่วไประหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ในส่วนของผู้ที่เป็นโสด รูปแบบของความสัมพันธ์ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง และเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่ามีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพน้อยกว่า แต่ในส่วนของผู้ที่สมรสแล้ว และผู้ที่หย่าร้าง/ หม้าย พบว่า รูปแบบของความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ในส่วนของผู้ที่สมรสแล้ว พบว่า ผู้ที่มีความรู้

เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับปานกลางมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากและน้อย และในส่วนของผู้ที่หย่าร้าง/ หม้าย พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพน้อยกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 33.3 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 8.3) เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีสมรสแล้ว และผู้ที่หย่าร้าง/ หม้าย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในส่วนของ ผู้ที่เป็นโสด พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ เมื่อควบคุมสถานภาพสมรสแล้ว พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นผลมาจากสถานภาพสมรส

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่สมรสแล้วจำเป็นต้องมีการดูแลใส่ใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้นกว่าเมื่อตอนที่ยังเป็น โสด เพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งหากยังเป็น โสด หรือหย่าร้าง/ หม้าย อาจสามารถใช้ชีวิตเพียงตัวคนเดียว แต่เมื่อแต่งงานมีครอบครัวแล้ว ภาระการดูแลครอบครัวจึงมีมากขึ้น โดยเฉพาะบุคคลที่ผ่านการตั้งครรภ์มาแล้วที่ต้องให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างมาก เพราะร่างกายจะเริ่มเสื่อมโทรมลง ถ้ามีการบริโภคที่ถูกสุขลักษณะและเป็นประโยชน์ ก็จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายให้แข็งแรงขึ้น

ตารางที่ 28 ร้อยละของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	พฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
โสด				
ความรู้ ^{น้อย}	30.0	66.7	3.3	100.0(30)
ความรู้ ^{ปานกลาง}	14.9	70.8	14.3	100.0(154)
ความรู้ ^{มาก}	5.8	75.0	19.2	100.0(52)
รวม	14.8(35)	71.2(168)	14.0(33)	100.0 (236)
	$\chi^2 = 11.198$	df = 4	p-value = .024	
สมรส				
ความรู้ ^{น้อย}	15.8	73.7	10.5	100.0(38)
ความรู้ ^{ปานกลาง}	15.6	58.3	26.0	100.0(96)
ความรู้ ^{มาก}	10.0	65.0	25.0	100.0(20)
รวม	14.9(23)	63.0(97)	22.1(34)	100.0(154)
	$\chi^2 = 4.466$	df = 4	p-value = .347	
หย่าร้าง / หม้าย				
ความรู้ ^{น้อย}	-	66.7	33.3	100.0(3)
ความรู้ ^{ปานกลาง}	8.3	83.3	8.3	100.0(12)
ความรู้ ^{มาก}	-	-	100.0	100.0(1)
รวม	6.3(1)	75.0(12)	18.8(3)	100.0(16)
	$\chi^2 = 5.778$	df = 4	p-value = .216	

จากตารางที่ 29 เมื่อนำตัวแปรสถานภาพสมรสมาใช้เป็นตัวแปรคุม เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์โดยทั่วไประหว่างทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ในส่วนของผู้ที่สมรสแล้ว และผู้ที่หย่าร้าง/ หม้าย รูปแบบของความสัมพันธ์ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง และเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพ แต่ในส่วนของผู้ที่โสด พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์

เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกและเป็นกลางต่ออาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ว่า ผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติในเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่เป็น โสดที่มีทัศนคติเชิงลบ บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำอยู่แล้ว ถึงแม้จะมีทัศนคติเชิงลบ แต่เนื่องจากอาหารเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกคนควรรับประทาน ดังนั้นสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในกลุ่มนี้จึงสูง เมื่อทดสอบด้วยค่า χ^2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ เมื่อควบคุมสถานการณ์สมรสแล้วไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นผลมาจากสถานการณ์สมรส



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 29 ร้อยละของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพและสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	พฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
โสด				
ทัศนคติเชิงลบ	18.2	65.9	15.9	100.0(44)
ทัศนคติเป็นกลาง	18.1	70.2	11.7	100.0(171)
ทัศนคติเชิงบวก	8.0	78.0	14.0	100.0(50)
รวม	16.2(43)	70.9(188)	12.8(34)	100.0 (265)
	$\chi^2 = 3.643$	df = 4	p-value = .457	
สมรส				
ทัศนคติเชิงลบ	12.9	74.2	12.9	100.0(31)
ทัศนคติเป็นกลาง	20.2	60.6	19.2	100.0(104)
ทัศนคติเชิงบวก	9.1	57.6	33.3	100.0(33)
รวม	16.7(28)	62.5(105)	20.8(35)	100.0(168)
	$\chi^2 = 6.582$	df = 4	p-value = .160	
หย่าร้าง / หม้าย				
ทัศนคติเชิงลบ	-	100.0	-	100.0(1)
ทัศนคติเป็นกลาง	8.3	75.0	16.7	100.0(12)
ทัศนคติเชิงบวก	-	66.7	33.3	100.0(3)
รวม	6.3(1)	75.0(12)	18.8(3)	100.0(16)
	$\chi^2 = 1.000$	df = 4	p-value = .910	

