

ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษา  
ในประเทศไทย



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต  
วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษา  
ในประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต

9 ธันวาคม พ.ศ.2563

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุริม โอทกานนท์,

Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

นายอิทธิเชษฐ์ พินิตชัยศักดิ์

ผู้วิจัย

ตรียุทธ พรหมศิริ,

Ph.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัลลภา ปิติสันต์,

Ph.D.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงพร อาภาศิลป์,

Ph.D.

คณบดีวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ธนิยน์นัท ธนนท์พัฒน์,

Ph.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

## กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำงานวิจัยความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการศึกษาในประเทศไทยผ่านขั้นตอนของการทบทวนวรรณกรรมที่ยากมาก เนื่องจากศาสตร์ของการทานอาหารชะลอวัยยังใหม่มาก และแนวทางการรักษาของแพทย์ชะลอวัยจะใช้อาหารเสริมมากกว่า ทำให้ข้อมูลอาหารชะลอวัยในความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์น้อยมาก แต่ด้วยมุ่งมั่น และแรงสนับสนุนจากเพื่อนเภสัชกรทุกคน ที่อยากเห็นว่าการทานอาหารที่มีประโยชน์ในทุกวันสามารถเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการรักษาควบคู่ไปกับแพทย์แผนปัจจุบันได้ จึงทำให้สามารถกำหนดกรอบงานวิจัยออกมาได้ อีกแรงสนับสนุนหนึ่งที่ทำให้ผ่านมาได้ เป็นแรงสนับสนุนทางกำลังใจ คือ ครอบครัว ที่เป็นกำลังใจอยู่ห่างๆ ที่อยากให้งานวิจัยชิ้นนี้ประสบความสำเร็จ และเป็นผลงานของคุณที่คิดว่า

ขอบคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา ศศ.ดร.บุริม โอทกานนท์ ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน แก้ไขงานวิจัยวิทยาศาสตร์ที่พยายามปรับออกมาให้อยู่ในแนวสังคมศาสตร์ คอยช่วยเหลือกันทีละก้าว ปรับความคิดให้ตรงกัน โดยเฉพาะศัพท์ต่างๆที่มีเข้ามามากมาย จนผลงานชิ้นนี้สามารถผ่านลู่วงไปด้วยดี และผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่คอยช่วยกระจาย ช่วยตอบ จนได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้

ขอบคุณเพื่อนชาว MK 22A ที่คอยกระตุ้นกันให้รีบทำงานวิจัยให้เสร็จ โดยเฉพาะกลุ่มเล้าหมู เราทั้ง 5 คน ที่ผ่านพ้นความเหน็ดเหนื่อยมาด้วยกันจนจบ ผลสำเร็จในทุกตัวอักษรทั้งหมดในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ครอบครัว และบูรพาจารย์ที่อบรมสั่งสอนมา

อิทธิเชษฐ พินิตชัยศักดิ์

ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาในประเทศไทย  
THE PHYSICIAN'S ATTITUDE TOWARD ANTI-AGING FOOD CONSUMPTION TO  
TREATMENT IN THAILAND

อิทธิเชษฐ์ พนิตชัยศักดิ์ 6250144

กจ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุริม โอทกานนท์, Ph.D., ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
พัลลภา ปิติสันต์, Ph.D., ธนยรัตน์ รัตนทรัพย์พัฒน์, Ph.D., ตริยบุทท พรหมศิริ, Ph.D.

บทคัดย่อ

สารนิพนธ์ เรื่อง ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประชากรศาสตร์ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อแนวทางทางด้านสุขภาพ ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ว่ามีประโยชน์ส่งผลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม รวมไปถึงความสัมพันธ์ของการควบคุมพฤติกรรม การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยกระจายแบบสอบถามออนไลน์ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ทางเฟซบุ๊กและไลน์ มีกลุ่มตัวอย่างตอบกลับมา 433 คน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงในการให้คำแนะนำกับผู้มารับบริการ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ นักกำหนดอาหาร)

ในส่วนปัจจัยร่วมถูกนำมาทดสอบด้วยเทคนิคทางสถิติ t-test และ F test พบว่ามีเพศส่งผลต่อความแตกต่างในความตื่นตัวต่อสุขภาพ และอายุส่งผลต่อความแตกต่างของช่วงอายุ 21-30 ปี มากกว่า 31-40 ปี และ 41-50 ปี ด้านการทดสอบ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเชิงเดียวพบว่าอิทธิพลไปในทางเดียวกัน ทั้งความตื่นตัวต่อสุขภาพต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ รับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ และ การรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์สูงในทางบวกกับทัศนคติต่อพฤติกรรม

คำสำคัญ: ความคิดเห็น/ บุคลากรทางการแพทย์/ อาหารชะลอวัย/ อนุมูลอิสระ/ การอักเสบ

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
<b>บทที่ 1</b> <b>บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
<b>บทที่ 2</b> <b>แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>8</b>
2.1 โมเดล โครงสร้างทัศนคติ	8
2.1.1 โมเดลองค์ประกอบทัศนคติ 3 ประการ	10
2.1.2 โมเดลทัศนคติคุณสมบัติหลายประการ	11
2.2 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล	12
2.3 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	14
2.4 ทฤษฎีแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี	16
2.5 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ	17
2.6 ทฤษฎีการตื่นตัวต่อสุขภาพ	22
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	27
<b>บทที่ 3</b> <b>วิธีการดำเนินการวิจัย</b>	<b>28</b>
3.1 การกำหนดประชากร และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	28
3.1.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	28

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.1.2 การสุ่มตัวอย่าง	29
3.1.3 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย	30
3.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
3.3 วิธีการใช้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ	32
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	34
3.5 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	34
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	<b>37</b>
4.1 ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์	37
4.2 ความตื่นตัวต่อสุขภาพ	40
4.3 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	41
4.4 การรับรู้ว่ามีประโยชน์	42
4.5 ทักษะคิดต่อพฤติกรรม	43
4.6 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	44
4.7 การทดสอบสมมติฐาน	45
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และ ข้อเสนอแนะ</b>	<b>59</b>
5.1 สรุปผลการวิจัย	59
5.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	59
5.1.2 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	60
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	61
5.3 ข้อจำกัดงานวิจัย	64
5.4 ข้อเสนอแนะ	65
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>66</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>73</b>
ภาคผนวก ก รายการตัววัดในแบบสอบถาม	74
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	76

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ค ตัวแปร ระดับการวัดข้อมูล และเกณฑ์การแบ่งกลุ่มคำตอบ	83
ภาคผนวก ง ใบรับรองผ่านการศึกษาด้วยตนเอง	88
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองแจ้งผล โครงการวิจัยในคน	91
ประวัติผู้วิจัย	93



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
1.1	มูลค่าการบริโภคอาหารด้านอนุมูลอิสระ	3
3.1	กลุ่มตัวอย่าง	30
3.2	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบ่งตามรายด้าน	33
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ	37
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ	37
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย โดยตรง	38
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิชาชีพ	38
4.5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน	39
4.6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ต่อเดือน	39
4.7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตื่นตัวต่อสุขภาพ	40
4.8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	41
4.9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ว่ามีประโยชน์	42
4.10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อพฤติกรรม	43
4.11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	44
4.12	การเปรียบเทียบความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ	45
4.13	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามอายุ	45
4.14	การเปรียบเทียบความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามการทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย	46
4.15	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ	46
4.16	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน	47
4.17	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน	47
4.18	สรุปความสัมพันธ์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพ	48
4.19	การเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ	48



## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามอายุ	49
4.21 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามอายุ	49
4.22 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามการทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ ชะลอวัย	50
4.23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ	51
4.24 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามระยะเวลาการ ปฏิบัติงาน	51
4.25 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน	52
4.26 สรุปความสัมพันธ์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	52
4.27 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์	53
4.28 ผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามี ประโยชน์	53
4.29 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Analysis) ของปัจจัยด้านความ ตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์	54
4.30 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์	54
4.31 ผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการ รับรู้ว่ามีประโยชน์	55
4.32 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Analysis) ของปัจจัยด้านการรับรู้ ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์	55
4.33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับ ทัศนคติต่อพฤติกรรม	56
4.34 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม	57
4.35 ผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อ พฤติกรรม	57
4.36 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Analysis) ของปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามี ประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม	58
5.1 ผลการทดสอบสมมติฐาน	60

## สารบัญรูปลูกภาพ

รูปภาพ		หน้า
2.1	ทฤษฎีการใช้เหตุผล - การปฏิบัติในรูปแบบอย่างง่าย	12
2.2	ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล	13
2.3	ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	15
2.4	แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี	17
2.5	ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ	21



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเสื่อมของอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบดำเนินไปข้างหน้าโดยมีความเกี่ยวเนื่องกับโรคที่เกิด และความเสียหายของเซลล์ในร่างกาย จากข้อมูลที่มีการศึกษามาอย่างต่อเนื่องมีการบ่งชี้ว่าอนุมูลอิสระมีผลต่อความเสียหายของเซลล์ และเนื้อเยื่อต่างๆ ซึ่งนำไปสู่ภาวะของการเสื่อมอายุ (Havighurst & perspectives, 1963) โดยสาเหตุของการเสื่อมอายุ ไม่ได้เกิดจากอนุมูลอิสระเท่านั้น แต่เกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม สภาพแวดล้อม รวมไปถึง กระบวนการที่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ว่าเกิดจากปัจจัยอะไร ซึ่งสาเหตุเหล่านี้นำไปสู่การเกิดโรค (López-Otín, Blasco, Partridge, Serrano, & Kroemer, 2013) โดยกลไกการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆพบว่าปัจจัยร่วมในการเกิดพยาธิสภาพของโรค คือ การเกิดสภาวะอักเสบ (inflammation) ซึ่งเกิดจากอิทธิพลของสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบหลักๆ คือ NF-KB, IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF $\alpha$ , cyclooxygenase-2, adhesion molecules และรวมไปถึง NO synthase จากข้อมูลที่มีการรวบรวมกันพบว่าโมเลกุลที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเสื่อมของอายุ คือการกระตุ้นการทำงานของ NF-KB และ ขบวนการ phosphorylation โดย IKB kinase/NIK และ MAPKs มีข้อมูลของการทดลองหนึ่งคือการควบคุมอาหารที่รับประทานพบว่า สามารถช่วยในการเสื่อมของอายุได้ ที่มีกล่าวอีกแง่มุมว่า คือ การชะลอวัย (anti-aging) (Chung et al., 2006)

หลักการควบคุมอาหารที่บริโภคเข้าไปประมาณ 50-70% ยังสามารถช่วยในเรื่องของการชะลอวัยได้ โดยเกิดจากกลไกของการที่ลดการเผาผลาญทำให้เกิดอนุมูลอิสระจากการเผาผลาญที่ลดลง กระบวนการกระตุ้นการหลั่งของอินซูลินที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล รวมไปถึงฮอร์โมนต่างๆที่เปลี่ยนไป ดังนั้นกลไกของการชะลอวัยจากการควบคุมการบริโภคอาหารจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจในปัจจุบัน (Masoro, 2000) จากทฤษฎีการควบคุมอาหาร มีการศึกษาการควบคุมอาหารในหนู (rat) เพื่อยืนยันผลก่อนที่จะทำในมนุษย์ ผลการทดลองพบว่าหนูมีอายุที่ยืนยาวขึ้น โดยเกิดจากการที่กินอาหารที่ลดลงต่อ 1 หน่วยน้ำหนักตัว (Masoro, Yu, & Bertrand, 1982) จากนั้นเริ่มมีการพัฒนาทำการทดลองในสัตว์จำพวกเลี้ยงลูกด้วยนม (primate) รวมไปถึงในมนุษย์ โดยการให้ควบคุมการทานอาหารให้ลดลง 30% พบผลเช่นเดียวกันกับในหนู คือ มีระดับของอินซูลินในกระแสเลือดที่ลดลง ระดับอนุมูลอิสระของร่างกายที่ลดลง ซึ่งผลที่กล่าวมาทั้งหมดเกิดจากการ

เผาผลาญที่ลดลง ทำให้เกิดอนุมูลอิสระที่ลดลง นำไปสู่ภาวะการอักเสบที่ลดลง (Roth, Ingram, & Lane, 2001)

ด้วยรูปแบบของการควบคุมอาหาร นำไปสู่การบริโภคอาหาร โดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน คือ การลดการอักเสบของร่างกาย พบในอาหารบางชนิดเท่านั้น ซึ่งเรียกกันอย่างไม่เป็นทางการว่า ซุปเปอร์ฟู้ด (Super food) ที่อุดมไปด้วย วิตามิน แร่ธาตุที่จำเป็นใช้ในการต่อต้านโรคและการเจ็บป่วย (Singh & Mishra, 2013) มีการศึกษาในโสมแดงของเกาหลี ที่มีผลต่อการควบคุมกระบวนการไลโปเปอร์ออกไซด์ (lipoperoxide) พบว่าสารซาโปนิน (saponin) ที่ใช้ในการฆ่าเชื้อรา เชื้อแบคทีเรีย ยังสามารถช่วยยับยั้งการอักเสบของอวัยวะต่างๆ ได้เป็นอย่างดี (Choi, Oh, & Technology, 1985) เห็นได้ว่าการอักเสบต่างๆที่เกิดขึ้นในร่างกายมีผลต่อ โรคที่มีความสัมพันธ์กับอายุ โดยหลักการนี้จึงเป็นที่มาของการใช้สารเคมีที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพที่พบในพืช (phytonutrients) เพื่อมาลดกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกาย (Mastaloudis & Wood, 2012) สารเคมีที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพที่พบในพืช ประกอบไปด้วยสารที่มีอยู่ในผัก ผลไม้ต่างๆ ที่มีสีเขียว สีแดง สีส้ม Lester & Crosby, 2002; Singh & Mishra, 2013) หรือ สารที่มีอยู่ปลาแซลมอน คือ ส่วนประกอบทางเคมีของ โอเมก้า 3 โอเมก้า 9 สารเหล่านี้มีการทำการศึกษาแล้วว่าสามารถช่วยลดการอักเสบต่างๆในร่างกายได้ (Salter, Wiseman, & Tucker, 2012; Kesavulu et al., 2002)

โดยบทบาทของสารเคมีที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพที่พบในพืช และ ไฟเบอร์จากอาหารมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มหรือลดการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งมีอยู่เพียงไม่กี่ชนิดที่สามารถส่งผลกระทบต่อดำเนินไปของโรคได้ ดังนั้น สารเคมีที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพที่พบในพืช ที่มีอิทธิพลต่อการลดการอักเสบของรอยโรคจะมีอยู่ 10 ชนิด หรือ 10 กลไกการทำงานตามระบบชีวภาพ โดยแบ่ง เป็นดังนี้

1. แคโรทีนอยด์ (Carotenoid) มีสารของวิตามินเอ เป็นองค์ประกอบหลัก มักพบในพืช ผัก ไข่ และมากรีน ช่วยเพิ่มการสื่อ สารของเซลล์ และลดการเสื่อมของดวงตา
2. กลูโคซิโนเลตส์ ไอโซไทโอไซยาเนต (Glucosinolates isothiocyanates), อินโดล (indoles) พบในบร็อกโคลี่ และพืชที่มีไขมันดำ เส้นใยสูง (Horseradish) เพิ่มการทำงานของเอสโตรเจน (estrogen) และลดการทำงานของดีเอ็นเอ เมทิลเลชัน (DNA methylation)
3. อินโนซิไทออล ฟอสเฟต (Inositol phosphate) พบในธัญพืช (cereals), ถั่วเหลือง และอาหารที่มีส่วนประกอบของถั่ว ลดพวกอนุมูลอิสระจำพวก ไฮดร็อกซิล เรดิคัล (hydroxyl radical)
4. ฟีนอลิก (Phenolics), ไชคลิก คอมพาวด์ (Cyclic compounds) พบในผัก และผลไม้รสเปรี้ยว ยับยั้งเอ็น ไนโตรเซชัน (N-nitrosation) มีฤทธิ์ทางสารต้านอนุมูลอิสระ

5. ไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogen) พบใน isoflavonones-soybean, ligans-flax, rye ช่วยเพิ่มการสังเคราะห์ เอสเอชบีจี (SHBG) ลดการตายของเซลล์
6. โพลีฟีนอล (Polyphenols) พบในชา ไวน์แดง โดยเฉพาะชาดำและชาอูหลง มีฤทธิ์เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) เปลี่ยนเสมือนเป็นวิตามินพี (vitamin P)
7. โปรติเอส อินฮิบิเตอร์ (Protease inhibitors) พบในถั่วเหลือง ธัญพืช ลดการเกิดมะเร็ง
8. ซาโปนิน (Saponins) พบในถั่วต่างๆ มีฤทธิ์เป็นสารต้านอนุมูลอิสระทำให้เกิดพิษต่อเซลล์มะเร็ง
9. ไฟโตสเตอรอล (Phytosterols) พบในน้ำมันในพืช ถั่ว ธัญพืช ลดการแบ่งตัวของเซลล์ในลำไส้
10. ซัลไฟด์ (Sulfides) และ ไทออล (Thiols) พบในผัก sulfides-allium, dithiolthiones-cruciferous บร็อกโคลี ช่วยลดการทำงานของแบคทีเรีย เพิ่มการทำงานของเอนไซม์เฟสสอง (phaseII) (Beecher, 1999)

จากมูลค่าการบริโภคอาหารจำพวกต้านอนุมูลอิสระ ในประเทศไทยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013-2018 มีแนวโน้มเติบโตขึ้นทุกปี ดังตาราง

#### ตารางที่ 1.1 มูลค่าการบริโภคอาหารต้านอนุมูลอิสระ

ชนิด	ปี ค.ศ. 2013/ '000 บาท	ปี ค.ศ. 2014/ '000 บาท	ปี ค.ศ. 2015/ '000 บาท	ปี ค.ศ. 2016/ '000 บาท	ปี ค.ศ. 2017/ '000 บาท	ปี ค.ศ. 2018/ '000 บาท
อาหารต้าน อนุมูลอิสระ	1,408.5	1,485.7	1,586.3	1,722.7	1,853.2	1,953.3

ที่มา: Euomonitor International: 2018

การเติบโตของอาหารที่มีผลต่อสุขภาพ พบว่าทางเลือกของอาหารที่อยู่ในท้องตลาด ความรู้ของผู้บริโภคต่อสารอาหาร รวมไปถึงฉลากโภชนาการ ล้วนแต่ส่งผลต่อทัศนคติในการเลือกบริโภคอาหารประเภทเพื่อสุขภาพ โดยอาหารที่มีการบ่งบอกว่าสามารถช่วยรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น จะต้องมีการออกแบบและสื่อสารออกมาในเชิงสุขภาพเพื่อส่งผลต่อการเลือกบริโภคก่อนข้างเป็นปัจจัยหลักและสำคัญ (Žeželj, Milošević, Stojanović, & Ognjanov, 2012) ดังนั้นการที่จะทำการโฆษณาเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจะต้องมีการสาริตด้านความปลอดภัยต่อสุขภาพ