บทที่ 4

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในกรุงเทพมหานคร

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ทำงาน หรือกำลังศึกษาในองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของยามานะ (Yamane) และใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง อย่างมีระบบ (Systematic sampling) เพื่อเลือกเขตที่จะเป็นฐานในการนำไปสู่การเลือกองค์กร 5 เขต ได้แก่ 1. เขตบางเขน 2. เขตปทุมวัน 3. เขตพระนคร 4. เขตพระโขนง 5. เขตห้วยขวาง และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในการเลือกองค์กรต่างๆจากแต่ละเขตที่จับฉลากมาได้ และเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญจากแต่ละองค์กรที่ตกเป็นตัวอย่าง โดยกำหนดให้ขนาดตัวอย่างเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากร ซึ่งได้เก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด 449 คน

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ได้นำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ในการบรรยายลักษณะทั่วไปของข้อมูล อันประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, SD.) ในการหาค่าคะแนนความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามด้วยตารางไขว้ (Cross Tabulations) โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ ค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2 -Test) เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 449 คน เป็นผู้ชายร้อยละ 30.5 และผู้หญิงร้อยละ 69.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 34 ปี หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 55.9) และมีสถานภาพโสดมากที่สุด (ร้อยละ 59.0) ในด้านการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 79.5) และมีสถานภาพการทำงานเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 32.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ คือ 5,001-15,000 บาท (ร้อยละ 41.4) ส่วนด้านการมีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.5) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 20.5) มักจะเป็นโรคภูมิแพ้มากที่สุด (ร้อยละ 6.5)

2. ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรู้จักอาหารเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 90.4) ส่วนผู้ที่ไม่รู้จักอาหารเพื่อสุขภาพมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 9.6) เท่านั้น นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพได้ถูกต้อง ซึ่งความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมาก ได้แก่ อาหารธรรมชาติที่มีเส้นใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ฯลฯ สามารถป้องกันโรคลำไส้อักเสบ มะเร็ง และโรคภูมิแพ้ ได้ และความรู้ที่มีค่าเฉลี่ยอันดับรองลงมา ได้แก่ การรณรงค์ “กินผักครึ่งหนึ่งอย่างอื่นครึ่งหนึ่ง” เป็นการกินเพื่อสุขภาพ อาหารเพื่อสุขภาพต้องเป็นอาหารที่มาจากธรรมชาติและปลอดสารพิษ อาหารเพื่อสุขภาพคืออาหารที่ประกอบด้วยผักและผลไม้เท่านั้น จุดประสงค์ของการกินอาหาร “เจ” คือเพื่อสุขภาพที่ดีและเป็นการเมตตาจิตแก่สรรพสัตว์ อาหารเพื่อสุขภาพคืออาหารหลัก 5 หมู่ ผู้ที่กินอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำมักจะขาดสารอาหาร 5 หมู่ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพถือเป็นการลงทุนในเรื่องของสุขภาพ การกินอาหาร “แมคโครไบโอติกส์” สามารถช่วยลดการเกิดโรคมะเร็งได้ การกินอาหารประเภท ข้าว ธัญพืช เป็นหลัก ผักผลไม้เป็นประจำ และกินสิ่งอื่นๆเป็นรอง คือการกินอาหารเพื่อสุขภาพ และอาหารเพื่อสุขภาพจะต้องไม่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ

ส่วนความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิด ได้แก่ ถ้าเราบริโภคอาหารที่มีเส้นใยมากเกินไปจะไปลดการดูดซึมโปรตีน และการดูดซึมแร่ธาตุต่างๆได้ การกินอาหาร “ชีวจิต” คือการห้ามกินเนื้อสัตว์ทุกชนิด

และจากการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับปานกลาง รองลงมาได้แก่ มีความรู้มาก และผู้ที่มีความรู้น้อย

3. ทักษะที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับความคิดที่ว่า การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่เน้นพืชผัก ธัญพืช เป็นประจำ จะทำให้อายุยืน การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นวัฒนธรรมการกินของคนไทยมาแต่โบราณ การที่คนหันมาบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นเพราะต้องการให้มีสุขภาพดีในยามที่มีอายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังเห็นด้วยว่าโครงการ “ทูบีนัมเบอร์วัน” มีส่วนทำให้คนหันมาออกกำลังกายควบคู่ไปกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และเห็นด้วยว่า การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการสร้างกระแสในสังคม การที่คนกินอาหารเพื่อสุขภาพแสดงว่าคนๆนั้นเป็นคนที่มีสุขภาพดี และการที่คนหันมาบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นเพราะต้องการลดความอ้วน

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยกับการที่เราควรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพหลังจากที่เราเกิดการเจ็บป่วย และไม่เห็นด้วยว่าคนที่กินอาหารเพื่อสุขภาพมักจะเป็นผู้ใหญ่หรือคนชรา อาหารเพื่อสุขภาพเป็นสัญลักษณ์แห่งความสวยงามทางร่างกาย อาหารเพื่อสุขภาพมักจะมีราคาแพง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นไปเพื่อป้องกันโรคเท่านั้น และการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพถือเป็นแฟชั่นอย่างหนึ่ง

ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่แน่ใจในสัดส่วนสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ว่า การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นผลสืบเนื่องมาจากนโยบาย “สร้างนำซ่อมสุขภาพ” ของรัฐบาล

ในการวัดระดับคะแนนทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนของทัศนคติเป็นกลางมากที่สุด รองลงมาคือ มีทัศนคติเชิงบวก และมีทัศนคติเชิงลบ

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเหตุผลในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ คือ กินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อเป็นการป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต รองลงมาคือ กินอาหารเพื่อสุขภาพเพราะต้องการลดความอ้วน และมีคนที่รู้จักแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพให้กิน การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจะทำให้ร่างกายของผู้บริโภคมีสุขภาพดี กินอาหารธรรมชาติเพราะว่าดีกว่าการรับประทานอาหารเสริมที่อยู่ในรูปผลิตภัณฑ์สังเคราะห์ เช่น อาหารเสริมแบบเม็ด แคปซูล และรับประทานผลไม้สดเป็นอาหารว่างแทนขนมหวานชนิดอื่นๆ ผู้บริโภคจะรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีโรคประจำตัว และการที่กินอาหารเพื่อสุขภาพเพราะมีประโยชน์กว่าอาหาร Fast food ซึ่งมีคนที่รู้จักจะแนะนำให้กิน

ในส่วนของความถี่ในการบริโภคจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเหล่านี้เป็นประจำ ได้แก่ อาหารครบ 5 หมู่แต่ละหมู่มีความหลากหลาย รับประทานพืชผัก และผลไม้ตามฤดูกาล รับประทานปลา/เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน คีมนมสด/โยเกิร์ต และรับประทานอาหารที่สดสะอาด ปราศจากการปนเปื้อนจากสารสังเคราะห์ต่างๆ (บอแรกซ์ สารให้ความหวาน สีใส่อาหาร) ส่วนอาหารที่รับประทานเป็นบางครั้ง ได้แก่ อาหารประเภทน้ำผักและผลไม้ปั่น ผลิตภัณฑ์

จากถั่วเหลือง นอกจากนี้จะรับประทานอาหารประเภท ธัญพืช เช่น ถั่ว งา ลูกเดือย ข้าวกล้องและอาหารมังสวิรัต เจ แมคโครไบโอติกส์ หรือชีวจิต นานๆครั้ง

ในการวัดระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนของพฤติกรรมในระดับปานกลางเป็นสัดส่วนสูงสุด รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมาก และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพน้อย

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

เพศ

เพศ ไม่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของการมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากเท่าใดนัก กล่าวคือ ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต่างก็มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพใกล้เคียงกัน ซึ่งความต่างนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีแนวโน้มว่า ผู้ชายมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้หญิง

แต่พบว่า เพศ มีผลให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และความต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้หญิงมีแนวโน้มของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ชาย

อายุ

อายุมีผลให้เกิดความแตกต่างของการมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และความต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (34 ปี หรือต่ำกว่า) มีแนวโน้มของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่อายุมากกว่า (35 ปีขึ้นไป) ซึ่งอาจเป็นเพราะคนรุ่นใหม่ที่ยังน้อยได้รับการปลูกฝังในเรื่องของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับคนรุ่นใหม่มีโอกาสได้รับการศึกษามากกว่าคนในยุคก่อน

นอกจากนี้ยังพบว่า อายุมีผลให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และความต่างนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า (35 ปี ขึ้นไป) มีแนวโน้มของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (34 ปี หรือต่ำกว่า) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่คนส่วนใหญ่รับประทานกันมานานตั้งแต่บรรพบุรุษ และรสชาติก็ถูกปากกับคนไทย ผู้ที่มีอายุมากจึงมีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าที่มักจะมีการรับค่านิยมในด้านการบริโภคจากต่างประเทศเข้ามา

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสมีผลให้เกิดความแตกต่างของการมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสดมีแนวโน้มของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่สถานภาพสมรสอื่นๆ ในขณะที่เดียวกัน ผู้ที่มีสถานภาพหย่าร้าง/ หม้าย ก็มีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีผลให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสในทุกกลุ่ม มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพเชิงบวกใกล้เคียงกันทั้งหมด โดยผู้ที่สมรสแล้วมีแนวโน้มของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพในสัดส่วนสูงสุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่สมรสแล้วต้องใช้ชีวิตครอบครัว เป็นแม่บ้านคอยทำอาหารสำหรับคนในครอบครัว จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณประโยชน์ของอาหารที่ใช้รับประทาน เช่นเดียวกับอาหารเพื่อสุขภาพที่ถือเป็นสิ่งที่ดีต่อร่างกาย

การศึกษา

การศึกษามีผลให้เกิดความแตกต่างของการมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า มีแนวโน้มของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะปัจจุบันนี้ สื่อต่างๆ มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น ประชาชนจึงได้รับความรู้จากสื่ออื่นๆ นอกเหนือจากความรู้จากระบบการศึกษาในโรงเรียนเพียงอย่างเดียว และการรณรงค์เผยแพร่ความรู้จากหน่วยงานต่างๆ ก็สามารถเข้าถึงชุมชนได้อย่างใกล้ชิด และเป็นการเน้นคนที่มีการศึกษาดำเนินไป จึงทำให้ผู้ที่มีระดับการศึกษาดำเนินไปสามารถมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพได้มาก

นอกจากนี้ยังพบว่า การศึกษา มีผลให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ แต่ความแตกต่างนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีแนวโน้มของผู้ที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพมากที่สุด

สถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงานมีผลให้เกิดความแตกต่างของการมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ที่เป็นนิสิต มีแนวโน้มของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพการทำงานอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มนิสิตเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน จึงได้รับความรู้จากการเรียนเป็นส่วนหนึ่ง ประกอบกับการตระหนักถึงสุขภาพมากขึ้น การหาความรู้ด้านนี้จึงมีมากขึ้นตามไปด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า สถานภาพการทำงานมีผลให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ที่เป็นแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่อนามัย มีแนวโน้มของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงสุด ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่เป็นผู้ใช้แรงงานที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพต่ำที่สุดเช่นกัน

รายได้

รายได้มีผลให้เกิดความแตกต่างของการมีความรู้ในเรื่องของอาหารเพื่อสุขภาพ และความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีแนวโน้มว่าผู้ที่มีรายได้ 5,000 บาท หรือต่ำกว่า เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากที่สุด ซึ่งน่าจะเป็นเพราะส่วนใหญ่แล้ว ผู้ที่มีรายได้กลุ่มนี้เป็นนิสิตที่ยังอยู่ในวัยเรียน จึงได้รับความรู้จากการเรียนเป็นส่วนหนึ่ง