ร่วมด้วย การนำคุณสมบัติต่างๆมากล่าวอ้าง รวมถึงการเพิ่มความปลอดภัยในการบริโภค ทางเลือกที่ดีกว่าในการบริโภค จึงถูกนำมาเป็นปัจจัยในการพิจารณาในการเลือกบริโภค (Kaptan, Kayisoglu, & Research, 2015) หลายๆการศึกษามีการแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ในเชิงทัศนคติของผู้บริโภคในการเลือกอาหารประเภทส่งเสริมต่อสุขภาพ ว่าการที่มีฤทธิ์ลดอนุมูลอิสระ จะช่วยเพิ่มความตั้งใจที่จะจ่ายเพื่อการบริโภคเพิ่มมากขึ้น (Markosyan, Wahl, & McCluskey, 2007) แต่ในบางครั้งพบว่าผู้บริโภคมีทัศนคติต่ออาหารจากธรรมชาติที่ดีต่อสุขภาพ อย่างเช่น ไวน์ที่ทำมาจากธรรมชาติกลับได้รับผลตอบแทนจากผู้บริโภคที่ต่ำกว่าสรรพคุณของสารอาหาร จากการที่ผู้บริโภคขาดความรู้ในเรื่องของสารอาหารที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ (Rojas-Méndez, Le Nestour, & Rod, 2015) โดยเมื่อมองในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งนำมาใช้ในเชิงของการรักษาจากการนำสารอาหารทางธรรมชาติมาใช้พบว่า ทัศนคติของคนกลุ่มนี้มีความเห็นไปในทางบวก (Crowley et al., 2015) โดยองค์กรสาธารณสุขระดับชาติ ได้จัดทำคู่มือที่ระบุอาหารเสริมเพื่อการชะลอวัยตั้งแต่ปี ค.ศ.1984 เพื่อใช้เป็นแนวทางการรักษา (Fitti & Kovar, 1987) จะเห็นได้ว่าความกังวลต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของบุคคลกลุ่มต่างๆมีความแตกต่างกัน ดังนั้นทัศนคติของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถมีอิทธิพลต่อการบริโภคของบุคคลทั่วไปเช่นกัน (Goldberg, 2012)

## 1.2 คำถามการวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยต่อการส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร
2. บุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยมีทัศนคติว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมต่อบุคคลทั่วไปเป็นเช่นไร

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยต่อการรักษาในด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์จากการบริโภคอาหารชะลอวัย
2. ศึกษาอิทธิพลของความตื่นตัวสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงในการบริโภคอาหารชะลอวัยจะส่งผลกระทบต่อบริโภคอาหารชะลอวัยว่าเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิต
3. ศึกษาด้านปัจจัยประชากรศาสตร์ของบุคลากรทางการแพทย์

4. ศึกษาทัศนคติต่อการควบคุมพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย

#### 1.4 ขอบเขตการวิจัย

1. ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยในประเทศไทย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1. ประชากร ได้แก่

2.1.1. แพทย์	จำนวน 105 คน
2.1.2. เภสัชกร	จำนวน 105 คน
2.1.3. พยาบาล	จำนวน 105 คน
2.1.4. นักกำหนดอาหาร	จำนวน 105 คน

2.2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการประเมินเลือกจากกลุ่มประชากร โดยวิธีเลือกแบบ ใช้หลักไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non probability sampling) และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัว ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดโควตา (Quota sampling)

3. เขตพื้นที่ที่ใช้ทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ชะลอวัย ในประเทศไทย

4. ระยะเวลาดำเนินการ กันยายน- พฤศจิกายน พ.ศ.2563

#### 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. อาหารชะลอวัย หมายถึง อาหารที่มีสารเคมีตามธรรมชาติที่ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการอักเสบของร่างกาย ทำให้สามารถชะลอการเกิดโรค และความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย โดยพบทั้งในพืชและสัตว์

2. การตื่นตัวต่อสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ เช่น ถ้าเกิดความเสี่ยงจากอนุมูลอิสระจนทำร่างกายเริ่มเสื่อมโทรมจะวางแผนการแก้ไขปัญหาอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางการแก้ปัญหาเพื่อได้รับประโยชน์จากการรับรู้ ซึ่งการที่ใส่ใจในสุขภาพที่ดีจะทำให้กังวลเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีแนวโน้มในการใส่ใจต่อการบริโภคอาหารที่ดีมากขึ้น

3. การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงข้อมูลที่ได้รับจากการบริโภคอาหารชะลอวัยที่ไม่ถูกต้อง หรือ ไม่เพียงพอ จนส่งผลให้เกิดการใช้ที่ผิดไปจากข้อมูลที่เป็นจริง หรือได้ผลลัพธ์ที่ไม่ตรงกับความต้องการ

4. การรับรู้ว่ามีประโยชน์ หมายถึง หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารชะลอวัย และการตระหนักถึงสุขภาพ รวมถึงความไม่ปลอดภัยต่อโรคร้าย หรือ ความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้นต่อร่างกาย ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการรับรู้ว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีต่อตนเอง

5. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หมายถึง ความ เชื่อของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้มารับบริการ หรือ บุคคลทั่วไป รวมไปถึงสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นให้เป็นไปอย่างที่ตั้งใจได้จากคำแนะนำที่บอก ถ้าเกิดเหตุการณ์ที่ผู้มารับบริการมีการทำตามคำแนะนำที่ลดลงจะส่งผลให้เกิดการกระทำของบุคลากรทางการแพทย์ที่ลดลงตามเช่นกัน

6. ทศนคติต่อพฤติกรรม หมายถึง ความคิด หรือ ความเชื่อ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงออกต่อผู้มารับบริการ หรือ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษา โดยทศนคตินี้สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีปัจจัยในอดีตมากระทบทำให้เกิดความเชื่อที่เปลี่ยนไป เช่น ความรู้ที่มีทางด้านอาหารชะลอวัยที่เพิ่มขึ้น และในส่วนพฤติกรรมของผู้มารับบริการก็เปลี่ยนแปลงได้จาก การได้รับการกระตุ้นจากสิ่งต่างๆ

7. บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ สาธารณสุข โดยเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่างๆว่าด้วยกฎหมายของผู้ปฏิบัติการทางด้านสาธารณสุข ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงต่อผู้มารับบริการในการให้คำแนะนำในการบริโภคอาหารชะลอวัยเมื่อมีการมารับบริการ

8. ทศนคติ หมายถึง ข้อพิจารณาว่าเป็นจริง จากการใช้ปัญญาความคิดประกอบถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์เพื่อยืนยันได้เสมอไปก็ตาม โดยเป็นความเชื่อถือที่ขึ้นกับข้ออ้างหรือการแสดงข้อมูลสนับสนุน ทศนคติบางอย่างเป็นผลของการแปลความหมายของข้อเท็จจริงซึ่งขึ้นอยู่กับคุณสมบัติประจำตัวของแต่ละบุคคล เช่น พื้นความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน สภาพแวดล้อม และมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ดังนั้นการแสดงทศนคตินี้อาจจะได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากคนอื่น ๆ ก็ได้โดยเจาะจงในกลุ่มของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่มีองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ ซึ่งเกิดจากองค์ความรู้ที่มีมาแต่ก่อนในเรื่องสารอาหารในผัก ผลไม้ และสิ่งมีชีวิต

9. บริโภค หมายถึง กิน (ใช้เฉพาะอาการที่ทำให้ล่องลำคอลลงไปสู่กระเพาะ) เช่น บริโภคอาหาร และเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค



10. ไฟโตนิวเทรียน (Phytonutrients) หมายถึง สารเคมีที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพที่พบเฉพาะในพืช สารกลุ่มนี้อาจเป็นสารที่ทำให้พืชผักชนิดนั้นๆ มีสี กลิ่นหรือรสชาติที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว โดยมักพบเป็นสีส้ม เหลือง แดง ม่วง สารพฤกษเคมีเหล่านี้หลายชนิดมีฤทธิ์ต่อต้านหรือป้องกันโรคบางชนิด

11. อนุมูลอิสระ หมายถึง อะตอมหรือโมเลกุลที่มีการขาดอิเล็กตรอนวงนอกสุด ทำให้มีความว่องไวในการทำปฏิกิริยา เกิดจากการทำปฏิกิริยาในร่างกาย โดยถ้าไปทำการจับกับเนื้อเยื่อในร่างกายจะทำให้เกิดความเสียหาย จนพัฒนาไปเป็นโรคต่างๆได้

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงการให้ความสำคัญของการบริโภคอาหารชะลอวัยของบุคลากรทางการแพทย์
2. นำทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่ออาหารชะลอวัย ไปสร้างการสื่อสารต่อบุคคลทั่วไปให้มีความรู้ต่ออาหารชะลอวัย
3. แนวทางในการตัดสินใจในการทำธุรกิจอาหารชะลอวัยในประเทศไทย โดยการใช้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้มีอิทธิพลในการบอกต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ทักษะการบริโภคอาหารทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาโรคในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะการบริโภคอาหารทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยในประเทศไทย โดยมีรายละเอียดของแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 โมเดลโครงสร้างทัศนคติ
- 2.2 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA)
- 2.3 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)
- 2.4 ทฤษฎีแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (The Technology Acceptance Model: TAM)
- 2.5 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)
- 2.6 ทฤษฎีการตื่นตัวต่อสุขภาพ (Health Consciousness: HC)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 โมเดลโครงสร้างทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง ความโน้มเอียงที่จะเรียนรู้เพื่อที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ตรงกับลักษณะที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง Schiffman & Kanuk (1994) หรืออาจจะหมายถึง การแสดงความรู้สึกภายในบุคคลที่สะท้อนถึงแนวโน้มที่จะพอใจหรือไม่พอใจต่อบางสิ่ง เช่น ตราสินค้า การบริการ ร้านค้าปลีก เพราะเป็นผลที่เกิดจากกระบวนการทางจิตวิทยา ทัศนคติจึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่ต้องแสดงว่าบุคคลพูดหรือกระทำออกมาอย่างไร โดยทัศนคติดีมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ (ศิริรัตน์ อมรประเสริฐรัชช, 2555)

1. ทัศนคติที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คำว่า สิ่งหนึ่งสิ่งใด (Object) ในความหมายของทัศนคติที่ของผู้บริโภคสามารถตีความได้ค่อนข้างกว้าง ประกอบไปด้วย แนวความคิดในการบริโภคเฉพาะอย่าง หรือแนวความคิดที่สัมพันธ์กับการตลาด เช่น ผลิตภัณฑ์ ชนิดของผลิตภัณฑ์ ตราสินค้า บริการ ความเป็นเจ้าของ การใช้ การโฆษณา ราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย หรือร้านค้าปลีก

2. ทักษคติเป็นสิ่งที่มีความโน้มเอียงอันเกิดจากการเรียนรู้ (Attitude are a learned predisposition) ซึ่งหมายความหมายทัศนคติมีการเรียนรู้ กล่าวคือทัศนคติเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเรียนรู้เป็นผลมาจากประสบการณ์โดยตรงที่มีกับผลิตภัณฑ์ หรือข้อมูลที่บุคคลได้รับมาจากบุคคลอื่น รวมไปถึงการเปิดรับข้อมูลจากสื่อต่างๆ

3. ทักษคติไม่เปลี่ยนแปลง (Attitude have consistency) ลักษณะของทัศนคติจะมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ค่อนข้างคงที่ แต่ทัศนคติไม่จำเป็นที่ต้องเป็นเช่นนั้นอย่างถาวร สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้

4. ทักษคติเกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ (Attitude occur within a situation) ทักษคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในเหตุการณ์และได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ ซึ่งสถานการณ์ในที่นี้หมายถึงเหตุการณ์ หรือโอกาสซึ่งมีลักษณะเฉพาะตามช่วงเวลา มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมสถานการณ์เฉพาะอย่างซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับทัศนคติได้

#### คุณลักษณะของทัศนคติ

ทัศนคติมีคุณลักษณะหลากหลาย โดยมีผู้เชี่ยวชาญได้รวบรวมคุณลักษณะของทัศนคติไว้ ดังนี้ (Doob, 1947; Chein, Cook & Harding, 1948; Hovland, & Weiss, 1953; Sherif, 1956; Bergmann, 1996; Krech, Crutchfield & Ballachey, 1962)

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือการสั่งสมประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่ใช่สิ่งที่มีมาแต่กำเนิด

2. ทัศนคติมีลักษณะของการประเมิน (Evaluative nature) กล่าวคือทัศนคติมีลักษณะเป็นการประเมินความคิดหรือความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคลอื่น เหตุการณ์ ซึ่งจะเป็นสื่อกลางที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง

3. ทัศนคติมีคุณภาพและความเข้ม (Quality and Intensity) คุณภาพและความเข้มของทัศนคติจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างระหว่างทัศนคติของแต่ละคนต่อสิ่งต่างๆ คุณภาพของทัศนคติเป็นสิ่งที่สามารถประเมินได้ โดยเมื่อบุคคลประเมินทัศนคติที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็อาจที่จะมีทัศนคติทั้งทางบวก หรือทัศนคติทางลบต่อสิ่งๆ นั้น

4. ทัศนคติมีความคงทนไม่เปลี่ยนแปลงง่าย (Permanence) จากการที่ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ และผ่านกระบวนการเรียนรู้ ถึงแม้ทัศนคติจะมีความคงทน แต่ก็ไม่จำเป็นเสมอไปที่บุคคลจะต้องมีทัศนคติเช่นนั้นเสมอ

5. ทัศนคติเป็นสิ่งที่มีความเป้าหมาย (Attitude object) เป้าหมายของทัศนคติอาจจะเป็นวัตถุ สิ่งของ บุคคล สถานที่ หรือเหตุการณ์ก็ได้

6. ทศนคติมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ ทศนคติจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับวัตถุ สิ่งของ สถานการณ์ โดยมีลักษณะของความสัมพันธ์

โมเดลโครงสร้างทศนคติ เป็นการทำความเข้าใจระหว่างทศนคติและพฤติกรรม ซึ่งนักจิตวิทยาเสนอโมเดลเพื่อศึกษาโครงสร้างของทศนคติเป็นการกำหนดส่วนประกอบของทศนคติเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งลักษณะของโมเดลโครงสร้างทศนคติจะมีอยู่ 3 ลักษณะ ได้แก่ (Schiffman & Kanuk, 1994:658)

### 2.1.1 โมเดลองค์ประกอบทศนคติ 3 ประการ (Tricomponent Attitude Model)

จะเป็นโมเดลทศนคติที่ประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1) ส่วนของความเข้าใจ (Cognitive component) หมายถึง ส่วนหนึ่งของโมเดลองค์ประกอบทศนคติที่จะประกอบไปด้วย ความรู้ (Knowledge) การรับรู้ (Perception) และความเชื่อถือ (Beliefs) ซึ่งเป็นทศนคติที่ผู้บริโภคมีต่อความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ส่วนของความเข้าใจจะเป็นส่วนแรกซึ่งก็คือความรู้และการรับรู้ที่ได้รับจากการเผชิญประสบการณ์โดยตรงต่อทศนคติและข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ความรู้และผลกระทบต่อกรรับรู้จะตัวทำให้เกิดความเชื่อถือ (Beliefs) หมายถึงสภาพด้านจิตใจที่สะท้อนความรู้เฉพาะเรื่องของบุคคลและเกิดการประเมินด้านความคิด หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งก็คือการที่ผู้บริโภคมีทศนคติต่อคุณลักษณะของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือพฤติกรรมเฉพาะด้านที่อาจจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

2) ส่วนของความรู้สึก (Affective component) หมายถึง ส่วนของโมเดลองค์ประกอบทศนคติที่ประกอบไปด้วย การสะท้อนทางอารมณ์ (Emotion) หรือความรู้สึก (Feeling) ของผู้บริโภคที่มีต่อความคิดด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้บริโภค โดยการประเมินทศนคติทางความรู้สึกอาจเป็นการให้คะแนนความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ดีหรือไม่ดี เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เป็นต้น

3) ส่วนของพฤติกรรม (Conative component) หมายถึง ส่วนของโมเดลองค์ประกอบทศนคติประการที่สาม ซึ่งสะท้อนความน่าจะเป็นหรือแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมของผู้บริโภคด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อทศนคติที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรืออาจจะหมายถึงความตั้งใจซื้อ จากความหมายนี้ส่วนของพฤติกรรมจะรวมถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงพฤติกรรมและความตั้งใจซื้อของผู้บริโภคด้วยคะแนนความตั้งใจของผู้ซื้อที่สามารถนำไปใช้ประเมินความน่าจะเป็นของการซื้อผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้

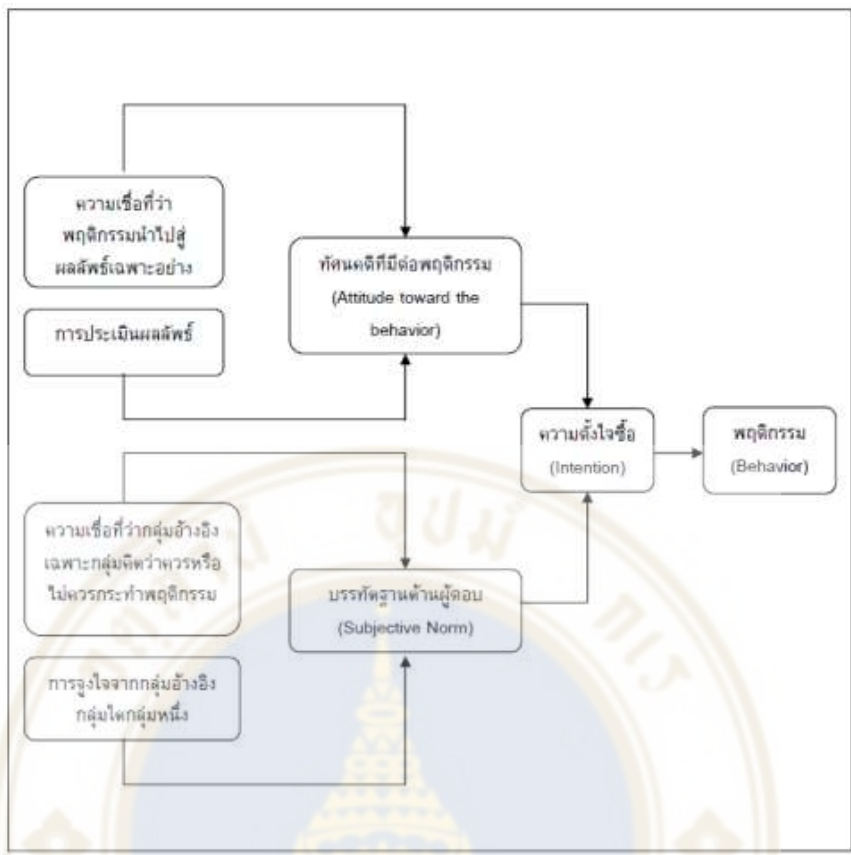
### 2.1.2 โมเดลทัศนคติคุณสมบัติหลายประการ (Multi-attribute Attitude Model)

โมเดลทัศนคติคุณสมบัติหลายประการ (Multi-attribute Attitude Model) เป็นการสำรวจในเชิงทัศนคติในรูปแบบของคุณสมบัติต่างๆ และความเชื่อต่อสิ่งหนึ่งๆที่ต้องการเลือก ซึ่งมีอยู่หลากหลายโมเดล (Wilkie & Pessemier, 1973) ดังนี้

1) โมเดลทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (The Attitude-toward-Object Model) เป็น โมเดลที่เสนอว่าทัศนคติของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์หรือตราผลิตภัณฑ์ โมเดลลักษณะนี้จะเหมาะสมสำหรับการวัดทัศนคติที่มีต่อรูปแบบของผลิตภัณฑ์ รวมไปถึงการบริการหรือตราสินค้าของผลิตภัณฑ์ โมเดลนี้ทัศนคติของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์หรือตราสินค้าเป็นหน้าที่หนึ่งของการมีอยู่หรือการขาด และการประเมินความเชื่อถือที่มีต่อคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ กล่าวคือ ผู้บริโภคโดยทั่วไปมีความพอใจต่อตราสินค้า ซึ่งจะเชื่อว่าระดับของคุณสมบัติที่เพียงพอที่ประเมินเป็นบวก และทัศนคติไม่พึงพอใจต่อตราผลิตภัณฑ์ที่รู้สึกไม่พอใจหรือคุณสมบัติลบ

2) โมเดลทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง (The Attitude-toward Behavior Model) เป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมหรือการกระทำ แทนที่จะเป็นทัศนคติต่อสิ่งนั้น เป็นการดูความใกล้ชิดต่อพฤติกรรมอย่างลึกซึ้ง (Schiffman, Sherman, Long, & Marketing, 2003)

3) โมเดลทฤษฎีการให้เหตุผล-การปฏิบัติ (Theory of Reasoned-Action Model) หมายถึง ทฤษฎีความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ (Attitude) ความตั้งใจ (Intention) และพฤติกรรม (Behavior) ทฤษฎีนี้เป็นการแสดงความสัมพันธ์ความเข้าใจของส่วนประกอบทัศนคติออกเป็น โครงสร้างที่ออกแบบการอธิบายที่ดีขึ้นและการคาดการณ์พฤติกรรมที่ดีขึ้น มีลักษณะเหมือนกับโมเดลทัศนคติองค์ประกอบ 3 ประการ กล่าวคือจะรวมส่วนประกอบของความเข้าใจ (Cognitive Component) ส่วนประกอบของความรู้สึก (Affective Component) และส่วนประกอบของพฤติกรรม (Conative Component) (Vallerand et al., 1992) ดังภาพ



ภาพที่ 2.1 ทฤษฎีการใช้เหตุผล - การปฏิบัติในรูปแบบอย่างง่าย  
ที่มา: เดือนเพ็ญ แบลิว (2559)

**2.2 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA)**

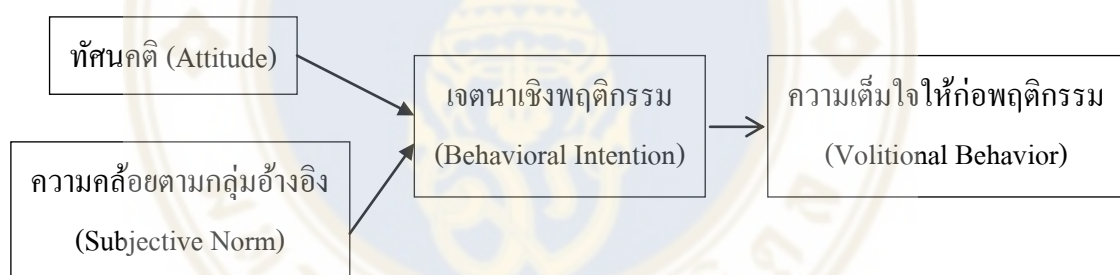
ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ถูกคิดค้นโดย Fishbein และ Ajzen เป็นหนึ่งในทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (Social psychology) โดยนำมาใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาพฤติกรรมของคนตามทฤษฎีได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคติต่อการเกิดพฤติกรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพราะคิดว่าเป็นสิ่งสมควรทำเนื่องจากคนจะพิจารณาเหตุผลก่อนการตัดสินใจ ลงไปเสมอ โดยจุดหมายของการศึกษานี้ทำความเข้าใจและอธิบายพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

จุดสำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่การกระทำของคนขึ้นอยู่กับความตั้งใจก่อนให้เกิดการกระทำออกมา เรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นเจตนาเชิงพฤติกรรม โดยพฤติกรรมจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเจตนาที่ต้องการจะทำ ซึ่งเจตนาจะเป็นตัวเหนี่ยวนำให้มนุษย์เลือกทำหรือเลือกที่จะไม่ทำ เจตนาในเชิงพฤติกรรมยังมีความสัมพันธ์กับอีก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งมีทั้ง

ทางบวกและทางลบ จะเรียกเป็นเจตคติที่มีผลต่อพฤติกรรม โดยยังมีความสัมพันธ์กับความเชื่ออีกต่อหนึ่ง ปัจจัยที่สองคือ อิทธิพลทางสังคม เป็นการรับรู้ที่มีผลต่อการกระทำทั้งที่ให้ทำและไม่ให้ทำ ปัจจัยนี้จะไปเกี่ยวข้องกับกรคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง นอกจากนี้ Madden, Ellen & Ajzen (1992) ยังระบุถึงเงื่อนไขที่จะส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจและพฤติกรรม คือ ระดับในการวัดความตั้งใจหรือเกณฑ์ทางพฤติกรรม ความคงที่ของความตั้งใจระหว่างเวลาวัดจนถึงเวลาแสดงพฤติกรรม และระดับของความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จภายใต้การควบคุมโดยนัยของแต่ละบุคคล

ทฤษฎีการกระทำด้วยจะเชื่อว่าการกระทำของมนุษย์จะมีลักษณะเป็นเหตุเป็นผล มีการคิดประมวลผล มีการรวบรวมข้อมูลที่เป็นข้อมูลที่มีความชัดเจนและข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน มาวิเคราะห์แยกแยะ ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกกระทำหรือไม่กระทำ ภายใต้สมมติฐานว่า การตัดสินใจกระทำของมนุษย์จะขึ้นอยู่กับเจตนา (Intention) โดยบุคคลที่มีเจตนาในการกระทำสูงก็มีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ มากขึ้น โดยมีปัจจัยพื้นฐาน 2 ปัจจัยที่มีผลต่อเจตนา คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) และ 2) ด้านอิทธิพลจากสังคม ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) (Ajzen, 1985, 2012, 2015; Schifter & Ajzen, 1985)

โดยโครงสร้างของพฤติกรรมตัวแปรต่างๆ มีดังนี้



ภาพที่ 2.2 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

จากแผนภาพ สามารถอธิบายได้ว่าทัศนคติ (Attitude) คือสิ่งที่มีต่อพฤติกรรมมีผลมาจากความเชื่อของบุคคลว่า การกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นจะมีผลที่ได้รับแน่นอนและมีการประเมินผลลัพธ์ที่ออกมา (Madden, Ellen & Ajzen, 1992) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) จะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการทำนายความตั้งใจในการกระทำ กลุ่มอ้างอิงจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมมากหรือน้อยจะขึ้นอยู่กับความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงคาดว่าจะเกิดจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่ให้ความสำคัญกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้มของความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งจะเป็นสิ่งที่เรียกว่าทฤษฎีการกระทำตามแผน

โดย Ajzen (1985, 2012) ได้อธิบายตัวแปรสำคัญแผนภาพ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคลหรือเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม (Attitude toward behavior) จะเกิดจากผลรวมของความเชื่อต่อพฤติกรรมที่เด่นชัด (Salient behavior belief) ซึ่งเป็นการประเมินข้อดีและข้อเสียในด้านต่างๆ จากผลของการกระทำนั้นๆ ถึงสิ่งทีคาดว่าจะเกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ที่จะกระทำพฤติกรรมได้ประเมินผลของการกระทำทั้งข้อดีและข้อเสีย รวมไปถึงโอกาสที่ผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นจริงแล้ว เจตคติในการกระทำพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์กับผลรวมของทีคาดว่าจะได้จากความเชื่อต่อพฤติกรรมที่เด่นชัดคุณเข้ากับความน่าจะเป็นที่จะกระทำพฤติกรรมจะทำให้เกิดผลที่ค่านั้น

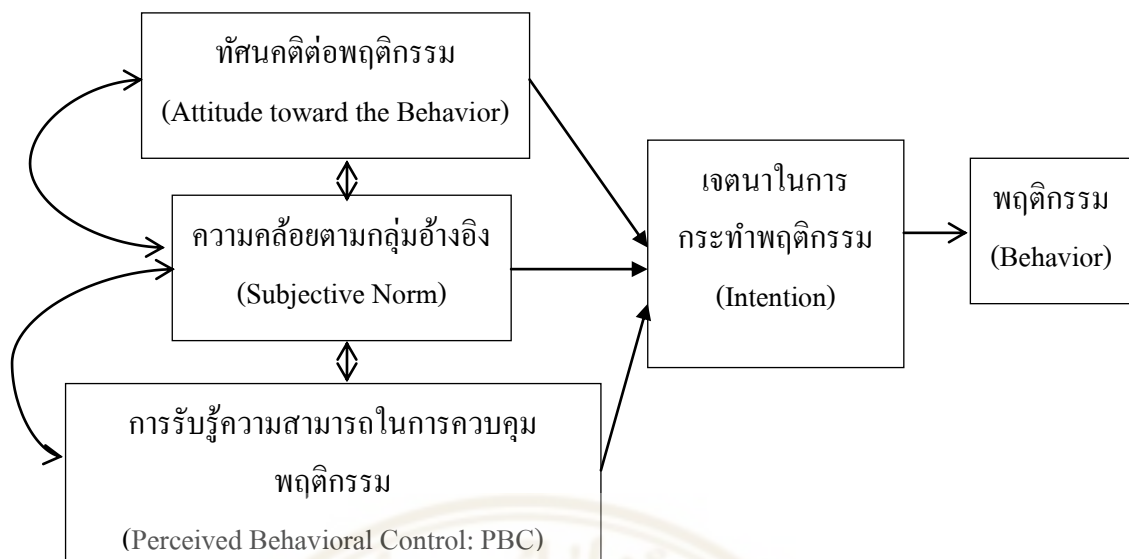
2. ปัจจัยทางสังคมหรือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) เป็นปัจจัยที่เกิดจากผลรวมของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative norm) ซึ่งจะหมายถึงการรับรู้ถึงแรงกดดันของคนในสังคมด้านความต้องการให้บุคคลกระทำพฤติกรรมต่างๆ หรือไม่ กล่าวคือ เป็นผลรวมของระดับความต้องการของบุคคลสำคัญรอบตัว เช่น เพื่อน ครอบครัว หัวหน้า ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ว่าบุคคลเหล่านี้เห็นด้วยกับการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มากน้อยเพียงใด แล้วนำมาประเมินร่วมกับระดับที่ผู้กระทำพฤติกรรมมีความต้องการที่จะทำ (Motivation to comply)

อย่างไรก็ตามต่อมา (Ajzen, 1985) เห็นถึงข้อจำกัดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ว่ายังมีข้อจำกัดของการเปลี่ยนจากเจตนาในการกระทำพฤติกรรมไปสู่การกระทำพฤติกรรมจริง โดยมีความคิดว่าเจตนาในการกระทำพฤติกรรมจะสามารถคาดการณ์การเกิดพฤติกรรมจริงได้นั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสำคัญอีกข้อหนึ่ง คือพฤติกรรมที่จะกระทำนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมหรือภายใต้ระดับความสามารถของผู้กระทำหรือไม่ จึงได้มีการพัฒนาแบบจำลองโดยได้เพิ่มปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุม เรียกว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)

### 2.3 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นทฤษฎีที่มีการขยายปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ซึ่งทฤษฎีทั้งสองมีแนวความคิดพื้นฐานเดียวกันที่ว่า พฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความหมาย (Goal directed) เป็นการกระทำที่เกิดจากการวางแผนหรือเกิดจากความตั้งใจ โดยพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เป็นการกระทำที่ความเต็มใจก่อให้เกิดพฤติกรรม กล่าวคือ เป็นพฤติกรรมที่จะทำหรือไม่ทำก็ได้





ภาพที่ 2.3 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) จะมีความคล้ายคลึงกับ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ในเรื่องของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นตัวกำหนดความตั้งใจกระทำ แต่ในโครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการถูกชี้นำโดยความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control beliefs) ซึ่งความเชื่อแต่ละประการจะส่งผลต่อตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1. หากบุคคลมีความเชื่อว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นๆ ในทางตรงกันข้ามถ้ามีความเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward the behavior) เมื่อมีทัศนคติทางบวก ก็จะเกิดความตั้งใจกระทำ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น

2. หากบุคคลรับรู้ว่าคุณค่าที่มีความสำคัญต่อเขาได้กระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็จะเกิดความเชื่อต่อพฤติกรรมนั้นและมีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อคล้อยตามและกระทำตามบุคคลอ้างอิงนั้น

3. หากบุคคลมีความเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลตามที่คาดหวัง บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น

ตามแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน หากต้องการให้ผู้บริโภคมอง พฤติกรรมการตั้งใจซื้อสินค้าหรือบริการ ควรต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ตามแนวคิด อันได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control beliefs) โดยไม่ใช่พิจารณาเฉพาะ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะของสินค้าหรือบริการแต่เพียงอย่างเดียว

## 2.4 ทฤษฎีแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (The Technology Acceptance Model: TAM)

ทฤษฎีแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยีเป็นแนวคิดของ Davis, Bagozzi & Warshaw (1989) ซึ่งเป็นโมเดลที่ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (The Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen (1985) โดยเน้นศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการยอมรับหรือ การตัดสินใจที่จะใช้เทคโนโลยีหรือนวัตกรรม โดยปัจจัยหลักที่ส่งผลโดยตรงต่อการยอมรับ เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมของผู้ใช้ ได้แก่ ความรู้สึกง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use: PEOU) และการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดจากการใช้งาน (Perceived Usefulness (PU) ปัจจัยภายนอก บุคคลจะส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยี (Utilized of Technology: UT) จะเทียบกับกับ ความรู้สึกง่ายของการใช้เทคโนโลยี (Ease of Technology Usage: E) และความรู้สึกง่ายต่อการเข้าถึง การใช้เทคโนโลยีจะส่งผลโดยตรงต่อทัศนคติที่จะใช้เทคโนโลยี (Attitude toward technology: A) โดยการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีก็อาจจะส่งผลต่อทัศนคติที่จะใช้เทคโนโลยี หรืออาจจะส่งผล ต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี (Behavior Intention: BI) และพฤติกรรมที่จะใช้เทคโนโลยีก็จะ นำไปสู่การใช้เทคโนโลยี

ต่อมา Ajzen (1991) และ Davis (1989) ได้นำทฤษฎีแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี ไปใช้พยากรณ์พฤติกรรมและความเข้าใจมนุษย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (เกวรินทร์ ละเอียดดีนันท์, 2557)

1. อิทธิพลของตัวแปรภายนอก (External variables) หมายถึง อิทธิพล ของตัวแปรภายนอกที่สร้างจากการรับรู้ให้บุคคลที่มีอิทธิพลแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ และพฤติกรรมทางสังคม เป็นต้น
2. การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived usefulness) หมายถึง การรับรู้ถึง ประโยชน์จากการใช้งาน ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยแต่ละคนจะรับรู้ได้ว่า เทคโนโลยีมีส่วนช่วยในการพัฒนาตนเองได้อย่างไร

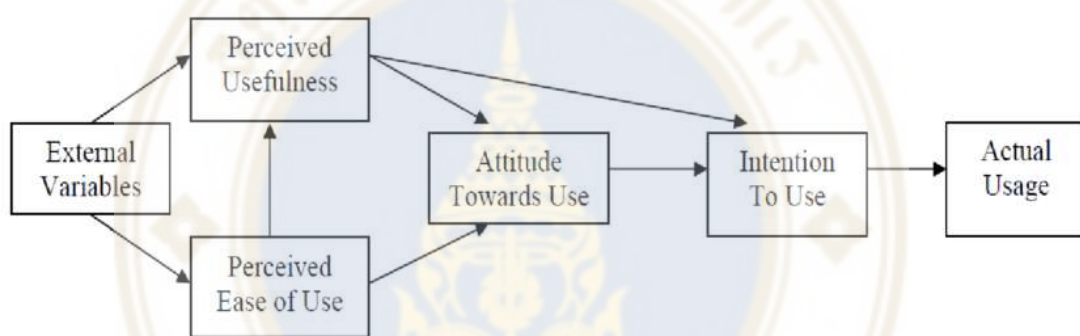
3. การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived ease of use) หมายถึง การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ซึ่งจะเป็นสิ่งกำหนดการรับรู้ความสำเร็จที่ได้รับ ว่าสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการหรือไม่

4. ทศนคติที่มีต่อการใช้งาน (Attitude to use) หมายถึง ทศนคติของบุคคลในด้านความสนใจที่จะใช้เทคโนโลยี

5. การตั้งใจที่จะใช้งาน (Intention to use) หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะใช้งานเทคโนโลยี โดยจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลที่มีพฤติกรรมสนใจที่จะใช้เทคโนโลยี

6. การใช้งาน (Actual system use) หมายถึง การที่บุคคลจะยอมรับเทคโนโลยีและนำมาใช้งานจริง

โดยมีลักษณะความสัมพันธ์ดังภาพ



ภาพ 2.4 แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี

ที่มา: Davis (1989)

## 2.5 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

ความเชื่อด้านสุขภาพ คือความเชื่อเกี่ยวกับประเด็นสุขอนามัยของตัวบุคคล ซึ่งมีอิทธิต่อการความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างจากบุคคลที่ไม่เจ็บป่วย โดยพฤติกรรมทางสุขภาพจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อากา และการรักษาโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม เป็นต้น (Phipps, Hagger & Hamilton, 2020)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ในการทำนายว่าบุคคลดังกล่าวจะลงมือทำอะไรบางอย่างหรือไม่ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness)
3. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits)
4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

ต่อมา Becker และ Maiman (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) เข้าไป เพราะถึงแม้ว่าจะเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการรับรู้ของบุคคลแต่ก็มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคซึ่งจะช่วยทำให้แบบจำลองนี้สามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น โดยสามารถสรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพไว้ว่า การที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะ บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสิ่งที่จะทำให้มีสุขภาพดี โดยจะต้องเชื่อว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย และมีความเชื่อว่าการเข้ารับการรักษาคือสิ่งที่สามารถรักษาโรคได้ รวมไปถึงมีความเชื่อว่าการเข้ารับการควบคุมโรคเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับมีความเหมาะสม

อย่างไรก็ตามแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพเป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ทฤษฎีทางจิตวิทยา สามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคล การกระทำการแสวงหา เลือกปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ การรับรู้ของบุคคลที่เป็นตัวชี้วัดพฤติกรรม คือ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องเกิดจากความเชื่อในตนเองก่อนว่าเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อโรค แล้วเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นมาจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ด้วยเหตุนี้ปัจจุบันจึงมีการนำแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพไปใช้ร่วมกับทฤษฎีหรือแบบจำลองพฤติกรรมด้านสุขภาพกันอย่างกว้างขวาง โดยในปัจจุบัน องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมี ดังนี้ (Strecher & Rosenstock, 1997).

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในช่วงเวลาที่แข็งแรงและช่วงที่เจ็บป่วย บุคคลเหล่านี้จะเกิดการปฏิบัติตามเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงโรค ความเชื่อหรือการคาดการณ์ของบุคคลถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ มากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อมั่นต่อ

ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึของผู้ป่วยว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

## 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความร้ายแรงของการที่ตนเองเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้น หรือความร้ายแรงที่เป็นผลมาจากการที่ภาวะดังกล่าวไม่ได้รับการรักษาที่บุคคลเป็นผู้ประเมินตนเอง ความร้ายแรงที่เกิดขึ้นนอกจากจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพพิการ เจ็บปวด หรือการรอดชีวิต แล้วยังเกี่ยวข้องไปถึงผลกระทบด้านการรักษาที่เพิ่มเติมขึ้นมาซึ่งเป็นการค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วย และผลกระทบด้านสังคมของบุคคลนั้นๆ ต่อบุคคลในสังคม ผลรวมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะท าให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ซึ่งหากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามมากก็จะมีผลท าให้บุคคลนั้นๆ เกิดความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงหรือเป็นตัวผลักดันให้บุคคลมีการป้องกันและรักษาโรคนั้นๆ

## 3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการทำพฤติกรรมดังกล่าวก็มีส่วนในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น ลดความรุนแรงของ นอกจากนี้การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ก็จะมีผลช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรม โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในแนวทางที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

## 4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรค เป็นความเชื่อ และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งในความคิดของบุคคลมีการเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคโดยที่อาจจะรู้ตัวหรือไม่ก็ได้ ดังนั้นการรับรู้ถึงภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และผลต่างระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์กับอุปสรรคจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นตัดสินใจทำพฤติกรรมดังกล่าวหรือไม่ หากน้ำหนักของประโยชน์ที่ได้มีมากกว่าอุปสรรคก็จะเลือกทำพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าหากผลที่จะได้ตรงกันข้ามก็จะไม่ปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

## 5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

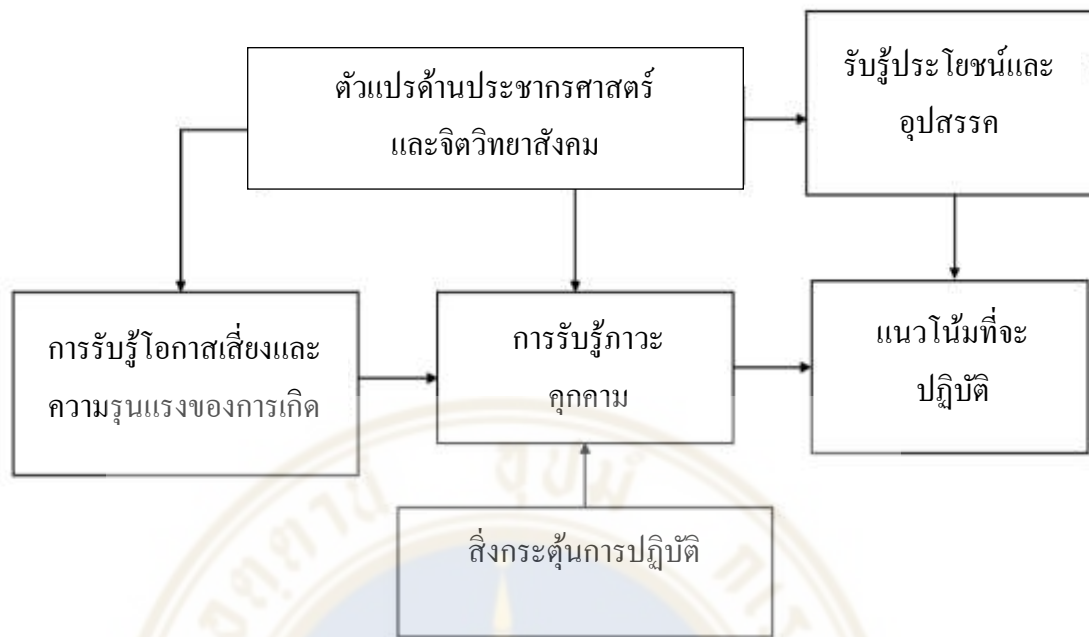
แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก หรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล รวมไปถึงระดับความสนใจในการใส่ใจด้านสุขภาพ ความต้องการที่จะมีชีวิตที่มีสุขภาพดี เลี่ยงจากการ

เจ็บป่วย ซึ่งแรงจูงใจด้านสุขภาพนี้อาจจะเกิดขึ้นจากความสนใจในสุขภาพโดยทั่วไป หรือเกิดจากการกระตุ้นความเชื่อเรื่องโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อในเรื่องประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกระตุ้นภายนอกด้วย เช่น คำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น

#### 6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยที่นอกจากปัจจัยข้างต้นของแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ ปัจจัยร่วมที่มีส่วนช่วยด้านสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลอ้างอิง ความเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม รวมไปถึงปัจจัยพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

จากองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ Becker & Maiman (1975) ได้นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ไว้ดังนี้



ภาพที่ 2.5 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ

ที่มา: Becker & Maiman (1975).

นอกจากนี้ Becker et al. (1975) ยังได้ระบุถึงลักษณะของโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีความพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติ สิ่งที่เป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of advocated health action) หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับ โดยการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติและอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ ได้แก่ การเสียเวลาหรือค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. ปัจจัยชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาสหรือแนวทางที่จะช่วยให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ โดยมีสิ่งชักนำ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตน อาการเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดตัว รวมไปถึงสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากสื่อช่องทางต่างๆ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล เป็นต้น

## 2.6 ทฤษฎีการตื่นตัวต่อสุขภาพ (Health Consciousness: HC)

การตื่นตัวต่อสุขภาพคือการประเมินระดับความพร้อมของพฤติกรรมทางสุขภาพ (Becker et al., 1977) การตื่นตัวต่อสุขภาพยังหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านความกังวลเรื่องสุขภาพไปยังผลต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ โดยคิดถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย (Jayanti, R. K., & Burns, 1998) โดยผู้บริโภคที่มีความตื่นตัวต่อสุขภาพจะตระหนักถึงสุขภาพของตนเองและยังเป็นคนที่มีความกระตือรือร้นที่จะบำรุงและพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง เช่นเดียวกับการรักษาสุขภาพให้ห่างไกลจากการเจ็บป่วยโดยการมีพฤติกรรมเชิงสุขภาพและให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพ (Gould, 1988; Plank and Gould, 1990; Kraft and Goodell, 1993; Newsom et al., 2005). นอกจากนี้ยังเป็นคนที่มีความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมที่ดี เช่นการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและมีประโยชน์ต่อร่างกาย (Wen & Li, 2013)

Hsu, Chang & Lin (2016) ได้ให้ความหมายของการตื่นตัวต่อสุขภาพว่าหมายถึง ความเข้าใจของผู้บริโภคต่อการเปลี่ยนของสถานะทางสุขภาพ และระดับของความตระหนักถึงความต้องการทางสุขภาพ รวมไปถึงยังหมายถึงความใส่ใจด้านสุขภาพที่ส่งผลไปยังกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคล (Chen & Lin, 2018). ซึ่งผลจากการศึกษาของ Hsu, Chang & Lin (2016) พบว่า การตื่นตัวต่อสุขภาพ ความรู้ด้านอาหารอเนกนิกรและความใส่ใจต่อความปลอดภัยของอาหาร เป็นปัจจัยสำคัญต่อความตั้งใจซื้ออาหารอเนกนิกรอีกด้วย Espinosa & Kadić-Maglajlić, (2018) ได้ศึกษาบทบาทในการเป็นตัวแปรส่งผ่านของการตื่นตัวต่อสุขภาพระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การตื่นตัวต่อสุขภาพมีบทบาทตัวแปรส่งผ่านแบบบางส่วน (Partial mediation) ระหว่างความฉลาดทางวัฒนธรรมไปยังพฤติกรรมเชิงสุขภาพ

จากการให้ความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การตื่นตัวต่อสุขภาพ หมายถึงระดับของความกังวล หรือความใส่ใจเรื่องสุขภาพของผู้บริโภค ซึ่งผู้บริโภคที่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ (Preventive health care behavior) มากกว่าผู้ที่ไม่มี ความตระหนัก ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้บริโภคตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่แข็งแรง ผู้บริโภคก็จะเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น ซึ่งจะแตกต่างจากแรงจูงใจเพื่อสุขภาพ (Health motivation) เพราะแรงจูงใจเพื่อสุขภาพจะถือเป็นบุคลิกภายใน เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่มีบุคลิกภาพภายนอกเป็นผู้บริโภคที่แสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองออกมา เช่น ผู้สูบบุหรี่ที่ตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ได้น้อย จึงลดปริมาณการสูบ และสามารถเลิกได้อย่างเด็ดขาดในที่สุด (Jayanti, R. K., & Burns, 1998)



สำหรับระดับของการตื่นตัวต่อสุขภาพ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (กุชงค์ ตั้งนรกุล, 2559)

1. กลุ่มคนที่มีการคำนึงถึงเรื่องสุขภาพเป็นอย่างมากและมีฐานะดี เป็นกลุ่มคนที่มีความเต็มใจที่จะจ่ายเงินเพื่อให้มีสุขภาพดี ขอมรับข้อเสนอทางสุขภาพที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการที่จะต้องมีการใช้จ่ายสูงก็ตาม

2. กลุ่มคนที่มีการคำนึงถึงเรื่องสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่ไม่ได้มีฐานะดีมาก เป็นกลุ่มคนที่มีความรักสุขภาพ แต่มีปัญหาเรื่องการเงิน จึงมีแนวทางในการเลือกรักษาสุขภาพด้วยราคาที่ประหยัดและสามารถรับได้ หรือเรียกอีกอย่างว่า การรักสุขภาพแบบเพียงพอ

3. กลุ่มคนที่มีฐานะดีมาก แต่ยังไม่คำนึงถึงสุขภาพ เป็นกลุ่มคนที่มีความพร้อมทางด้านการเงิน แต่ยังไม่ค่อยประสบปัญหาเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาก่อน จึงทำให้เป็นคนที่ไม่เห็นความสำคัญของเรื่องสุขภาพ

4. กลุ่มคนที่ไม่ได้มีการคำนึงถึงเรื่องของสุขภาพและไม่ได้มีฐานะดีมาก เป็นคนที่เน้นการรักษาสุขภาพแบบพื้นฐาน โดยมักจะรักษาสุขภาพโดยเน้นเรื่องของราคาที่ประหยัด

กรอบแนวคิดการตื่นตัวต่อสุขภาพมีอยู่ด้วย 4 มิติ ได้แก่ การให้ความใส่ใจด้านสุขภาพที่มากขึ้น (greater concern to health) การดูแลสุขภาพ (caring about health) การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ (engaging in searching for health information) และการให้คุณค่ากับร่างกายที่แข็งแรง (valuing healthy condition) การที่จะรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ การเลือกรับประทานอาหารที่มีสารอาหารที่มีประโยชน์ถือเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับอาหารที่มีคุณประโยชน์เฉพาะ (Functional meal) (Gould, 1988)

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพ (Health Consciousness)**

Ellison, Lusk และ Davis (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของผลึกที่แสดงถึงแคลลอรี่สำหรับผู้ตื่นตัวต่อสุขภาพโดยพิจารณาจากข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์ของ 946 คนของผู้ที่รับประทานอาหารเช้าและมื้อเย็น และจากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ในเรื่องของเพศและตื่นตัวต่อสุขภาพที่แตกต่างกันจะทำให้ผลกระทบของคนที่ตระหนักถึงผลึกที่แสดงถึงแคลลอรี่แตกต่างกัน Diamantopoulos, Schlegelmilch, Sinkovics and Bohlen (2003) ได้พิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมศาสตร์และประชากรศาสตร์ กับตื่นตัวต่อ

สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงผลการศึกษาเอาไว้ว่าปัจจัยด้านเพศ สถานะภาพ อายุ ระดับการศึกษา และระดับทางสังคมที่แตกต่างกันมีความตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงนำไปสู่การกำหนดสมมติฐานที่ 1 ของกรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Perceived Health Risk)

Robb, Miles และ Wardle (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านประชากรและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวทำนายเชิงประชากรและจิตวิทยาของการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มประชากร เป็นการสำรวจชายและหญิง 18,447 คนอายุ 55-64 ปี แบบสอบถามทางไปรษณีย์ประเมินความเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบสำหรับชีอาร์ซีพร้อมกับลักษณะทางประชากร (อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานะภาพการสมรส และสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ประวัติครอบครัวสุขภาพจิตและอาการลำไส้และพฤติกรรมสุขภาพ) และสถานะทางอารมณ์ (ความวิตกกังวล) ผลการศึกษาพบว่า การเป็นผู้ชายและผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่รับรู้ต่ำกว่า มีประวัติครอบครัวของชีอาร์ซีสุขภาพจิตที่ไม่ดีอาการมากขึ้นและความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของชีอาร์ซีที่เพิ่มขึ้น ผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่มีใครตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงกว่า สรุป: การเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลกระทบของอายุและเพศที่มีต่อความเสี่ยงของ CRC เช่นเดียวกับการเชื่อมโยงทางพันธุกรรมและการเกิดโรคของ CRC จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในการสื่อสารความเสี่ยง สอดคล้องกับงานของ Weech-Maldonado, Miller และ Lord (2017) ที่ได้สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างประชากรทางสังคมการรับรู้สุขภาพและความสุขในประชากรผู้ป่วย 221 ผู้ใหญ่ที่คัดเลือกจาก 39 หลักปฏิบัติดูแล นอกจากนี้ยังสำรวจว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากร-สังคมศาสตร์และความสุขนั้นเป็นสื่อกลางโดยการรับรู้สุขภาพหรือไม่ ตัวแปรขึ้นอยู่กับความสุขถูกแบ่งขั้วเป็นความสุขและไม่มีความสุข ตัวแปรอิสระหรือสหสัมพันธ์ของความสุข ได้แก่ เชื้อชาติ (ขาวดำ) อายุ (<65 กับ 65 และสูงกว่า) เพศ (ชายกับหญิง) รับรู้รายได้ (เพียงพอกับไม่เพียงพอต่อความต้องการพื้นฐาน) ความรู้เรื่องสุขภาพ (เพียงพอ เทียบกับไม่เพียงพอ) และสุขภาพที่ประเมินตนเอง (ยอดเยี่ยม / ดีมาก / ดี / ดีเทียบกับไม่ดี / ไม่ยุติธรรม) โดยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้รายได้ที่เพียงพอและความสุขนั้นเป็นสื่อกลางจากการรับรู้สุขภาพ ในขณะที่บุคคลที่มีรายได้เพียงพอมีแนวโน้มที่จะรับรู้สุขภาพที่ดีขึ้นและส่งผลให้มีความสุขมากขึ้น ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ เช่นเพศอายุและเชื้อชาติไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความสุขหรือการรับรู้

สุขภาพที่สูงขึ้นในรูปแบบใด ๆ ผลลัพธ์แนะนำว่านโยบายที่มุ่งเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและการลดความเหลื่อมล้ำของรายได้ อาจเกี่ยวข้องกับความสุขที่มากขึ้น จากการวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงนำไปสู่การกำหนดสมมติฐานที่ 2 ของกรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับความตื่นตัวต่อสุขภาพ (Health Consciousness) ต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ (Perceived Usefulness: PU)

Moslehpour, Pham, Wong และ Bilgiçli (2018) ได้ศึกษาความตั้งใจซื้อแบบอิเล็กทรอนิกส์ของผู้บริโภคชาวไต้หวันจำนวน 380 คน โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้ความตื่นตัวในการอธิบายการรับรู้ว่ามีประโยชน์ การรับรู้ต่อการใช้งานง่าย และประสบการณ์ในการเปิดใจอันนำไปสู่ความตั้งใจซื้อสินค้าออนไลน์ และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความตื่นตัวส่งผลเชิงบวกต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ การรับรู้ต่อการใช้งานง่าย และประสบการณ์ในการเปิดใจ ในขณะที่การรับรู้ว่ามีประโยชน์และการรับรู้ต่อการใช้งานง่ายเป็นเพียงสองปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดความตั้งใจซื้อสินค้าออนไลน์ของชาวไต้หวัน ซึ่งการศึกษาของ Moslehpour, Pham, Wong และ Bilgiçli (2018) ได้สอดคล้องกับ Shah and Tandon (2020) ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่องของความตื่นตัวของพฤติกรรมซื้อสินค้าออนไลน์ของผู้บริโภคประเทศอินเดียจำนวน 400 ราย ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านความตื่นตัวส่งผลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จากการวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงนำไปสู่การกำหนดสมมติฐานที่ 3 ของกรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Perceived Health Risk) ต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ (Perceived Usefulness: PU)

Li และ Huang (2009) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปรระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ว่ามีประโยชน์ การใช้งานง่าย พฤติกรรมการตั้งใจซื้อ และการซื้อของออนไลน์ในบริบทของประเทศไต้หวัน โดยทำการเก็บข้อมูลการศึกษาจากผู้ใช้บริการซื้อของออนไลน์จำนวน 637 คน โดยแสดงผลการศึกษาดังต่อไปนี้ การรับรู้ความเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ว่ามีประโยชน์ การใช้งานง่าย พฤติกรรมการตั้งใจซื้อ และการซื้อของของออนไลน์ ในขณะที่ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกยกเว้นกับการรับรู้ความเสี่ยง และเมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงส่งผลกระทบบนด้านลบต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ในการซื้อของออนไลน์ และต่อการศึกษาของ Park และ Tussyadiah (2017) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของความเสี่ยงที่รับรู้ในการจองการเดินทางบนมือถือในมิติที่หลากหลายจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 411 รายที่ใช้โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนในการจองบริการการท่องเที่ยวแบบออนไลน์ และจากการผล

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นสอดคล้องกับ Li และ Huang (2009) ที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นในด้านของเวลา ค่าใช้จ่าย การให้บริการ ความปลอดภัย ความเสี่ยงทางกายภาพ จิตวิทยา และอุปกรณ์ส่งผลกระทบต่อการใช้มือถือสมาร์ทโฟนในการจองบริการการท่องเที่ยวแบบออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจึงนำไปสู่การกำหนดสมมติฐานที่ 4 ของการศึกษาในครั้งนี้

#### **งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC) ต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior)**

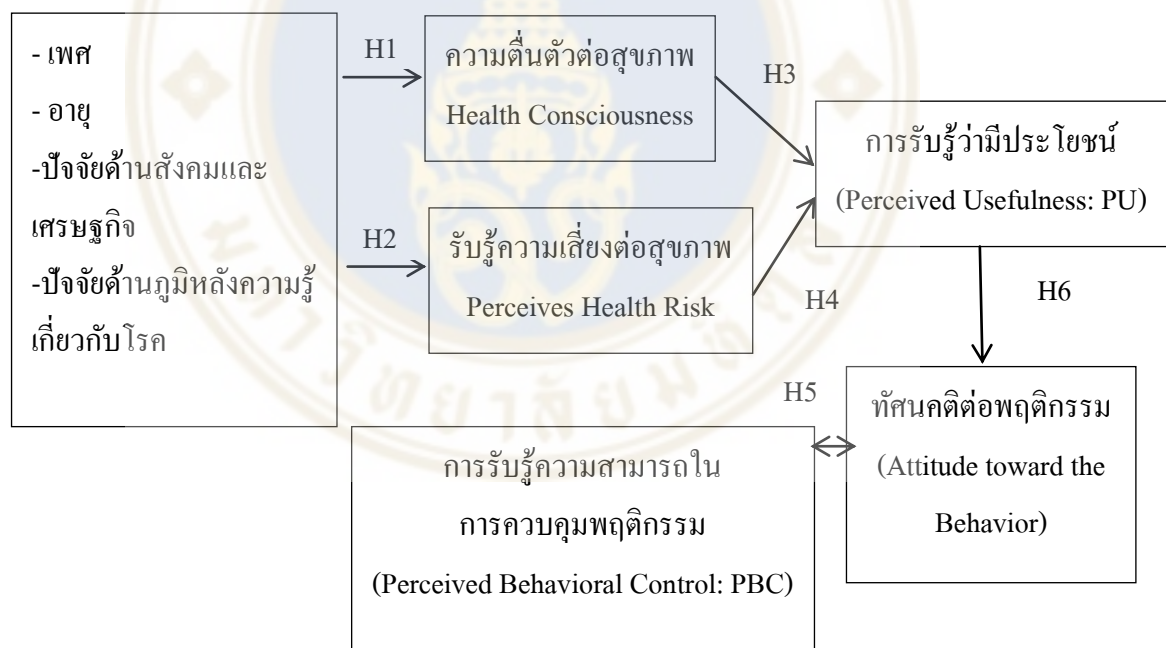
Henle, Reeve and Pitts (2010) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการขโมยเวลาในที่ทำงานซึ่งมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติแรงกดดันทางสังคมและการควบคุมการรับรู้เป็นตัวอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น โดยข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ได้ถูกรวบรวมจากนักศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 135 คน และการศึกษาในครั้งนี้ได้แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรไว้ว่าทัศนคติของกลุ่มที่ได้ศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกันกับ Kim, Ham, Yang และ Choi (2013) ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่องของบทบาทของทัศนคติบรรทัดฐานแบบอัตนัยและการรับรู้พฤติกรรม ควบคุมการสร้างความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของผู้บริโภคในการอ่านฉลากเมนูในอุตสาหกรรมร้านอาหารจากผู้บริโภคที่มีประสบการณ์ในการรับประทานอาหารในร้านอาหารแบบเครือข่ายจำนวน 617 ราย และผลการศึกษาได้แสดงอย่างสอดคล้องกับ Henle, Reeve and Pitts (2010) คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ เพราะฉะนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกิดขึ้นจึงนำไปสู่การกำหนดสมมติฐานการศึกษาที่ 5