นอกจากนี้รายได้อีกยังผลให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพอีกด้วย และความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีแนวโน้มว่าผู้ที่มีรายได้ 15,001 บาท ขึ้นไป เป็นผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้อื่นๆ

การมีโรคประจำตัว

การมีโรคประจำตัวไม่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของการมีความรู้ในเรื่องของอาหารเพื่อสุขภาพ และไม่มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัว มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากใกล้เคียงกัน โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มของการมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่กินกันเป็นประจำอยู่แล้ว คนทั้ง 2 กลุ่มจึงมีความรู้ที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งผู้ที่มีโรคประจำตัวอาจจะมีการพิถีพิถันในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว เพราะมีความเสี่ยงภาวะอันตรายต่อสุขภาพสูงกว่า

แต่อย่างไรก็ตาม ในส่วนของทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า การมีโรคประจำตัวมีผลให้เกิดความแตกต่างของการมีความรู้ในเรื่องของอาหารเพื่อสุขภาพ แต่ความแตกต่างนั้นไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมีผลให้เกิดความแตกต่างของการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่ามีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าตามไปด้วย เนื่องจากผู้ที่มีความรู้สูงจะมีความสามารถในการจำแนกแยกแยะประเภทของอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ และเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรระดับการศึกษาแล้ว พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์มีการเปลี่ยนแปลงไปในส่วนของผู้ที่มีการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป กล่าวคือ ผู้ที่มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพเป็นกลางมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพในเชิงลบ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อควบคุมด้วยตัวแปรสถานภาพสมรส พบว่า รูปแบบของความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป ในส่วนของผู้ที่สมรสแล้ว และผู้ที่หย่าร้าง/ หม้าย กล่าวคือ ในส่วนของผู้ที่สมรสแล้ว พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับปานกลางมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากและน้อย และในส่วนของผู้ที่หย่าร้าง/ หม้าย พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพน้อยกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพปานกลาง ซึ่งในส่วนของผู้ที่เป็นโสด พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพมีผลให้เกิดความแตกต่างของการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แต่ความแตกต่างนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารเพื่อสุขภาพ มีแนวโน้มของผู้ที่มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติในเชิงเป็นกลางและเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรการศึกษา พบว่า รูปแบบของความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปในส่วนของผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป กล่าวคือ ผู้ที่มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพเป็นกลางมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพในเชิงลบ และความสัมพันธ์นั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรสถานภาพสมรส พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปในส่วนของผู้ที่ เป็นโสด กล่าวคือ ผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่ออาหารเพื่อสุขภาพมี

สัดส่วนของผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกและเป็นกลางต่ออาหารเพื่อสุขภาพ และความสัมพันธ์นั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 30 สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ	ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ		ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ	
	เป็นไปตามสมมติฐาน	χ^2 -Test	เป็นไปตามสมมติฐาน	χ^2 -Test
เพศ	×	×	✓	✓
อายุ	×	✓	✓	×
สถานภาพสมรส	✓	✓	✓	×
ระดับการศึกษา	✓	✓	✓	×
สถานภาพการทำงาน	×	✓	✓	✓
รายได้	✓	✓	✓	✓
การมีโรคประจำตัว	✓	×	✓	×

ตารางที่ 31 สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ					
	ไม่คุมตัวแปร		คุมตัวแปรการศึกษา		คุมตัวแปรสถานภาพสมรส	
	เป็นไปตามสมมติฐาน	χ^2 -Test	เป็นไปตามสมมติฐาน	χ^2 -Test	เป็นไปตามสมมติฐาน	χ^2 -Test
ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ	✓	✓	✓	×	✓	✓
ทัศนคติที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ	✓	×	✓	×	✓	×

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษา ทำให้ทราบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง/ หม้าย และผู้ที่เป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย มีแนวโน้มของการมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพยังน้อยอยู่ และผู้ที่อายุน้อย ผู้มีการศึกษาดำ ผู้ที่เป็นผู้ใช้แรงงาน และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว มีทัศนคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพที่ไม่ค่อยดีนัก นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพน้อยและผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ดังนั้นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรให้การส่งเสริมด้านเงินทุนเพื่อสร้างเสริมความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องต่อกลุ่มคนเหล่านี้ให้มากขึ้น โดยเฉพาะเยาวชนคนรุ่นใหม่ ตั้งแต่เด็กเล็กให้เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เมื่อมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง จะช่วยส่งผลถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีตามไปด้วย และเป็นการลดปัญหาโรคอ้วนที่กำลังเพิ่มมากขึ้นทุกวัน ทั้งนี้อาจให้หน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข จัดกิจกรรม “สัปดาห์อาหารปลอดภัย” เพื่อเชิญชวนเด็กและเยาวชนเข้าร่วมทำกิจกรรม โดยภายในงานอาจมีการแข่งขันตอบปัญหาเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพที่ปลอดภัย ชิงเงินรางวัล หรือจัดประกวดการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ โดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกับลูกหลานเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนหันมาสนใจการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่ปัจจุบันไม่ค่อยชอบรับประทานผักผลไม้ ซึ่งการจัดกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย นอกจากนี้ควรมีการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ/ ผลสำรวจเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะการบริโภคของคนไทยตามสื่อที่เข้าถึงง่าย เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ เพื่อให้คนไทยตระหนักถึงเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันผลงานเหล่านี้มักจะเผยแพร่ในมุมเฉพาะสำหรับผู้มีความรู้ระดับปานกลางถึงผู้ที่มีความรู้สูงขึ้นไป ทำให้คนที่ขาดโอกาสทางการศึกษาเข้าถึงข้อมูลยาก และหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนก็ต้องหมั่นออกตรวจสุขภาพและให้ความรู้แก่ประชาชนให้ทั่วถึง พร้อมทั้งเปิดบริการให้คำปรึกษาชี้แนะเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนฟรี ซึ่งการดูแลตนเองตั้งแต่อายุไม่มากนักจะช่วยชะลอการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพของตนเองได้ ในส่วนของหน่วยงานทางการแพทย์จำเป็นต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เป็นแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย อย่างสม่ำเสมอ เพราะบุคคลที่ประกอบอาชีพนี้ย่อมต้องเป็นตัวอย่างของการมีสุขภาพดีแก่คนอื่นๆ