#### **งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ว่ามีประโยชน์ (Perceived Usefulness) ต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior)**

ปิยพัชร์ สุดาวรรณ และกำพล (2562) ได้ทำการศึกษาถึงอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้การใช้งานง่าย และทัศนคติที่มีต่อการยอมรับเทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิดในศาสตร์ชะลอวัย โดยการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ที่เข้ารับการรักษาเพื่อชะลอวัย และในการศึกษานี้ได้แสดงผลการศึกษาว่าทัศนคติของผู้ที่เข้ารับการรักษาเพื่อชะลอวัยขึ้นอยู่กับรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่งผลเชิงบวกและลบตามลำดับ เช่นเดียวกันกับ Indarsin and Al (2017) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติในการใช้อีคอมเมิร์ซโดยใช้การรับรู้ต่อการใช้งาน การรับรู้ว่ามีประโยชน์ และ

ความเชื่อใจเป็นตัวแปรในการอธิบายในส่วนของทัศนคติซึ่งเป็นกรณีศึกษาของร้านค้าส่ง Ikens ของประเทศมาเลเซีย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คนซึ่งเป็นตัวแทนประชากรในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าทัศนคติในการใช้อีคอมเมิร์ซขึ้นอยู่กับความรู้ว่ามีประโยชน์มากที่สุด รองลงมา คือ ความเชื่อใจและใช้งานง่าย ซึ่งผลการศึกษานี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Guritno และ Siringoringo (2013) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ต่อการใช้งาน การรับรู้ว่ามีประโยชน์ และความเชื่อใจที่มีต่อทัศนคติต่อพฤติกรรมการซื้อตัวเครื่องบินออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คนในบริบทของประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การรับรู้ต่อการใช้งาน การรับรู้ว่ามีประโยชน์ และความเชื่อใจมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกร่วมกัน โดยที่ทัศนคติต่อพฤติกรรมการซื้อตัวเครื่องบินออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับความรู้ว่ามีประโยชน์มากที่สุด รองลงมาคือความเชื่อใจและการรับรู้ต่อการใช้งานตามลำดับสามารถนำมากำหนดสมมติฐานที่ 6

## 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาโรคในประเทศไทย” การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย โดยดำเนินการวิจัยด้วยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ที่ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยในประเทศไทย โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษากันคว้าตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากร และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. วิธีการใช้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ
4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 3.1 การกำหนดประชากร และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

การกำหนดขนาดประชากรศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มประชากรบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป ที่ทำงานอยู่ในเวชศาสตร์ชะลอวัยมากกว่า 1ปีขึ้นไป หรือ ไม่ได้อยู่ในเวชศาสตร์ชะลอวัย ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงต่อผู้มารับบริการ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ นักกำหนดอาหาร โดยมุ่งไปที่บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ชะลอวัย ในประเทศไทย

#### 3.1.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คือ ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มประชากรบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักกำหนดอาหาร โดยในปี 2561 มีรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุจำนวนของบุคลากรทาง

การแพทย์กลุ่มนี้ในประเทศไทย จำนวน 224,050 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2562) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ ชะลอวัย ในประเทศไทย ที่ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน ในการศึกษาคั้งนี้ไม่ทราบจำนวน ประชากร จึงกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 400 ราย โดยใช้สูตรในการคำนวณ คือ

$$n = \left( \frac{Z}{2E} \right)^2$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

$Z$  = ค่าที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 หรือ นัยสำคัญที่ .05 ดังนั้น  $Z$  มีค่าเท่ากับ 1.96

$E$  = ค่าความคลาดเคลื่อนให้เท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \left( \frac{1.96}{2 \times 0.05} \right)^2$$

$$n = 384.16$$

จากการคำนวณ สามารถกำหนดกลุ่มตัวอย่างได้ 384.16 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงขอใช้ขนาด กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เพื่อความสะดวกในการประเมินผลการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการเก็บ รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ชะลอวัย ที่ไม่จำแนกกลุ่มย่อยที่จะวิเคราะห์ข้อมูล (กฤษณี รื่นรัมย์, 2551) โดยยอมให้เกิดความผิดพลาดได้ไม่เกินร้อยละ 5 หรือ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และต้องการความเชื่อมั่นได้เท่ากับร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 400 ตัวอย่างและ เพื่อให้การเก็บข้อมูลของการตอบแบบสอบถามครอบคลุมสมบูรณ์ จึงมีการป้องกันเพื่อความ ผิดพลาดจากการ ตอบแบบสอบถามอย่างไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงสำรองแบบสอบถามเพิ่มอีก 5% เป็น จำนวน 20 ชุด จึงทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยคั้งนี้ รวมแบบสอบถามได้ทั้งหมด 420 ชุด โดยการส่งผ่านสื่อออนไลน์ของผู้ทำการวิจัย เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์ และจากนั้นใช้หลักการเลือก ตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) ประกอบการส่งข้อมูลตอบแบบสอบถามงานวิจัย

### 3.1.2 การสุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยในคั้งนี้ได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักไม่ใช้ความน่าจะเป็น (non probability sampling) และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัว ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการ กำหนดโควตา (Quota sampling) โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ นักกำหนดอาหาร ตัวอย่างทั้งหมดจะได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 105 คน คั้งนี้

### ตารางที่ 3.1 กลุ่มตัวอย่าง

ที่	สาขาวิชาชีพ	ร้อยละ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
1	แพทย์	25	105
2	เภสัชกร	25	105
3	พยาบาล	25	105
4	นักกำหนดอาหาร	25	105
รวม		100	420

โดยต่อมาจะทำการเลือกตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) เป็นการเลือกแบบไม่มีกฎเกณฑ์และอาศัยความสะดวกของผู้วิจัยเป็นหลักซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาโดยผู้วิจัยจะทำการสอบถามข้อมูลเบื้องต้น เพื่อคัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจากการสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวกถ้าแต่ละกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนน้อยกว่าหรือมากกว่า 105 คน จะทำการเก็บจำนวนตัวอย่างแต่ละกลุ่มตามที่สุ่มได้จริง

#### 3.1.3 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ซึ่งได้จากการแจกแบบสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ชะลอวัย ในประเทศไทย ดังนั้นผลที่ได้จึงเป็นตัวแทนของบุคลากรทางการแพทย์ไทย เท่านั้น ซึ่งจะเก็บข้อมูลทั้งหมด 420 ชุดหรือมากกว่าในช่วงวันที่ กันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) เป็นข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าและเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ คือ ตำราวิชาการ เอกสารงานวิจัย วารสาร ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เพื่อนำมาประมวลกำหนดกรอบทฤษฎี และแนวความคิดในการสร้างแบบสอบถาม

### 3.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย



แบบสอบถามได้มีการพัฒนาขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภค และพัฒนาจากกรทบทวนวรรณกรรมที่ได้จากข้อมูลทฤษฎีเป็นหลัก แบบสอบถามจึงประกอบด้วยคำถามปลายปิด (Closed ended questions) โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

3.2.1.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด (Closed-ended Questionnaire) จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย กลุ่มวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และรายได้ต่อเดือน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

3.2.1.2 ตอนที่ 2 ข้อมูลคำถามเกี่ยวกับความตื่นตัวต่อสุขภาพ มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด (Closed-ended Questionnaire) จำนวน 11 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

3.2.1.3 ตอนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด (Closed-ended Questionnaire) จำนวน 3 ข้อคำถาม ประกอบด้วยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

3.2.1.4 ตอนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ว่ามีประโยชน์ มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด (Closed-ended Questionnaire) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

3.2.1.5 ตอนที่ 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรม มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด (Closed-ended Questionnaire) จำนวน 3 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

3.2.1.6 ตอนที่ 6 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด (Closed-ended Questionnaire) จำนวน 4 ข้อคำถาม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

โดยคำถามเกี่ยวกับความตื่นตัวต่อสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ การรับรู้ว่ามีประโยชน์ ทัศนคติต่อพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จะมีลักษณะเป็นแบบมีเกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยจะนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าเฉลี่ยตามสูตรอันดับการถ่วงน้ำหนัก แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 หมายถึง มากที่สุด

4 หมายถึง มาก

3 หมายถึง ปานกลาง

2 หมายถึง น้อย

1 หมายถึง น้อยที่สุด

ซึ่งในการวิเคราะห์ระดับจะมีการใช้เกณฑ์ชั้นของคะแนนเฉลี่ยดังนี้ (ละเอียด ศิลาน้อย และ กันทิมาลย์ จินดาประเสริฐ, 2562)

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.20 – 5.00 = มีความสำคัญมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.40 – 4.19 = มีความสำคัญมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.60 – 3.39 = มีความสำคัญปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.80 – 2.59 = มีความสำคัญน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.79 = มีความสำคัญน้อยที่สุด

### 3.3 วิธีการใช้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีการดำเนินงานในการออกแบบสอบถามและการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

ในขั้นตอนการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Content Validity) ได้นำฉบับร่างของแบบสอบถามไปทดสอบหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือตามเนื้อหา (Content Validity) วัตถุประสงค์และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) กับผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยหรือผู้เกี่ยวข้องกับงานที่วิจัย จำนวน 1 ท่าน (ผศ.ดร.บุริม โอทกานนท์) ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาสาระและมาตรวัดในข้อคำถามให้เกิดความครอบคลุมและครบถ้วนในประเด็นที่ศึกษาวิจัย และนำไปปรับปรุงแก้ไขปรับแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญสำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item-Objective Congruence) คือ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 ถือว่าเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้แต่สำหรับข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดออก (Pallant, 2013)

การกำหนดคะแนนสำหรับพิจารณาคำถามแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญเป็นดังนี้

ให้ +1 คะแนน ถ้าแน่ใจว่าคำถามนี้ สอดคล้องตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

ให้ 0 คะแนน ถ้าไม่แน่ใจว่าคำถามนี้ สอดคล้องตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

ให้ -1 คะแนน ถ้าแน่ใจว่าคำถามนี้ไม่สอดคล้องตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

โดยจากการศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำเสนอผลการทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ได้ระดับคะแนน +1

ในขั้นตอนการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ไปทำการทดลอง (pilot test) กับกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 ชุด เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการตลอดจนมีความเหมาะสมหรือไม่และมีความยากง่ายเพียงใด จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้จากการทดสอบ Pretest มาทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมของทุกคำถาม (Corrected Item Total Correlation) ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับว่าเป็นข้อคำถามที่ดีและคัดเลือกมาเป็นข้อคำถามของแบบสอบถามได้ สรุปค่า Cronbach's Alpha Coefficient ในส่วนต่าง ๆ ของแบบสอบถามของ ความตื่นตัวต่อสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ การรับรู้ว่ามีประโยชน์ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละปัจจัย ดังนี้

จากนั้นทำการปรับปรุงรูปแบบแบบสอบถามอีกครั้งโดยตัดข้อความที่มีความเชื่อมั่นน้อยกว่า 0.7 ออกแล้วนำเสนอผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสมบูรณ์อีกครั้ง เพื่อแก้ไขปรับปรุงจนได้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ จากนั้นนำไปพิมพ์เป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อไปใช้สอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจริงในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.898 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70 ถือว่ายอมรับได้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2014) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบ่งตามรายด้าน มีรายละเอียด ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบ่งตามรายด้าน

ปัจจัย	ค่าความเชื่อมั่น
ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพ	0.851
ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	0.759
ปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์	0.933

ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบ่งตามรายด้าน (ต่อ)

ปัจจัย	ค่าความเชื่อมั่น
ปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม	0.867
ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	0.849
รวม	0.898

### 3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลในแบบสอบถามก่อนเก็บข้อมูลจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ซึ่งมี ขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ นักกำหนดอาหาร จำนวน 420 ชุด หรือมากกว่า
2. นำแบบสอบถามที่ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแล้วออกไปเก็บข้อมูลจริง แล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความสอดคล้องของคำตอบในแบบสอบถามทุกข้อทุกประเด็น
3. ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้ตอบแบบสอบถามจะทำการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง และส่งกลับคืนให้กับผู้นำแบบสอบถามไปให้กรอก
4. ผู้วิจัยจะทำการรับแบบสอบถามกลับคืนเป็นระยะ เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

### 3.5 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมดจำนวน 420 ชุดหรือ มากกว่า เป็นที่เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบข้อมูล (Editing) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและทำการแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก
2. ขั้นตอนการลงรหัส (Coding) ลงตามคู่มือลงรหัสที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า

3. ขั้นตอนการประมวลผลข้อมูล นำข้อมูลที่ลงทะเบียนประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อใช้อธิบายลักษณะพื้นฐานประชากรตัวอย่าง การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และการหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายคุณลักษณะของปัจจัยต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว

3.2 การวิเคราะห์สมมติฐานที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย กลุ่มวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และรายได้ต่อเดือน ที่แตกต่างกันส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้วย F-test และการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

3.3 การวิเคราะห์สมมติฐานที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย กลุ่มวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และรายได้ต่อเดือน ที่แตกต่างกันส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนด้วย F-test และการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

3.4 การวิเคราะห์สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเชิงเดี่ยว Simple Linear Regression Analysis

3.5 การวิเคราะห์สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเชิงเดี่ยว Simple Linear Regression Analysis

3.6 การวิเคราะห์สมมติฐานที่ 5 มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและทัศนคติต่อพฤติกรรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ Correlation Analysis โดยมีการแปลความหมายของค่าสหสัมพันธ์ (r) ของสองตัวแปร มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

0.70 ขึ้นไป คือ ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันสูงมาก

0.50 - 0.69 คือ ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันสูง

0.30 - 0.49 คือ ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันปานกลาง

0.10 - 0.29 คือ ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันต่ำ

0.01 - 0.09 คือ ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

ถ้าค่า  $r$  มีค่าเป็นบวก แสดงว่า ทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทาง

เดียวกัน

$r$  มีค่าเป็นลบ แสดงว่า ทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกัน

ข้าม

3.7 การวิเคราะห์สมมติฐานที่ 6 ปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์ มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นเชิงเดี่ยว Simple Linear Regression Analysis



## บทที่ 4 ผลการวิจัย

### 4.1 ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	116	26.8
หญิง	317	73.2
รวม	433	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 317 คน คิดเป็นร้อยละ 73.2 และเป็นเพศชาย จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
21-30 ปี	62	14.3
31-40 ปี	202	46.7
41-50 ปี	103	23.8
51-60 ปี	59	13.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	7	1.6
รวม	433	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 อายุ

ระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 และมากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6

**ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัยโดยตรง**

การทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกี่ยวข้องโดยตรง	48	11.1
ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง	385	88.9
รวม	433	100.0

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การทำงานไม่เกี่ยวข้องโดยตรงเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย จำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 และการทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

**ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิชาชีพ**

วิชาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์	89	20.6
เภสัชกร	160	37.0
พยาบาล	133	30.6
นักกำหนดอาหาร	51	11.8
รวม	433	100.0

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเภสัชกร จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมาคือ อาชีพพยาบาล จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6 อาชีพแพทย์ จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 และอาชีพนักกำหนดอาหาร จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8



ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เกิน 5 ปี	72	16.6
6-10 ปี	95	21.9
11-15 ปี	112	25.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปีขึ้นไป	154	35.6
รวม	433	100.0

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปีขึ้นไป จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6 รองลงมาคือ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 11-15 ปี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 และระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
20,000-40,000 บาท	104	24.0
40,001-60,000 บาท	151	34.8
60,001-80,000 บาท	44	10.2
80,001-100,000 บาท	57	13.2
มากกว่าหรือเท่ากับ 100,001 บาทขึ้นไป	77	17.8
รวม	433	100.0

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 40,001-60,000 บาท จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 รองลงมาคือรายได้ต่อเดือน 20,000-40,000 บาท จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 รายได้ต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 100,001 บาทขึ้นไป จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 รายได้ต่อเดือน 80,001-100,000 บาท จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2 และรายได้ต่อเดือน 60,001-80,000 บาท จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2

## 4.2 ความตื่นตัวต่อสุขภาพ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตื่นตัวต่อสุขภาพ

ประเด็น	$\bar{X}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. ฉันมีความตื่นตัวเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน	4.00	0.832	มาก
2. ฉันมักจะใส่ใจกับความรู้สึกภายในเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน	3.94	0.844	มาก
3. ฉันมักคิดถึงสุขภาพของฉันอย่างมาก	3.86	0.855	มาก
4. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันตลอดเวลา	2.93	1.042	ปานกลาง
5. ฉันสังเกตเห็นว่าฉันสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายฉันได้ทุกครั้ง	3.55	0.835	มาก
6. ฉันรับผิดชอบต่อสุขภาพของฉัน	3.76	0.874	มาก
7. ฉันคิดว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่คุณพึงปฏิบัติ	4.18	0.817	มาก
8. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น	2.80	1.144	ปานกลาง
9. ฉันคิดว่า ชีวิตที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับฉัน	4.39	0.781	มากที่สุด
10. ฉันคิดว่า สุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับว่าคุณดูแลตัวเองดีแค่ไหน	4.15	0.815	มาก
11. ฉันคิดว่า การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีที่สุดเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับฉัน	4.23	0.793	มากที่สุด
โดยรวม	3.80	0.588	มาก

จากตารางที่ 4.7 กลุ่มตัวอย่างมีความตื่นตัวต่อสุขภาพโดยรวมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความตื่นตัวต่อสุขภาพในประเด็น ฉันคิดว่า ชีวิตที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับฉัน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.39 รองลงมาคือประเด็น ฉันคิดว่า การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีที่สุดเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับฉัน มีค่าเฉลี่ย 4.23 ประเด็น ฉันคิดว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่คุณพึงปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 4.18 ประเด็น ฉันคิดว่า สุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับว่าคุณดูแลตัวเองดีแค่ไหน มีค่าเฉลี่ย 4.15 ประเด็น ฉันมีความตื่นตัวเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน มีค่าเฉลี่ย 4.00 ประเด็น และประเด็น ฉันมักจะใส่ใจกับความรู้สึกภายในเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน มีค่าเฉลี่ย 3.94 ประเด็น ฉันมักคิดถึงสุขภาพของฉันอย่างมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 ประเด็น ฉันรับผิดชอบต่อสุขภาพของฉัน มีค่าเฉลี่ย 3.76 ประเด็น ฉันสังเกตเห็นว่าฉันสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของ

ร่างกายฉันได้ทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.55 ประเด็น ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ย 2.93 และประเด็น ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น มีค่าเฉลี่ย 2.80 ตามลำดับ