จากที่กล่าวมาข้างต้น หากทุกฝ่ายให้ความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนและตนเองมากขึ้น ก็จะช่วยให้ประชากรของประเทศไทยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเมื่อมีความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารจะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายแข็งแรงยาวนานขึ้น โดยเฉพาะประชากรวัยแรงงานที่ถือว่าเป็นกำลังสำคัญของชาติที่จะขับเคลื่อนเศรษฐกิจได้มากกว่า

ประชากรวัยอื่น นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยลดงบประมาณที่ไม่จำเป็นในด้านการรักษาสุขภาพของประชากรในประเทศไทยได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นเมืองที่มีการเจริญเติบโตในหลายๆ ด้านและสูงที่สุดในภาคกลาง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรจะทำการวิจัยเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ของประชากรในทุกจังหวัดของภาคกลาง หรือขยายไปยังภูมิภาคอื่นๆ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถเป็นตัวแทนของผู้บริโภคในภาคกลางและประเทศไทยได้ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่จะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความใส่ใจในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชากรไทย

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เป็นเฉพาะอาหารธรรมชาติทั่วไป การวิจัยครั้งต่อไปก็อาจจะศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอาหารเพื่อสุขภาพแบบธรรมชาติและผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในรูปสังเคราะห์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยา นาคเพ็ชร์. การศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในท้องที่ตำบล ค้างพลู อำเภอ โนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2521.
- ขวัญตา ฮวดศิริ. ความรู้เกี่ยวกับอาหารและพฤติกรรมผู้บริโภคที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนของ วัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาเกษตรศาสตร์ ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2547.
- คณะกรรมการจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. ข้อปฏิบัติการกินอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร ผ่านศึก, 2546.
- เครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. คู่มือโภชนาบำบัด[Online]. นนทบุรี: องค์การอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.. แหล่งที่มา: <http://www.fda.moph.go.th/fda-net/html/product/other/kbs3/nuguide.htm> [3 พฤศจิกายน 2547]
- แคโรลีน เอ กาเซลลา. การแพทย์ทางเลือก. แปลโดย สมชาย อินทศิริพงศ์. กรุงเทพมหานคร: นำฝน, 2545.
- จิตตินันท์ เสวะลาภี. รูปแบบการดำเนินชีวิต ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีต่อ อาหารเพื่อสุขภาพ ในเขตเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชา การโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- จิตรรา ธนสารเสณี. การสื่อสาร ความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธสิ่งเสพติดของนักเรียน มัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขานิเทศศาสตร์พัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- จุฑา พีรพัชระ และ จอมขวัญ สุวรรณรักษ์. อาหารเพื่อสุขภาพจากสมุนไพร[Online]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตโชติเวช, ม.ป.ป.. แหล่งที่มา: <http://www.chtwc.rit.ac.th/research/conpic/food.html> [14 มกราคม 2548]
- ชนชญาน์ จันท์ธีวดีกุล. รูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อ สุขภาพของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชา การโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. กินดีสุขภาพดี. กรุงเทพมหานคร: แสงแดด, 2545.

- ธนภูมิ อติเวทิน. **วัฒนธรรมบริโภคนิยมกับอาหารเพื่อสุขภาพในบริบทสังคมเมือง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. **การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, 2535.
- เบญจมา ยอดคำเนิน. **ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาการแพทย์.** กรุงเทพมหานคร: โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. **ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีระพัทธนา, 2526.
- ประเวศ วะสี. **การปฏิวัติเจียะ: การปฏิรูประบบสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี, 2546.
- ปริญญ์ ลักขิตานนท์. **จิตวิทยาและพฤติกรรมผู้บริโภค.** กรุงเทพมหานคร: เจริญบุญการพิมพ์, 2544.
- ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ อนุพงศ์ สุจริยากุล. **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสุข, 2543.
- พรกมล รัชนาภรณ์. **รูปแบบการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการเปิดรับสื่อและพฤติกรรมผู้บริโภคสินค้าของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ .** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- พระไพศาล วิสาโล และ ไมตรี สุทธิจิตต์. **การดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
- พิมพ์พร ยศแก้ว. **ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพผู้บริโภคของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเทศบาล เขตการศึกษา 8.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- พิมพ์ลาส ดันติพงษ์. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการอุปโภคบริโภคของครัวเรือน : กรณีศึกษา จังหวัดนนทบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- พิสมัย จันทวิมล. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