### 4.3 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ

ประเด็น	$\bar{X}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. ฉันคิดว่า ทุกคนมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาจากการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารชะลอวัยด้วยคำแนะนำที่เหมาะสม	3.83	0.904	มาก
2. ฉันคิดว่า ทุกคนมีความกังวลต่อปัญหาการบริโภคอาหารชะลอวัยจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม	3.59	0.906	มาก
3. ฉันคิดว่า ทุกคนต้องประสบปัญหาการบริโภคอาหารชะลอวัยจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม	3.65	0.936	มาก
โดยรวม	3.69	0.752	มาก

จากตารางที่ 4.8 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยรวมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.69 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในประเด็น ฉันคิดว่า ทุกคนมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาจากการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารชะลอวัยด้วยคำแนะนำที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.83 รองลงมาคือประเด็น ฉันคิดว่า ทุกคนต้องประสบปัญหาการบริโภคอาหารชะลอวัยจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 3.65 และประเด็น ฉันคิดว่า ทุกคนมีความกังวลต่อปัญหาการบริโภคอาหารชะลอวัยจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 3.59 ตามลำดับ

#### 4.4 การรับรู้ว่ามีประโยชน์

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ว่ามีประโยชน์

ประเด็น	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
1. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ช่วยประหยัดเวลาในการรักษาพยาบาลให้ง่ายขึ้น	3.75	0.939	มาก
2. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าช่วยทำให้ชีวิตดีขึ้น	3.77	0.923	มาก
3. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	3.52	1.036	มาก
4. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าทำให้ผู้มารับบริการมีการดำเนินชีวิตในทุกๆวันได้อย่างมีความสุขที่ดีขึ้น	3.69	0.939	มาก
5. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.65	0.938	มาก
โดยรวม	3.68	0.882	มาก

จากตารางที่ 4.9 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีประโยชน์โดยรวมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.68 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีการรับรู้ว่ามีประโยชน์ในประเด็น ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าช่วยทำให้ชีวิตดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.77 รองลงมาคือประเด็น ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ช่วยประหยัดเวลาในการรักษาพยาบาลให้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ย 3.75 ประเด็น ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าทำให้ผู้มารับบริการมีการดำเนินชีวิตในทุกๆวันได้อย่างมีความสุขที่ดีขึ้น มีค่าเฉลี่ย 3.69 ประเด็น ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.65 และประเด็น ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 3.52 ตามลำดับ

#### 4.5 ทักษะต่อพฤติกรรม

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะต่อพฤติกรรม

ประเด็น	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
1. ฉันคิดว่าคำแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัย เป็นสิ่งที่คุณมา รับบริการควรนำไปปฏิบัติในชีวิต	3.93	0.855	มาก
2. ฉันคิดว่าการบริโภคอาหารชะลอวัย เป็นศาสตร์หนึ่งที่คุณมา รับบริการจะปฏิบัติต่อเมื่อถ้ามีความเข้าใจ	3.94	0.868	มาก
3. ฉันคิดว่าการบริโภคอาหารชะลอวัย จะทำให้ชีวิตของคุณมา รับบริการมีชีวิตที่ดีขึ้น ปลอดภัยจากโรคเรื้อรังในอนาคต	3.91	0.915	มาก
โดยรวม	3.92	0.805	มาก

จากตารางที่ 4.10 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อพฤติกรรมโดยรวมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.92 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีทัศนคติต่อพฤติกรรมในประเด็น ฉันคิดว่าการบริโภคอาหารชะลอวัย เป็นศาสตร์หนึ่งที่คุณมารับบริการจะปฏิบัติต่อเมื่อถ้ามีความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.94 รองลงมาคือประเด็น ฉันคิดว่าคำแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัย เป็นสิ่งที่คุณมารับบริการควรนำไปปฏิบัติในชีวิต มีค่าเฉลี่ย 3.93 และประเด็น ฉันคิดว่าการบริโภคอาหารชะลอวัย จะทำให้ชีวิตของคุณมารับบริการมีชีวิตที่ดีขึ้น ปลอดภัยจากโรคเรื้อรังในอนาคต มีค่าเฉลี่ย 3.91 ตามลำดับ

#### 4.6 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ประเด็น	$\bar{X}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. ฉันมีความมั่นใจว่า คำแนะนำของฉันต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการนำไปปฏิบัติตาม	3.46	0.920	มาก
2. ฉันมีความสามารถให้คำแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการกลับมาใช้มาหาฉันบ่อยขึ้น	3.32	0.943	ปานกลาง
3. ข้อมูลที่ฉันบอกแก่ผู้มารับการบริการส่งผลต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยให้มากขึ้นหรือน้อยลงได้	3.54	0.892	มาก
4. ฉันคิดว่า การให้เวลาที่มากหรือน้อยของฉันต่อการแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการปฏิบัติตามคำแนะนำง่ายขึ้น	3.67	0.899	มาก
โดยรวม	3.50	0.806	มาก

จากตารางที่ 4.11 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมโดยรวมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.50 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในประเด็น ฉันคิดว่า การให้เวลาที่มากหรือน้อยของฉันต่อการแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการปฏิบัติตามคำแนะนำง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.67 รองลงมาคือประเด็น ข้อมูลที่ฉันบอกแก่ผู้มารับการบริการส่งผลต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยให้มากขึ้นหรือน้อยลงได้ มีค่าเฉลี่ย 3.54 ประเด็น ฉันมีความมั่นใจว่า คำแนะนำของฉันต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการนำไปปฏิบัติตาม มีค่าเฉลี่ย 3.46 และประเด็น ฉันมีความสามารถให้คำแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการกลับมาใช้มาหาฉันบ่อยขึ้น มีค่าเฉลี่ย 3.32 ตามลำดับ

#### 4.7 การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ผู้ที่มีปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกันส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ความตื่นตัวต่อสุขภาพ	เพศ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
	ชาย	116	3.90	0.497	2.285	0.023*
	หญิง	317	3.76	0.615		

\*Sig. < 0.05

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ผู้ที่มีเพศแตกต่างกัน ส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีเพศชายจะมีความตื่นตัวต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง

ตารางที่ 4.13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามอายุ

ความตื่นตัวต่อสุขภาพ	อายุ	n	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
	21-30 ปี	62	3.85	0.586	1.343	0.253
	31-40 ปี	202	3.77	0.588		
	41-50 ปี	103	3.77	0.626		
	51-60 ปี	59	3.93	0.486		
	มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	7	3.58	0.744		

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ผู้ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความตื่นตัวต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามการทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย

ความตื่นตัว ต่อสุขภาพ	การทำงานเกี่ยวข้องกับ เวชศาสตร์ชะลอวัย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
	เกี่ยวข้องโดยตรง	48	3.91	0.584	1.339	0.181
	ไม่เกี่ยวข้อง โดยตรง	385	3.79	0.588		

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ผู้ที่มีการทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัยแตกต่างกัน ส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ

ความตื่นตัว ต่อสุขภาพ	กลุ่มวิชาชีพ	n	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
	แพทย์	89	3.86	0.535	1.180	0.317
	เภสัชกร	160	3.82	0.557		
	พยาบาล	133	3.72	0.648		
	นักกำหนดอาหาร	51	3.83	0.603		

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ผู้ที่มีกลุ่มวิชาชีพแตกต่างกันจะมีความตื่นตัวต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ



ตารางที่ 4.16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ความตื่นตัวต่อสุขภาพ	ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	n	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
	ไม่เกิน 5 ปี	72	3.78	0.658	0.431	0.731
	6-10 ปี	95	3.79	0.547		
	11-15 ปี	112	3.76	0.616		
	มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปีขึ้นไป	154	3.84	0.560		

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ผู้ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีความตื่นตัวต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความตื่นตัวต่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

ความตื่นตัวต่อสุขภาพ	รายได้ต่อเดือน	n	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
	20,000-40,000 บาท	104	3.82	0.583	0.409	0.802
	40,001-60,000 บาท	151	3.81	0.597		
	60,001-80,000 บาท	44	3.69	0.574		
	80,001-100,000 บาท	57	3.82	0.556		
	มากกว่าหรือเท่ากับ 100,001 บาทขึ้นไป	77	3.80	0.617		

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันจะมีความตื่นตัวต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.18 สรุปความสัมพันธ์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ	ความตื่นตัวต่อสุขภาพ
เพศ	/
อายุ	X
การทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย	X
กลุ่มวิชาชีพ	X
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	X
รายได้ต่อเดือน	X

หมายเหตุ / หมายถึง ปัจจัยส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพ (แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ)

X หมายถึง ปัจจัยไม่ส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพ (ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ)

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ผู้ที่มีปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ต่างกันส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามเพศ

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	เพศ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
		ชาย	116	3.72	0.803	0.492
	หญิง	317	3.68	0.733		

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ผู้ที่มีเพศแตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามอายุ

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	อายุ	n	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
	21-30 ปี	62	3.98	0.674	3.068	0.016*
	31-40 ปี	202	3.64	0.745		
	41-50 ปี	103	3.61	0.796		
	51-60 ปี	59	3.73	0.734		
	มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	7	3.48	0.604		

\*Sig. < 0.05

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ผู้ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามอายุ

อายุ	อายุ	Mean Difference	Sig.
21-30 ปี	31-40 ปี	0.34318*	0.002
	41-50 ปี	0.36684*	0.002
	51-60 ปี	0.24968	0.066
	มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	0.50230	0.091
31-40 ปี	21-30 ปี	-0.34318*	0.002
	41-50 ปี	0.02366	0.793
	51-60 ปี	-0.09350	0.397
	มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	0.15912	0.579
41-50 ปี	21-30 ปี	-0.36684*	0.002
	31-40 ปี	-0.02366	0.793
	51-60 ปี	-0.11716	0.336
	มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	0.13546	0.642

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามอายุ (ต่อ)

	อายุ	Mean Difference	Sig.
51-60 ปี	21-30 ปี	-0.24968	0.066
	31-40 ปี	0.09350	0.397
	41-50 ปี	0.11716	0.336
	มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	0.25262	0.397
มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	21-30 ปี	-0.50230	0.091
	31-40 ปี	-0.15912	0.579
	41-50 ปี	-0.13546	0.642
	51-60 ปี	-0.25262	0.397

\*Sig. < 0.05

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ผู้ที่มีอายุ 21-30 ปี จะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามการทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	การทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
สุขภาพ	เกี่ยวข้องโดยตรง	48	3.81	0.680	1.140	0.255
	ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง	385	3.67	0.760		

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ผู้ที่มีการทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัยแตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	กลุ่มวิชาชีพ	n	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
	แพทย์	89	3.65	0.798	0.443	0.723
	เภสัชกร	160	3.66	0.764		
	พยาบาล	133	3.74	0.734		
	นักกำหนดอาหาร	51	3.73	0.683		

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ผู้ที่มีกลุ่มวิชาชีพแตกต่างกันจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.24 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	n	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
	ไม่เกิน 5 ปี	72	3.67	0.860	0.533	0.660
	6-10 ปี	95	3.76	0.728		
	11-15 ปี	112	3.63	0.694		
	มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปีขึ้นไป	154	3.70	0.755		

จากตารางที่ 4.24 พบว่า ผู้ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานแตกต่างกันจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.25 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

การรับรู้	รายได้ต่อเดือน	n	$\bar{X}$	S.D.	F	Sig.
ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	20,000-40,000 บาท	104	3.85	0.721	2.054	0.086
	40,001-60,000 บาท	151	3.67	0.733		
	60,001-80,000 บาท	44	3.51	0.742		
	80,001-100,000 บาท	57	3.68	0.903		
	มากกว่าหรือเท่ากับ 100,001 บาทขึ้นไป	77	3.61	0.688		

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4.26 สรุปความสัมพันธ์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ	การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ
เพศ	X
อายุ	/
การทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย	X
กลุ่มวิชาชีพ	X
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	X
รายได้ต่อเดือน	X

หมายเหตุ / หมายถึง ปัจจัยส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ)

X หมายถึง ปัจจัยไม่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ)

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์

ตารางที่ 4.27 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.404 <sup>a</sup>	0.163	0.161	0.808

a. Predictors: (Constant), ความตื่นตัวต่อสุขภาพ

b. Dependent Variable: การรับรู้ว่ามีประโยชน์

จากตารางที่ 4.27 สามารถวิเคราะห์ความสามารถในการอธิบายของปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพ ได้จากค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) ที่แสดงค่า 0.161 หมายความว่า ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ได้ร้อยละ 16.1

ตารางที่ 4.28 ผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	54.847	1	54.847	84.029	0.000 <sup>b</sup>
	Residual	281.318	431	0.653		
	Total	336.165	432			

a. Dependent Variable: การรับรู้ว่ามีประโยชน์

b. Predictors: (Constant), ความตื่นตัวต่อสุขภาพ

จากตารางที่ 4.28 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิเคราะห์ได้จากค่า Sig. ที่มีค่าเท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.29 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Analysis) ของปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.373	0.254		5.402	0.000
	ความตื่นตัวต่อสุขภาพ	0.606	0.066	0.404	9.167	0.000

a. Dependent Variable: การรับรู้ว่ามีประโยชน์

จากตารางที่ 4.29 ผลการวิเคราะห์ระบุว่า ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากค่า Sig. มีค่าน้อยกว่า 0.05

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\text{การรับรู้ว่ามีประโยชน์} = 1.373 + 0.606(\text{ความตื่นตัวต่อสุขภาพ})$$

จากสมการแสดงว่า ผู้ที่มีความตื่นตัวต่อสุขภาพสูง จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ว่ามีประโยชน์สูง หรือผู้ที่มีความตื่นตัวต่อสุขภาพต่ำ จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่ำ

สมมติฐานการวิจัยที่ 4 ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์

ตารางที่ 4.30 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.419 <sup>a</sup>	0.175	0.174	0.802

a. Predictors: (Constant), การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ

b. Dependent Variable: การรับรู้ว่ามีประโยชน์



จากตารางที่ 4.30 สามารถวิเคราะห์ความสามารถในการอธิบายของปัจจัยด้านการรับรู้ ความเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้จากค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) ที่แสดง ค่า 0.174 หมายความว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ ได้ร้อยละ 17.4

**ตารางที่ 4.31 ผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์**

**ANOVA<sup>a</sup>**

	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	58.985	1	58.985	91.718	0.000 <sup>b</sup>
	Residual	277.180	431	0.643		
	Total	336.165	432			

a. Dependent Variable: การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ

b. Predictors: (Constant), ความตื่นตัวต่อสุขภาพ

จากตารางที่ 4.31 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิเคราะห์ได้จากค่า Sig. ที่มีค่าเท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**ตารางที่ 4.32 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Analysis) ของปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.863	0.193		9.641	0.000
	การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	0.492	0.051	0.419	9.577	0.000

a. Dependent Variable: การรับรู้ว่ามีประโยชน์

จากตารางที่ 4.32 ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากค่า Sig. มีค่าน้อยกว่า 0.05

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

การรับรู้ว่ามีประโยชน์ =  $1.863 + 0.492(\text{การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ})$

จากสมการแสดงว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพสูง จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ว่ามีประโยชน์สูง หรือผู้ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำ จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่ำ

สมมติฐานการวิจัยที่ 5 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรม

ตารางที่ 4.33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับทัศนคติต่อพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม	ทัศนคติต่อพฤติกรรม	
	r	Sig.
	0.643**	0.000

\*\*Sig. < 0.01

จากตารางที่ 4.33 พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญ โดยเป็นความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมาก จะมีทัศนคติต่อพฤติกรรมเห็นด้วยมาก และผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมน้อย จะมีทัศนคติต่อพฤติกรรมเห็นด้วยน้อย ทั้งนี้ความสัมพันธ์ดังกล่าวอยู่ในระดับสูง

สมมติฐานการวิจัยที่ 6 ปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม

ตารางที่ 4.34 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.786 <sup>a</sup>	0.617	0.616	0.499

a. Predictors: (Constant), การรับรู้ว่ามีประโยชน์

b. Dependent Variable: ทัศนคติต่อพฤติกรรม

จากตารางที่ 4.34 สามารถวิเคราะห์ความสามารถในการอธิบายของปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์ ได้จากค่าประสิทธิภาพในการทำงานที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) ที่แสดงค่า 0.616 หมายความว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรมถึงร้อยละ 61.6

ตารางที่ 4.35 ผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	172.904	1	172.904	694.526	0.000 <sup>b</sup>
Residual	107.298	431	0.249		
Total	280.202	432			

a. Dependent Variable: ทัศนคติต่อพฤติกรรม

b. Predictors: (Constant), การรับรู้ว่ามีประโยชน์

จากตารางที่ 4.35 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิเคราะห์ได้จากค่า Sig. ที่มีค่าเท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.36 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Analysis) ของปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.288	0.103		12.521	0.000
	การรับรู้ว่ามีประโยชน์	0.717	0.027	0.786	26.354	0.000

a. Dependent Variable: ทัศนคติต่อพฤติกรรม

จากตารางที่ 4.36 ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากค่า Sig. มีค่าน้อยกว่า 0.05

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\text{ทัศนคติต่อพฤติกรรม} = 1.288 + 0.717(\text{การรับรู้ว่ามีประโยชน์})$$

จากสมการแสดงว่า ผู้ที่มีการรับรู้ว่ามีประโยชน์สูง จะเป็นผู้ที่มีทัศนคติต่อพฤติกรรมสูง หรือผู้ที่มีการรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่ำ จะเป็นผู้ที่มีทัศนคติต่อพฤติกรรมต่ำ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และ ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาในประเทศไทย โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในลักษณะการวิจัยเชิงสำรวจออนไลน์ (Online Survey) ใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนเป็นแกนหลัก และผสมผสานกับหลักการของแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพและแบบแผนการยอมรับเทคโนโลยี โดยมีแนวคิดที่ใช้ในการகுทัศนคติ ดังนี้ ความตื่นตัวของสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ การรับรู้ว่ามีประโยชน์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และทัศนคติต่อพฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้มีการวิเคราะห์เรื่องปัจจัยร่วมเพื่อคุณลักษณะของประชากรศาสตร์ของบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย มีการกำหนดสมมติฐานทั้งหมด 6 สมมติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารชะลอวัย คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ นักกำหนดอาหาร มีผู้ตอบแบบสอบถามทางออนไลน์กลับมา 433 คน ซึ่งในแบบสอบถามมีทั้งหมด 26 ข้อ ที่ไม่ใช่ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น ข้อคำถามด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพ 11 ข้อ ซึ่งประยุกต์จากงานวิจัยของฮง (Hong, 2009) การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ 3 ข้อ ประยุกต์จากซาฮราบานีและคณะ (Shahrabani, Benzion, Rosenboim, & Shavit, 2012) การรับรู้ว่ามีประโยชน์ 5 ข้อ ประยุกต์จากโรเนียร์และคณะ (Rauniar, Rawski, Yang, & Johnson, 2014) ทัศนคติต่อพฤติกรรม 3 ข้อ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม 4 ข้อ ประยุกต์จากเอจเซน (Ajzen & processes, 1991) นำข้อมูลมารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยผลการศึกษาเป็นดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 73.2% โดยช่วงอายุที่ทำการตอบแบบสอบถามสูงสุดที่ช่วงอายุ 31-40 ปี อยู่ที่ 46.7% บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมในการตอบแบบสอบถามเป็นเภสัชกร 37.0% และภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้ทำงานสายตรงที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ชะลอวัยถึง 88.9% ระยะเวลาการปฏิบัติงานในวิชาชีพปัจจุบันอยู่ที่มากกว่าหรือ

เท่ากับ 16 ปีขึ้นไป เท่ากับ 35.6% และช่วงรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ที่ช่วง 40,001-60,000 บาท ที่ 34.8%