- มนทิตรา รัชตะสมบุญ. **ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารชีวิตของประชาชนในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อการพัฒนาทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- มนัส ฉายาวิจิตรศิลป์. **พฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนไทยในชุมชนเมือง:ศึกษาเฉพาะกรุงเทพมหานคร**. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2535-2536.
- ไมตรี สุทธิจิตต์. **อาหารหลัก 4 หมู่เพื่อสุขภาพของคนไทย**. ใน *วิถีสุขภาพแห่งชีวิต*, หน้า 55-61. กรุงเทพมหานคร: ฟาอภัย จำกัด, 2542
- เยาวภา สุวัตติ. **อาหารเพื่อสุขภาพ**[Online]. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยเทคโนโลยีชีวภาพ, ม.ป.ป.. แหล่งที่มา: <http://www.gpo.or.th/rdi/html/food.htm> [15 พฤศจิกายน 2547]
- รุจิรา สัมมะสุต. **อาหารเพื่อสุขภาพ**. เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: พรการพิมพ์, 2539.
- ลัดดา กิติวิภาต. **ทัศนคติทางสังคมเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์, 2532.
- วงสาวาท โกศลวัฒน์. **สถานการณ์ของปัญหาโรคไม่ติดต่อในประเทศกำลังพัฒนา**. ใน *รายงานการประชุมวิชาการ โภชนาการ'44 เรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในโอกาสครบรอบ 25 ปีแห่งการก่อตั้งสถาบันวิจัยโภชนาการ*, หน้า 63-74. 21-23 มกราคม 2545 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร
- วรรณุช เชื้อบาง. **เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของสตรีวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- วรลักษณ์ คงหนู และ ประเวศ บุญเลี้ยง. **สังคมจิตวิทยาในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีความสัมพันธ์กับอาการหมดประจำเดือนของสตรี จังหวัดสระบุรี**. สระบุรี: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 2 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
- วรางคณา บุตรศรี. **พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

- วัฒนา ประกอบแสง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัด
สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- วิชัย โชควิวัฒน์. วันอาหารโลก ชวนคนไทยเลือกกินอาหารปลอดภัย. **จดหมายข่าวชุมชน
คนรักสุขภาพ ฉบับ สร้างสุข 4** (ตุลาคม 2548): 4.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2541.
- วิณะ วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์. **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร**. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
- ศศิพิมพ์ ศรีคะ. **ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้เชื้อราไตรโคเดอร์มาควบคุมโรคเหี่ยวพริก
ของเกษตรกรจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยี
ที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. **ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของครูมัธยมศึกษาต่อประชากรศึกษา
ศึกษาเฉพาะโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตการศึกษา 6**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. **การบริหารการตลาดยุคใหม่**. กรุงเทพมหานคร: ชีระฟิล์ม และ ไชเท็กซ์,
2541.
- ศุภร เสรีรัตน์. **พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพมหานคร: เอ.อาร์.บิซิเนสเพรส, 2544.
- สมยศ เจริญศักดิ์. **ผลสำรวจภาวะโภชนาการใน กทม**[Online]. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข, กรมอนามัย, กองโภชนาการ, 2547. แหล่งที่มา:
<http://nutrition.anamai.moph.go.th/fat.mht> [28 ตุลาคม 2548]
- สรจักร ศิริบริรักษ์. **ยาจากอาหาร**[Online]. กรุงเทพมหานคร: มติชนรายวัน, 2541 .
แ ห ลี่ ง ที่ ม า :
http://www.geocities.com/tokyo/harbor/2093/doctors/food_alternative1.html
[14 มกราคม 2548]
- สลักจิต ศรินานันท์. **ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคผักปลอดสารพิษของแม่บ้านใน
กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาเทคโนโลยีการบริหาร
สิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

- สาทิส อินทรกำแหง. **ชีวจิต:การใช้ชีวิตอย่างเข้าใจธรรมชาติ**. กรุงเทพมหานคร: คลินิกบ้านและสวน, 2541.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. กลุ่มสนับสนุนวิชาการ. **สถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทย**[Online]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2548 แหล่งที่มา: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/newpage3.htm> [13 กรกฎาคม 2548]
- สายชล บุญศิริเอื้อเฟื้อ. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของผู้บริโภควัยทำงาน ย่านสีลม เขตกรุงเทพมหานคร**. สารนิพนธ์ สาขาจิตวิทยาการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สถิติประชากรจากการคาดประมาณตามกลุ่มอายุ (พันคน) ของกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2546**[Online]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547. แหล่งที่มา: www.service.nso.go.th/thailand/HTML/001/001/pv/pv.htm [11 กุมภาพันธ์ 2548]
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: เพื่อฟ้าพรินต์ติ้ง จำกัด, 2544.
- สุวรรณ นามณรงค์. **แบบแผนการยอมรับสารเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มแม่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : การศึกษาชุมชนหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขามานุษยวิทยาประยุกต์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- เสาวลักษณ์ ภูมิวสันะ. **โภชนาการเพื่อสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2521.
- อภิสิทธิ์ วิริยานนท์. **หลัก 5 อ. ทฤษฎีพอเพียงแห่งสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: น้ำฝน, 2542.
- อำพล จินดาวัฒนะ. **ปฏิรูปสุขภาพปฏิรูปชีวิตและสังคม:บันทึกเดี่ยวหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ**. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546.
- อำมร บรรจง. **มุมมองผู้บริโภค:อาหารกับสุขภาพ. ในการประชุมวิชาการ เรื่อง"อาหารและโภชนาการ : แนวคิดสู่การปฏิบัติเพื่อผู้บริโภค**, หน้า 182-183. 24-26 เมษายน 2545 ณ โรงแรมมารวยการ์เด็น กรุงเทพมหานคร.
- อุราพร บุญยรัชต์. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติทางการเมืองแบบประชาธิปไตยของครุสตรีระดับประถมศึกษาของกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