### 5.1.2 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 5.1 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ใช้ในการวิจัย	ผลการทดสอบสมมติฐาน
สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยร่วมในส่วนข้อมูลบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน	พบว่าไม่มีเพียงแค่เพศเท่านั้นที่ส่งผลต่อความแตกต่างในการตื่นตัวต่อสุขภาพ โดยเพศชายมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ที่ค่า t-test 0.023 sig. 0.000
สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยร่วมในส่วนข้อมูลบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน	พบว่าอายุเป็นปัจจัยร่วมเพียงปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยช่วงอายุ 21-30 ปี มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าช่วงอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี ที่ค่า F test 0.016 sig. 0.000
สมมติฐานที่ 3 ความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์	ความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลไปในทิศทางเดียวกันกับการรับรู้ว่ามีประโยชน์ ที่ค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) ที่แสดงค่า 0.161 หมายความว่า ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ได้ร้อยละ 16.1
สมมติฐานที่ 4 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์	การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลไปในทิศทางเดียวกันกับการรับรู้ว่ามีประโยชน์ ที่ค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) ที่แสดงค่า 0.174 หมายความว่า ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมี

ตารางที่ 5.1 ผลการทดสอบสมมติฐาน (ต่อ)

สมมติฐานที่ใช้ในการวิจัย	ผลการทดสอบสมมติฐาน
	อิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ได้ร้อยละ 17.4
สมมติฐานที่ 5 ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและทัศนคติต่อพฤติกรรม	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับทัศนคติต่อพฤติกรรม อยู่ในระดับสูง ที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.643 sig. 0.000
สมมติฐานที่ 6 การรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม	การรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลไปในทิศทางเดียวกันกับทัศนคติต่อพฤติกรรม ที่ค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) ที่แสดงค่า 0.616 หมายความว่า ปัจจัยด้านความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ได้ร้อยละ 61.6

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยร่วมทางด้านประชากรศาสตร์ส่งผลให้มีความตื่นตัวที่แตกต่างกัน จากผลการทดสอบพบว่า ปัจจัยร่วมที่น่ามาวิเคราะห์ คือ เพศ อายุ การทำงานมีความเกี่ยวข้องกับศาสตร์ชะลอวัย, สาขาวิชาชีพ, ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ภูมิหลังความรู้เรื่องโรค) และช่วงรายได้ต่อเดือน (เศรษฐกิจ) พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ellison, Lusk และ Davis (2013) ที่แสดงผลว่าเพศจะส่งผลต่อการรับรู้ความตื่นตัวต่อสุขภาพที่แตกต่างกันในด้านการอ่านฉลากแคลอรี ซึ่งจากการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์เพศชายจะใส่ใจและตรวจสอบสุขภาพของตัวเองว่ามีการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ หรือมีสิ่งผิดปกติในร่างกายมากขึ้นเพียงใดมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์เพศหญิง อีกทั้งผลการศึกษาของ Diamantopoulos, Schlegelmilch, Sinkovics and Bohlen (2003) ได้พิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมศาสตร์และประชากรศาสตร์ กับตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อม ก็พบว่าปัจจัยร่วมทั้งสามสามารถเหนี่ยวนำให้มีการตื่นตัวต่อสุขภาพที่แตกต่างกันได้ ในด้านแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ ที่มีการใช้ปัจจัยร่วมเข้ามามีส่วนในทฤษฎี ถึงแม้ว่าปัจจัยร่วมจะไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ซึ่ง Becker และ Maiman (1974) ได้นำปัจจัยร่วมเข้ามาเป็นองค์ประกอบในการศึกษาเพื่อเป็นพื้นฐานในการดูพฤติกรรมที่แตกต่างกัน การที่เพศมีผลก่อให้เกิดการสังเกตของร่างกายที่

แตกต่างกันอาจเกี่ยวเนื่องจากพฤติกรรมในช่วงเวลาหนึ่งที่เพศชายเริ่มมีความใส่ใจสุขภาพที่มากขึ้น จากเทรนการดูแลสุขภาพของเพศชายที่เพิ่มมากขึ้น

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยร่วมทางด้านประชากรศาสตร์ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงสุขภาพที่แตกต่างกัน

จากผลการทดสอบด้านประชากรศาสตร์เช่นเดียวกับสมมติฐานที่ 1 พบว่าช่วงอายุ 21-30 ปี ของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ยุคใหม่ มีการกังวลในเรื่องการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง หรือ ข้อมูลมีการเบี่ยงเบนออกไปจากความจริงจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในด้านการบริโภคอาหารชะลอวัย มากกว่าช่วงอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี ซึ่งให้ผลที่แตกต่างจากการศึกษาของ Weech-Maldonado, Miller และ Lord (2017) ที่ดูเรื่องความสุขพบว่าอายุไม่ได้มีผลต่อความสุขที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดลง จึงเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ ที่ว่า ปัจจัยร่วม ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ เป็นเพียงแค่แนวทางพื้นฐานเท่านั้น ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดความแตกต่างหรือไม่แตกต่างก็ได้ ดังนั้นควรต้องมีการวิเคราะห์ถึงโครงสร้างที่ใช้วัด ว่าเป็นการวัดทางด้านใด ซึ่งการศึกษาในเรื่องการให้คำแนะนำในเรื่องอาหารชะลอวัย ยังเป็นเรื่องที่ใหม่ในประเทศไทย จึงอาจส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ที่อายุน้อยต้องการข้อมูลที่มากขึ้นในเรื่องของข้อมูลการบริโภคอาหารชะลอวัยผ่านทางฉลากโภชนาการ หรือ สื่อทางออนไลน์ มากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมีช่วงอายุที่มากกว่า

สมมติฐานที่ 3 ความตื่นตัวต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์

พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง ตื่นตัวต่อสุขภาพ คอยใส่ใจสุขภาพอยู่ตลอดเวลา จะให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าจะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยประหยัดเวลาในการรักษาโรค ถ้าเกิดมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับร่างกาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการใส่ใจต่อสุขภาพอยู่ตลอดเวลา ต้องการสิ่งที่ดีมีประโยชน์ในการดูแลร่างกายร่วมด้วย ซึ่งศาสตร์ของอาหารชะลอวัยได้มีการบรรจุอยู่ในการดูแลรักษาเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการอาหารเสริมที่ได้มาจากอาหารชะลอวัยที่สกัดออกมาให้เข้มข้นขึ้น (Salter, Wiseman, & Tucker, 2012) จะเห็นได้ว่าหลักการของอนุมูลอิสระ ยังคงสามารถนำมาอธิบายกับการทานอาหารชะลอวัยได้ ทำให้อิทธิพลเป็นไปในทิศทางเดียวกันที่ว่าถ้าต้องการสุขภาพดี การทานอาหารชะลอวัยที่มีฤทธิ์ลดการเกิดอนุมูลอิสระ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนในอนาคตได้ การศึกษาได้สอดคล้องกับ Moslehpour, Pham, Wong และ Bilgiçli (2018) ได้ใช้ความตื่นตัวในการอธิบายการรับรู้ว่ามีประโยชน์ การรับรู้ต่อการใช้งานง่าย และประสบการณ์ในการเปิดใจอันนำไปสู่ความตั้งใจ



ซื้อสินค้าออนไลน์ และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความตื่นตัวส่งผลเชิงบวกต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ การรับรู้ต่อการใช้งานง่าย และประสบการณ์ในการเปิดใจ

#### สมมติฐานที่ 4 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์

พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่รับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพมาก ต้องการข้อมูลปริมาณมากก่อนทานอาหารชะลอวัย จะมีความใส่ใจว่าการทานอาหารชะลอวัยจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกายมาก ช่วยชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนในอนาคตที่มากขึ้น เนื่องจากการได้รับข้อมูลที่มากขึ้นไม่ว่าจะผ่านทาง ฉลากโภชนาการ หรือ วารสารทางการแพทย์ จะช่วยทำให้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นว่าการทานอาหารชะลอวัยจะเป็นประโยชน์ เพราะวารสารทางการแพทย์จะมีข้อมูลทางวิชาการ การทดลอง การวิจัย ในมนุษย์ ช่วยสนับสนุนความมั่นใจให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจได้ผลที่ตรงข้ามกับการศึกษาของ Li และ Huang (2009) ที่ดูความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปรระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ว่ามีประโยชน์ การใช้งานง่าย พฤติกรรมการตั้งใจซื้อ และการซื้อของออนไลน์ ในบริบทของประเทศไต้หวัน ที่ได้ผลอิทธิพลไปในทางลบของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ เนื่องจากบริบทของการศึกษาเป็นผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกัน และการดูเรื่องอาหารชะลอวัยในบุคลากรทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องที่ใหม่มาก ส่วนใหญ่จะเป็นการตอบรับและเห็นด้วยกับอาหารเสริมมากกว่า

#### สมมติฐานที่ 5 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและทัศนคติต่อพฤติกรรม

ยิ่งบุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมั่นในเรื่องของการให้คำแนะนำในเรื่องการบริโภคอาหารชะลอวัยมากจะสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าควรบริโภคทุกวันอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง และมีเวลาในการให้คำแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัยที่นานขึ้นกับผู้มารับบริการ จะมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ที่จะส่งผลให้ผู้มารับบริการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันทุกวัน ดังนั้นการที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญในเรื่องของการเข้าฝึกอบรมหลักสูตรการสื่อสารต่อผู้มาขอรับบริการ จะช่วยทำให้มีความมั่นใจ และมีทักษะในการสื่อสารที่ดีขึ้นก็จะส่งผลให้ผู้มารับบริการนำหลักการคำสอนไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Henle, Reeve and Pitts (2010) แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรไว้ว่าทัศนคติของกลุ่มที่ได้ศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Kim, Ham, Yang และ Choi (2013) ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่องของบทบาทของทัศนคติบรรทัดฐานแบบอัตนัยและการรับรู้

พฤติกรรม ควบคุมการสร้างความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของผู้บริโภคในการอ่านฉลากเมนูใน  
อุตสาหกรรมร้านอาหารจากผู้บริโภคที่มีประสบการณ์ ก็ส่งผลในความสัมพันธ์ทิศทางไปในทาง  
เดียวกันเช่นกันระหว่าง การควบคุมพฤติกรรมและทัศนคติต่อพฤติกรรม

สมมติฐานที่ 6 การรับรู้ว่ามีประโยชน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม

บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคิดเห็นว่าการบริโภคอาหารชะลอวัยมีประโยชน์ ช่วยลด  
ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค จะส่งผลต่อผู้มารับบริการให้รับรู้ว่าการบริโภคอาหารชะลอวัยควร  
นำไปใช้กับชีวิตประจำวันของตัวเองเช่นกัน ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความมั่นใจในเรื่อง  
ของศาสตร์การทานอาหารชะลอวัยจะมีอิทธิพลทำให้ผู้มารับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ได้ เช่นเดียวกับ ปิยพัชร์ สุดาวรรณ และกำพล (2562) ได้ทำการศึกษาถึงอิทธิพลของการรับรู้  
ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้การใช้งานง่าย และทัศนคติที่มีต่อการยอมรับเทคโนโลยีเซลล์  
ต้นกำเนิดในศาสตร์ชะลอวัย ผลการศึกษาว่าทัศนคติของผู้ที่เข้ารับการรักษาเพื่อชะลอวัยขึ้นอยู่กับ  
การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยส่งผลเชิงบวกและลบ  
ตามลำดับ

### 5.3 ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการกระจายแบบสอบถามผ่านทางช่องทางออนไลน์โดยใช้สื่อ  
สังคมออนไลน์ผ่านทางเฟสบุ๊กและไลน์เป็นหลัก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาตอบแบบสอบถามจะเป็น  
กลุ่มสังคมที่ผู้ทำการวิจัยรู้จัก และใช้การหลักการเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) ซึ่ง  
อาจจะไม่ครอบคลุมแบบสุ่มที่แท้จริง และกลุ่มตัวอย่างที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้มาขอรับบริการ  
ด้านอาหารชะลอวัย อาจไม่ได้สุ่มเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ทำการวิจัยจะมีกลุ่มสังคมทางเภสัชกรที่  
มากกว่า

2. ข้อมูลที่นำมาทำการวิจัยเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย ดังนั้น ทัศนคติ และ  
ผลกระทบจากปัจจัยร่วมไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในหรือปัจจัยภายนอก อาจมีการเปลี่ยนแปลงตาม  
กาลเวลา ดังนั้นการนำข้อมูลไปใช้ความมีการไต่ตรงก่อนนำไปประยุกต์ใช้

### 5.4 ข้อเสนอแนะ

1. การดูทัศนคติต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารชะลอวัย ยังคงเป็น indirect analysis ทำให้ไม่สามารถสรุปผลตัวแปรต้นอื่นๆว่ามีอิทธิพลมากน้อยเพียงใด ดังนั้นการทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regressions) จะช่วยทำให้เห็นตัวแปรอิสระใดมีอิทธิพลมากที่สุดต่อทัศนคติต่อพฤติกรรม
2. การศึกษาครั้งนี้วัดแต่ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ดังนั้นการศึกษาครั้งหน้าควรมีการทำเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป ในสถานะคำถามเดียวกัน เพื่อจะได้รับรู้ถึงความต่างของทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ว่ามีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไปอย่างไร ในแง่การบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษา
3. ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อดูข้อมูลเชิงลึกว่ามีปัจจัยอื่นใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษา



## บรรณานุกรม

- กฤษณชาติ รื่นรมย์. (2551). การวิจัยตลาด (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ละเอียด ศิลาน้อย และ กันท์นิมาลย์ จินดาประเสริฐ. (2562). การใช้มาตรฐานค่าในการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ การโรงแรม และการท่องเที่ยว. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 8(15), 112-127
- เกวรินทร์ ละเอียดคตินันท์. (2557). การยอมรับเทคโนโลยีและพฤติกรรมผู้บริโภคออนไลน์ที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- เดือนเพ็ญ แบล้ว. (2559). ทักษะคิด ความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) กับภาพลักษณ์ขององค์การเครือซีเมนต์ไทย (SCG) ที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์และบริการของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยสยาม.
- ปิยพัชร์ ภูศิริ, สุดาวรรณ สมใจ และกมล ศรีวัฒนกุล. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้การใช้งานง่าย และทักษะคิดที่มีผลต่อการยอมรับของผู้บริโภคในการนำเทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิดมาใช้ในศาสตร์ชะลอวัย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 24(3), 57-73
- ภูชงค์ ตั้งนรกุล. (2559). ผลกระทบความใส่ใจสุขภาพต่อความตั้งใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชากรในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2562). รายงานทรัพยากรสาธารณสุข: จำนวนบุคลากรทาง การแพทย์ ราชอาณาจักร ปี พ.ศ. 2547 - 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. เรียกใช้เมื่อ 2 สิงหาคม 2562 จาก รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข:  
[http://social.nesdc.go.th/SocialStat/StatSubDefault\\_Final.aspx?catid=1](http://social.nesdc.go.th/SocialStat/StatSubDefault_Final.aspx?catid=1)
- ศิริรัตน์ ออมประเสริฐชัย. (2555). ทักษะคิด ความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการซื้อซ้ำสำหรับรถยนต์นั่งประหยัดพลังงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In Action control (pp. 11-39). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2012). Martin Fishbein's legacy: The reasoned action approach. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 640(1), 11-27.
- Ajzen, I. (2015). The theory of planned behaviour is alive and well, and not ready to retire: a commentary on Sniehotta, Pesseau, and Araújo-Soares. *Health psychology review*, 9(2), 131-137.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, 10-24.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social behavior*, 348-366.
- Beecher, G. R. J. N. R. (1999). Phytonutrients' role in metabolism: effects on resistance to degenerative processes. 57(9), 3-6.
- Bergmann, B. M., Gilliland, M. A., Feng, P. F., Russell, D. R., Shaw, P., Wright, M., ... & Alverdy, J. C. (1996). Are physiological effects of sleep deprivation in the rat mediated by bacterial invasion?. *Sleep*, 19(7), 554-562.
- Chen, I., Cook, S. W., & Harding, J. (1948). The field of action research. *American Psychologist*, 3(2), 43.
- Chen, M. F., & Lin, N. P. (2018). Incorporation of health consciousness into the technology readiness and acceptance model to predict app download and usage intentions. *Internet Research*.
- Choi, J.-H., Oh, S.-K. J. K. J. o. F. S., & Technology. (1985). Studies on the anti-aging action of Korean ginseng. 17(6), 506-515.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Chung, H. Y., Sung, B., Jung, K. J., Zou, Y., Yu, B. P. J. A., & signaling, r. (2006). The molecular inflammatory process in aging. *8*(3-4), 572-581.
- Crowley, J., Ball, L., Han, D. Y., McGill, A.-T., Arroll, B., Leveritt, M., & Wall, C. J. J. o. P. H. C. (2015). Doctors' attitudes and confidence towards providing nutrition care in practice: comparison of new Zealand medical students, general practice registrars and general practitioners. *7*(3), 244-250.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS quarterly*, 319-340.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models. *Management science*, *35*(8), 982-1003.
- Diamantopoulos, A., Schlegelmilch, B. B., Sinkovics, R. R., & Bohlen, G. M. (2003). Can socio-demographics still play a role in profiling green consumers? A review of the evidence and an empirical investigation. *Journal of Business research*, *56*(6), 465-480.
- Doob, L. W. (1947). The behavior of attitudes. *Psychological review*, *54*(3), 135.
- Ellison, B., Lusk, J. L., & Davis, D. (2013). Looking at the label and beyond: the effects of calorie labels, health consciousness, and demographics on caloric intake in restaurants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10*(1), 21.
- Espinosa, A., & Kadić -Maglajić , S. (2018). The Mediating role of health consciousness in the relation between emotional intelligence and health behaviors. *Frontiers in psychology*, *9*, 2161.
- Fitti, J. E., & Kovar, M. G. (1987). The supplement on aging to the 1984 National Health Interview Survey.
- Goldberg, I. (2012). *Functional foods: designer foods, pharmafoods, nutraceuticals*: Springer Science & Business Media.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Gould, S.J. (1988) Consumer attitudes toward health and health care: a differential perspective. *Journal of Consumer Affairs*, 22, 96–118.
- Guritno, S., & Siringoringo, H. (2013). Perceived usefulness, ease of use, and attitude towards online shopping usefulness towards online airlines ticket purchase. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 81, 212-216.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis*. Essex: Pearson Education Limite
- Havighurst, R. J. J. P. o. a. S., & perspectives, p. (1963). *Successful aging*. 1, 299-320.
- Henle, C. A., Reeve, C. L., & Pitts, V. E. (2010). Stealing time at work: Attitudes, social pressure, and perceived control as predictors of time theft. *Journal of Business Ethics*, 94(1), 53-67.
- Hong, H. (2009). Scale development for measuring health consciousness: Re-conceptualization. *that Matters to the Practice*, 212
- Hovland, C. I., & Weiss, W. (1953). Transmission of information concerning concepts through positive and negative instances. *Journal of Experimental Psychology*, 45(3), 175.
- Hsu, S. Y., Chang, C. C., & Lin, T. T. (2016). An analysis of purchase intentions toward organic food on health consciousness and food safety with/under structural equation modeling. *British Food Journal*.
- Indarsin, T., & Ali, H. (2017). Attitude toward Using m-Commerce: The Analysis of Perceived Usefulness Perceived Ease of Use, and Perceived Trust: Case Study in Ikens Wholesale Trade, Jakarta Indonesia. *Saudi Journal of Business and Management Studies*, 2(11), 995-1007.
- Jayanti, R. K., & Burns, A. C. (1998). The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study. *Journal of the academy of marketing science*, 26(1), 6-15.
- Kaptan, B., Kayisoglu, S. J. A. J. o. F. S., & Research, N. (2015). Consumers' attitude towards food additives. 2(2), 21-25.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kesavulu, M., Kameswararao, B., Apparao, C., Kumar, E., Harinarayan, C. J. D., & Metabolism. (2002). Effect of omega3 fatty acids on lipid peroxidation and antioxidant enzyme status in type 2 diabetic patients. 28(1), 20-26.
- Kim, E., Ham, S., Yang, I. S., & Choi, J. G. (2013). The roles of attitude, subjective norm, and perceived behavioral control in the formation of consumers' behavioral intentions to read menu labels in the restaurant industry. *International Journal of Hospitality Management*, 35, 203-213.
- Kraft, F.B. & Goodell, P.W. (1993) Identifying the health conscious consumer. *Journal of Health Care Marketing*, 13, 18-25.
- Krech, D., Crutchfield, R. S., & Ballachey, E. L. (1962). *Individual in society: A textbook of social psychology*.
- Lester, G. E., & Crosby, K. M. J. J. o. t. A. S. f. H. S. (2002). Ascorbic acid, folic acid, and potassium content in postharvest green-flesh honeydew muskmelons: Influence of cultivar, fruit size, soil type, and year. 127(5), 843-847.
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. J. C. (2013). The hallmarks of aging. 153(6), 1194-1217.
- Li, Y. H., & Huang, J. W. (2009). Applying theory of perceived risk and technology acceptance model in the online shopping channel. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 53(1), 919-925.
- Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and social psychology Bulletin*, 18(1), 3-9.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353.
- Markosyan, A., Wahl, T. I., & McCluskey, J. J. (2007). Functional foods in the marketplace: Willingness to pay for apples enriched with antioxidants. Retrieved from



## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Masoro, E., Yu, B., & Bertrand, H. J. P. o. t. N. A. o. S. (1982). Action of food restriction in delaying the aging process. 79(13), 4239-4241.
- Masoro, E. J. J. E. g. (2000). Caloric restriction and aging: an update. 35(3), 299-305.
- Mastaloudis, A., & Wood, S. M. J. A. o. t. N. Y. A. o. S. (2012). Age- related changes in cellular protection, purification, and inflammation- related gene expression: role of dietary phytonutrients. 1259(1), 112-120.
- Mohd Noor, N. A., Yap, S. F., Liew, K. H., & Rajah, E. (2014). Consumer attitudes toward dietary supplements consumption. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 8(1), 6-26
- Moslehpour, M., Pham, V. K., Wong, W. K., & Bilgiçli, İ . (2018). E-purchase intention of Taiwanese consumers: Sustainable mediation of perceived usefulness and perceived ease of use. *Sustainability*, 10(1), 234.
- Newsom, J.T., McFarland, B.H., Kaplan, M.S., Huguet, N. & Zani, B. (2005) The health consciousness myth: implications of the near independence of major health behaviours in the North American population. *Social Science and Medicine*, 60, 433–437.
- Park, S., & Tussyadiah, I. P. (2017). Multidimensional facets of perceived risk in mobile travel booking. *Journal of Travel Research*, 56(7), 854-867.
- Phipps, D. J., Hagger, M. S., & Hamilton, K. (2020). Predicting limiting ‘free sugar’ consumption using an integrated model of health behavior. *Appetite*, 104668.
- Plank, R.E. & Gould, S.J. (1990) Health consciousness, scientific orientation and wellness; an examination of the determinants of wellness attitudes and behaviours. *Health Marketing Quarterly*, 7, 65–83.
- Rauniar, R., Rawski, G., Yang, J., & Johnson, B. J. J. o. E. I. M. (2014). Technology acceptance model (TAM) and social media usage: an empirical study on Facebook
- Rojas-Méndez, J. I., Le Nestour, M., & Rod, M. J. J. o. F. P. M. (2015). Understanding attitude and behavior of Canadian consumers toward organic wine. 21(4), 375-396.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Roth, G. S., Ingram, D. K., & Lane, M. A. J. A. o. t. N. Y. A. o. S. (2001). Caloric restriction in primates and relevance to humans. 928(1), 305-315
- Salter, A., Wiseman, H., & Tucker, G. (2012). Phytonutrients: John Wiley & Sons
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. (1994). Consumer Behavior, The Wheetley Company.
- Schiffman, L. G., Sherman, E., & Long, M. M. (2003). Toward a better understanding of the interplay of personal values and the Internet. *Psychology & Marketing*, 20(2), 169-186.
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of personality and social psychology*, 49(3), 843.
- Shah, F. A., & Tandon, V. Consciousness of Online Shopping Consumer Buying Behaviour: An Exploratory Study of Indian Consumer.
- Shahrabani, S., Benzion, U., Rosenboim, M., & Shavit, T. (2012). Does moving from war zone change emotions and risk perceptions? A field study of Israeli students. *Judgment & Decision Making*, 7(5)
- Sherif, M. (1956). Experiments in group conflict. *Scientific American*, 195(5), 54-59.
- Singh, S., & Mishra, S. J. I. J. N. H. S. (2013). Aging and nutrition: A review article. 1(4), 43-47.
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 113, 117.
- Wen, L. Y. M., & Li, S. H. (2013). A STUDY ON THE RELATIONSHIP AMIDST HEALTH CONSCIOUSNESS, ECOLOGICAL AFFECT, AND PURCHASE INTENTION OF GREEN PRODUCTION. *International Journal of Organizational Innovation*, 5(4).
- Wilkie, W. L., & Pessemier, E. A. (1973). Issues in marketing's use of multi-attribute attitude models. *Journal of Marketing research*, 10(4), 428-441.
- Žeželj, I., Milošević, J., Stojanović, Ž., & Ognjanov, G. J. A. (2012). The motivational and informational basis of attitudes toward foods with health claims. 59(3), 960-967.



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## รายการตัววัดในแบบสอบถาม

ปัจจัย	รายการตัววัด
ความตื่นตัวต่อสุขภาพ (Health Consciousness: HC)	HC1: ฉันมีความตื่นตัวเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน
	HC2: ฉันมักจะใส่ใจกับความรู้สึกร่างกายในเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน
	HC3: ฉันมักคิดถึงสุขภาพของฉันอย่างมาก
	HC4: ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันตลอดเวลา
	HC5: ฉันสังเกตเห็นว่าฉันสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายฉันได้ทุกครั้ง
	HC6: ฉันรับผิดชอบต่อสุขภาพของฉัน
	HC7: ฉันคิดว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ฉันพึงปฏิบัติ
	HC8: ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น
	HC9: ฉันคิดว่า ชีวิตที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับฉัน
	HC10: ฉันคิดว่า สุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับว่าฉันดูแลตัวเองดีแค่ไหน
	HC11: ฉันคิดว่า การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีที่สุดเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับฉัน
การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Perceives Health Risk: PHR)	PHR1: ฉันคิดว่า ทุกคนมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาจาก การไม่ได้รับข้อมูลด้วยคำแนะนำที่เหมาะสมของการบริโภคอาหารชะลอวัย
	PHR2: ฉันคิดว่า ทุกคนมีความกังวลจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสมว่าจะเกิดปัญหาต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย
	PHR3: ฉันคิดว่า ทุกคนต้องประสบปัญหาการบริโภคอาหารชะลอวัยจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม
	PU1: ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ช่วยประหยัดเวลาในการรักษาพยาบาลให้ง่ายขึ้น
	PU2: ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการ

ปัจจัย	รายการตัววัด
<p>การรับรู้ว่ามีประโยชน์ (Perceived Usefulness: PU)</p>	บริโภครอาหารชะลอวัยว่าช่วยทำให้ชีวิตดีขึ้น
	<p>PU3: ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภครอาหารชะลอวัยว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล</p>
	<p>PU4: ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภครอาหารชะลอวัยว่าทำให้ผู้มารับบริการมีการดำเนินชีวิตในทุกๆวันได้อย่างมีความสุขที่ดีขึ้น</p>
	<p>PU5: ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภครอาหารชะลอวัยทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior: ATT)</p>	<p>ATT1: ฉันคิดว่าคำแนะนำการบริโภครอาหารชะลอวัย เป็นสิ่งที่ผู้มารับบริการควรนำไปปฏิบัติในชีวิต</p>
	<p>ATT2: ฉันคิดว่าการบริโภครอาหารชะลอวัย เป็นศาสตร์หนึ่งซึ่งผู้มารับบริการจะปฏิบัติต่อเนื่องถ้ามีความเข้าใจ</p>
	<p>ATT3: ฉันคิดว่าการบริโภครอาหารชะลอวัย จะทำให้ชีวิตของผู้มารับบริการมีชีวิตที่ดีขึ้น ปลอดภัยจากโรคร้ายในอนาคต</p>
<p>การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC)</p>	<p>PBC1: ฉันมีความมั่นใจว่า คำแนะนำของฉันต่อการบริโภครอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการนำไปปฏิบัติตาม</p>
	<p>PBC2: ฉันมีความสามารถให้คำแนะนำการบริโภครอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการกลับมาใช้มาหาฉันบ่อยขึ้น</p>
	<p>PBC3: ข้อมูลที่ฉันบอกแก่ผู้มารับบริการส่งผลต่อการบริโภครอาหารชะลอวัยให้มากขึ้นหรือน้อยลงได้</p>
	<p>PBC4: ฉันคิดว่า การให้เวลาที่มากหรือน้อยของฉันต่อการแนะนำการบริโภครอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการปฏิบัติตามคำแนะนำง่ายขึ้น</p>

## ภาคผนวก ข

### แบบสอบถาม

### เรื่อง ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาโรคใน ประเทศไทย

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาอิสระตามหลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล มีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ศึกษา "ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาในประเทศไทย" ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในสายคลินิก แสดงความคิดเห็นต่อคำถามในส่วนต่างๆด้านล่างอย่างครบถ้วน คำตอบของท่านเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ความคิดเห็นและคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอในภาพรวมของการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการทำแบบสอบถามครั้งนี้

#### โครงสร้างของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความตื่นตัวต่อสุขภาพ (Health Consciousness: HC)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Perceives Health Risk: PHR)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ว่ามีประโยชน์ (Perceived Usefulness: PU)

ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior: ATT)

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC)

**ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์**

**คำชี้แจง:** โปรดตอบคำถามต่อไปนี้

**1. เพศ:**

ชาย

หญิง

**2. อายุ:**

21-30 ปี

31-40 ปี

41-50 ปี

51-60 ปี

มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี ขึ้นไป

**3. ท่านทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัยโดยตรง**

เกี่ยวข้องโดยตรง

ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง

**4. กลุ่มวิชาชีพของท่าน**

แพทย์

เกษัตริกร

พยาบาล

นักกำหนดอาหาร

**5. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี) จากกลุ่มวิชาชีพที่ท่านได้เลือกในข้อ 4**

ไม่เกิน 5 ปี

6-10 ปี

11-15 ปี

มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ขึ้นไป

**6. รายได้ต่อเดือนของท่าน (กรุณาเลือกเพียงข้อเดียว)**

20,000-40,000 บาท

40,001-60,000 บาท

60,001-80,000 บาท

80,001-100,000 บาท

มากกว่าหรือเท่ากับ 100,001 บาท ขึ้นไป

## ส่วนที่ 2: ความตื่นตัวต่อสุขภาพ

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ของท่านต่อความตื่นตัวต่อสุขภาพ โปรดระบุระดับของความคิดเห็นของท่านในแต่ละข้อความตามสเกลที่กำหนด

เห็นด้วยน้อยที่สุด 1---2---3---4---5 เห็นด้วยมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างได้ตัวเลขที่เลือก และถ้าไม่มั่นใจในคำตอบหรือไม่ทราบคำตอบให้เว้นว่างไว้

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	ฉันมีความตื่นตัวเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน					
2	ฉันมักจะใส่ใจกับความรู้สึกร่างกายในเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน					
3	ฉันมักคิดถึงสุขภาพของฉันอย่างมาก					
4	ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันตลอดเวลา					
5	ฉันสังเกตเห็นว่าฉันสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายฉันได้ทุกครั้ง					
6	ฉันรับผิดชอบต่อสุขภาพของฉัน					
7	ฉันคิดว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ฉันพึงปฏิบัติ					
8	ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น					
9	ฉันคิดว่า ชีวิตที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับฉัน					
10	ฉันคิดว่า สุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับว่าฉันดูแลตัวเองดีแค่ไหน					
11	ฉันคิดว่า การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีที่สุดเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับฉัน					



### ส่วนที่ 3: การรับรู้ความเล็งต่อสุขภาพ

**คำชี้แจง:** ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของท่านต่อการรับรู้ความเล็งต่อสุขภาพ โปรดระบุระดับของความคิดเห็นของท่านในแต่ละข้อความตามสเกลที่กำหนด

เห็นด้วยน้อยที่สุด 1---2---3---4---5 เห็นด้วยมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างใต้ตัวเลขที่เลือก และถ้าไม่มั่นใจในคำตอบหรือไม่ทราบคำตอบให้เว้นว่างไว้

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	ฉันคิดว่า ทุกคนมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาจาก การไม่ได้รับข้อมูลด้วยคำแนะนำที่เหมาะสมของการบริโภคอาหารชะลอวัย					
2	ฉันคิดว่า ทุกคนมีความกังวลจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม ว่าจะเกิดปัญหาต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย					
3	ฉันคิดว่า ทุกคนต้องประสบปัญหาการบริโภคอาหารชะลอวัยจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม					

#### ส่วนที่ 4: การรับรู้ว่ามีประโยชน์

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับกรรับรู้ของท่านต่อการรับรู้ว่ามีประโยชน์ โปรดระบุระดับของความคิดเห็นของท่านในแต่ละข้อความตามสเกลที่กำหนด

เห็นด้วยน้อยที่สุด 1---2---3---4---5 เห็นด้วยมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างได้ตัวเลขที่เลือก และถ้าไม่มั่นใจในคำตอบหรือไม่ทราบคำตอบให้เว้นว่างไว้

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ช่วยประหยัดเวลาในการรักษาพยาบาลให้ง่ายขึ้น					
2	ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าช่วยทำให้ชีวิตดีขึ้น					
3	ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล					
4	ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าทำให้ผู้มารับบริการมีการดำเนินชีวิตในทุกๆวัน ได้อย่างมีความสุขที่ดีขึ้น					
5	ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

**ส่วน 5: ทศนคติต่อพฤติกรรม**

**คำชี้แจง:** ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ของท่านต่อทศนคติต่อพฤติกรรม โปรดระบุระดับของความคิดเห็นของท่านในแต่ละข้อความตามสเกลที่กำหนด

เห็นด้วยน้อยที่สุด 1---2---3---4---5 เห็นด้วยมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างได้ตัวเลขที่เลือก และถ้าไม่มั่นใจในคำตอบหรือไม่ทราบคำตอบให้เว้นว่างไว้

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	ฉันคิดว่าคำแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัย เป็นสิ่งที่ผู้มารับบริการควรนำไปปฏิบัติในชีวิต					
2	ฉันคิดว่าการบริโภคอาหารชะลอวัย เป็นศาสตร์หนึ่งที่สามารถปฏิบัติต่อเนื่องถ้ามีความเข้าใจ					
3	ฉันคิดว่าการบริโภคอาหารชะลอวัย จะทำให้ชีวิตของผู้มารับบริการมีชีวิตที่ดีขึ้น ปลอดภัยจากโรคเรื้อรังในอนาคต					

**ส่วน 6: การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม**

**คำชี้แจง:** ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ของท่านต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

โปรดระบุระดับของความคิดเห็นของท่านในแต่ละข้อความตามสเกลที่กำหนด

เห็นด้วยน้อยที่สุด 1---2---3---4---5 เห็นด้วยมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างได้ตัวเลขที่เลือก และถ้าไม่มั่นใจในคำตอบหรือไม่ทราบคำตอบให้เว้นว่างไว้

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	ฉันมีความมั่นใจว่า คำแนะนำของฉันต่อการบริโภคอาหารจะลดย้ำจะทำให้ผู้มารับบริการนำไปปฏิบัติตาม					
2	ฉันมีความสามารถให้คำแนะนำการบริโภคอาหารจะลดย้ำจะทำให้ผู้มารับบริการกลับมาใช้มาหาฉันบ่อยขึ้น					
3	ข้อมูลที่ฉันบอกแก่ผู้มารับบริการส่งผลต่อการบริโภคอาหารจะลดย้ำให้มากขึ้นหรือน้อยลงได้					
4	ฉันคิดว่า การให้เวลาที่มากหรือน้อยของฉันต่อการแนะนำการบริโภคอาหารจะลดย้ำจะทำให้ผู้มารับบริการปฏิบัติตามคำแนะนำง่ายขึ้น					

## ภาคผนวก ก

## ตัวแปร ระดับการวัดข้อมูล และเกณฑ์การแบ่งกลุ่มคำตอบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ การทำงานเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ชะลอวัย กลุ่มวิชาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน

ตัวแปรระดับการวัดข้อมูลและเกณฑ์การแบ่งกลุ่มคำตอบ สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตัวแปร	ระดับการวัด	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม
1. เพศ	Nominal	1 = ชาย 2 = หญิง
2. อายุ	Ordinal	1 = 21-30 ปี 2 = 31-40 ปี 3 = 41-50 ปี 4 = 51-60 ปี 5 = มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี ขึ้นไป
3. ความเกี่ยวข้องกับศาสตร์ชะลอวัย	Nominal	1 = เกี่ยวข้อง 2 = ไม่เกี่ยวข้อง
4. วิชาชีพ	Nominal	1 = แพทย์ 2 = เภสัชกร 3 = พยาบาล 4 = นักกำหนดอาหาร
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	Ordinal	1 = ไม่เกิน 5 ปี 2 = 6-10 ปี 3 = 11-15 ปี 4 = มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ขึ้นไป
6. รายได้ต่อเดือน	Ordinal	1 = 20,001-40,000 บาท 2 = 40,001-60,000 บาท 3 = 60,001-80,000 บาท

ตัวแปร	ระดับการวัด	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม
		4 = 80,001-100,000 บาท 5 = มากกว่าหรือเท่ากับ 100,001 บาท ขึ้นไป

## ส่วนที่ 2 ความตื่นตัวต่อสุขภาพ (Health Consciousness: HC)

คำถามในส่วนนี้จะป็นชนิด Rating Scale ซึ่งใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนระดับความคิดเห็นแบบ Likert Scale โดยจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

คำถาม	มาตรวัด	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	ที่มา
1. ฉันมีความตื่นตัวเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน	Interval	5 = เห็นด้วยมากที่สุด	ปรับปรุงจาก (Hong, 2009)
2. ฉันมักจะใส่ใจกับความรู้สึกภายในเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน		4 = เห็นด้วยมาก	
3. ฉันมักคิดถึงสุขภาพของฉันอย่างมาก		3 = เห็นด้วยปานกลาง	
4. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันตลอดเวลา		2 = เห็นด้วยน้อย	
5. ฉันสังเกตเห็นว่าฉันสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายฉันได้ทุกครั้ง		1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด	
6. ฉันรับผิดชอบต่อสุขภาพของฉัน			
7. ฉันคิดว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ฉันพึงปฏิบัติ			
8. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น			
9. ฉันคิดว่า ชีวิตที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับฉัน			
10. ฉันคิดว่า สุขภาพของฉันขึ้นอยู่กับว่าฉันดูแลตัวเองดีแค่ไหน			
11. ฉันคิดว่า การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีที่สุดเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับฉัน			

### ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Perceives Health Risk: PHR)

คำถามในส่วนนี้จะป็นชนิด Rating Scale ซึ่งใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนระดับความคิดเห็นแบบ Likert Scale โดยจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

คำถาม	มาตรวัด