ภาษาอังกฤษ

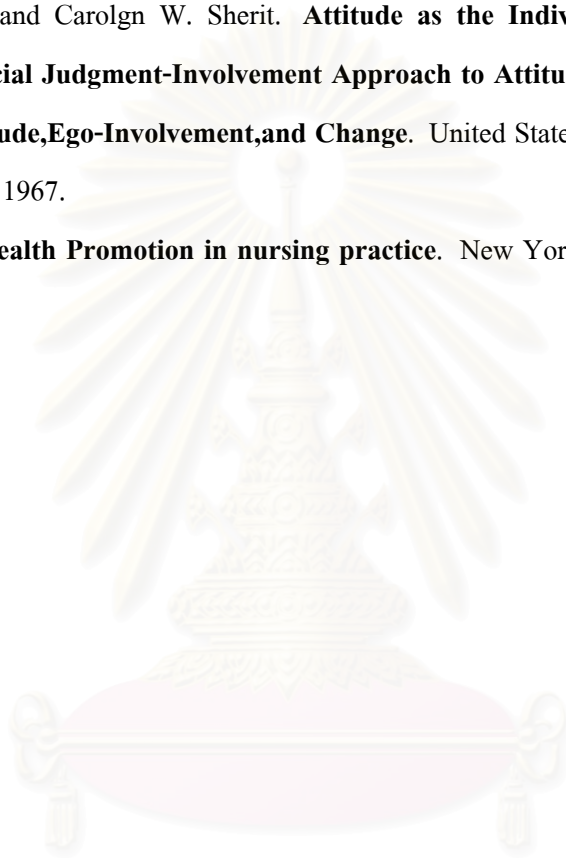
Carter V.Good. **Dictionary of Education**. New York: Mc Graw-Hill Book, 1973.

Dretske, Fred Irwin. **Knowledge and the flow of information**. United States of America: Basil Blackwell, 1981.

Jerome, Norge W. **Nutritional anthropology : contemporary approaches to diet culture**. New York : Redgrave, 1980.

Muzafer Sherit and Carolgn W. Sherit. **Attitude as the Individual's Own Categorie: The Social Judgment-Involvement Approach to Attitude and Attitude Change. In Attitude,Ego-Involvement,and Change**. United States of America: John Wiley & Sons, 1967.

Pender, N.J. **Health Promotion in nursing practice**. New York: Appleton century croft, 1989.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่ของแบบสอบถาม **แบบสอบถาม**

**ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในเขต
กรุงเทพมหานคร**

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขอความร่วมมือจากท่านในการกรอกแบบสอบถามตามความเป็นจริง และครบถ้วน

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากท่านจะไม่มีการระบุชื่อหรือที่ติดต่อแต่ประการใดและใช้เฉพาะในการศึกษานี้เท่านั้น

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นางสาว คุณาสิริ เกตุปมา

นิสิตหลักสูตร ศศ.ม. (สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม)

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเรื่อง

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในเขต กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1) โสด	<input type="checkbox"/> 2) สมรสและอยู่ด้วยกัน
<input type="checkbox"/> 3) สมรสแต่แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> 4) หย่าร้าง
<input type="checkbox"/> 5) หม้าย	
- 4) ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1) ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2) มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 3) มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> 4) ปวช./ ปวส.
<input type="checkbox"/> 5) ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6) อื่นๆ.....ไปรตระบุ
- 5) อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1) นักเรียน/ นักศึกษา	<input type="checkbox"/> 2) ข้าราชการ
<input type="checkbox"/> 3) พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> 4) รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 5) แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่อนามัย	
- 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
- 7) ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1) ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2) มี ไปรตระบุโรค.....
-----------------------------------	---

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ของท่าน

1. ท่านรู้จักอาหารเพื่อสุขภาพหรือไม่

รู้จัก

ไม่รู้จัก (ต่อตอนที่ 3 หน้า 3)

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.1	อาหารเพื่อสุขภาพคืออาหารที่ประกอบด้วยผักและผลไม้เท่านั้น		
1.2	ผู้ที่กินอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำมักจะขาดสารอาหาร 5 หมู่ไป		
1.3	การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพถือเป็นการลงทุนในเรื่องของสุขภาพ		
1.4	อาหารเพื่อสุขภาพจะต้องไม่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ		
1.5	การรณรงค์ “กินผักครึ่งหนึ่งอย่างอื่นครึ่งหนึ่ง” เป็นการกินเพื่อสุขภาพ		
1.6	อาหารเพื่อสุขภาพคืออาหารหลัก 5 หมู่		
1.7	การกินอาหารประเภท ข้าว ธัญพืช เป็นหลัก ผักผลไม้เป็นประจำ และกินสิ่งอื่นๆเป็นรอง คือการกินอาหารเพื่อสุขภาพ		
1.8	อาหารเพื่อสุขภาพต้องเป็นอาหารที่มาจากธรรมชาติและปลอดสารพิษ		
1.9	อาหารธรรมชาติที่มีเส้นใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ฯลฯ สามารถป้องกันโรคลำไส้อักเสบ มะเร็ง และโรคภูมิแพ้ ได้		
1.10	การบริโภคอาหารที่มีกากใยมากเกินไป โดยเฉพาะกากใยที่ไม่ละลายน้ำ จะไปลดการดูดซึมโปรตีนและแร่ธาตุต่างๆได้		
1.11	อาหาร “แมคโครไบโอติกส์” เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดโรคมะเร็งได้		
1.12	การกินอาหาร “ชีวจิต” คือการห้ามกินเนื้อสัตว์ทุกชนิด		
1.13	จุดประสงค์ของการกินอาหาร “เจ” คือเพื่อสุขภาพที่ดีและเป็นการเมตตาจิตแก่สรรพสัตว์		

ตอนที่ 3 ทักษะการที่มีต่ออาหารเพื่อสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นการสร้างกระแสในสังคม					
2.	ท่านคิดว่าการที่คนหันมาบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นเพราะต้องการลดความอ้วน					
3.	ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นผลสืบเนื่องมาจากนโยบาย “สร้างนำซ่อมสุขภาพ” ของรัฐบาล					
4.	ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นวัฒนธรรมการกินของคนไทยมาแต่โบราณ					
5.	ท่านคิดว่าการที่คนหันมาบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นเพราะต้องการให้มีสุขภาพดีในยามที่มีอายุมากขึ้น					
6.	ท่านคิดว่าการที่คนกินอาหารเพื่อสุขภาพแสดงว่าคนๆนั้นเป็นคนที่รักสวยรักงาม					
7.	ท่านคิดว่าโครงการ “ทูบินัมเบอร์วัน” มีส่วนทำให้คนหันมาออกกำลังกายควบคู่ไปกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ					

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8.	ท่านคิดว่าเราควรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพหลังจากที่เราเกิดการเจ็บป่วย					
9.	ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารที่เน้นพืชผัก ธัญพืช เป็นประจำจะทำให้อายุยืน					
10.	ท่านคิดว่าคนที่กินอาหารเพื่อสุขภาพ มักจะเป็นผู้ใหญ่หรือคนชรา					
11.	ท่านคิดว่าคนจะกินอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น อาหารชีวจิต เจ มังสวิวัตติ เฉพาะในช่วงเทศกาลเท่านั้น					
12.	ท่านคิดว่าอาหารเพื่อสุขภาพเป็นสัญลักษณ์แห่งความสวยงามทางร่างกาย					
13.	ท่านคิดว่าอาหารเพื่อสุขภาพ มักจะมีราคาแพง					
14.	ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นไปเพื่อป้องกันโรคเท่านั้น					
15.	ท่านคิดว่าการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพถือเป็นแฟชั่นอย่างหนึ่ง					

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

4.1 ท่านมีเหตุผลในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพต่อไปนี้ ใช่ หรือ ไม่ใช่

ข้อ	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
1.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อเป็นการป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต		
2.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพเพราะต้องการควบคุมน้ำหนักและลดความอ้วน		
3.	ข้าพเจ้ามีโรคประจำตัวจึงต้องกินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อบรรเทาอาการของโรค		
4.	มีคนที่มีรู้จักแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพให้ข้าพเจ้ากิน		
5.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อละเว้นเนื้อสัตว์ และฝึกจิตใจให้รู้จักเสียสละ		
6.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพตามประเพณีและตามความศรัทธา		
7.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อประหยัดเงิน เนื่องจากเนื้อสัตว์มีราคาแพง		
8.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพตามการโฆษณา เพราะอาหารเพื่อสุขภาพกำลังเป็นที่นิยม		
9.	การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจะทำให้ข้าพเจ้ามีความสุขดี		
10.	ข้าพเจ้ากินอาหารธรรมชาติเพราะคิดว่าการรับประทานอาหารเสริมที่อยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์สังเคราะห์ เช่น อาหารเสริมแบบเม็ด แคปซูล		
11.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพตามอย่างคนในครอบครัว (พ่อ แม่ ญาติ)		
12.	ข้าพเจ้ารับประทานผลไม้สดเป็นอาหารว่างแทนขนมหวานชนิดอื่นๆ		
13.	ข้าพเจ้ากลัวว่าถ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพแล้วจะได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่		
14.	ข้าพเจ้าจะกินอาหารเพื่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าอาหารเพื่อสุขภาพบางชนิดจะมีราคาแพงเกินไป		
15.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีโรคประจำตัวอะไร		
16.	ข้าพเจ้ากินอาหารเพื่อสุขภาพเพราะมีประโยชน์กว่าอาหาร Fast food		

4.2 ท่านมีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเหล่านี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อ	การปฏิบัติตน	ความถี่ในการบริโภค			
		ทุกวัน / เกือบทุกวัน	3-4 ครั้ง / เดือน	1-2 ครั้ง / ปี	ไม่เคย เลย
1.	ท่านรับประทานธัญพืช เช่น ถั่ว งา ลูกเดือย				
2.	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่มีความหลากหลาย				
3.	ท่านรับประทานข้าวกล้อง				
4.	ท่านรับประทานพืชผักและผลไม้ ตามฤดูกาล				
5.	ท่านรับประทานปลา/ เนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน				
6.	ท่านดื่มนมสด/ โยเกิร์ต				
7.	ท่านดื่มน้ำผักและผลไม้ปั่น				
8.	ท่านรับประทานผลิตภัณฑ์จาก ถั่วเหลือง เช่น เต้าหู้ น้ำเต้าหู้				
9.	ท่านรับประทานอาหารที่สด สะอาด และปราศจากการปนเปื้อน จากสารสังเคราะห์ต่างๆ (บอแรกซ์ สารให้ความหวาน สีใส่อาหาร)				
10.	ท่านรับประทานอาหารจำพวก มังสวิรัต เจ แมคโครไบโอติกส์ หรือชีวจิต				

จบแบบสอบถาม

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว คุณาสิริ เกตุปมา เกิดวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2524 ที่กรุงเทพมหานคร
สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต (พัฒนาศังคม) คณะมนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ในปีการศึกษา 2545 และเข้า
ศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2546



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย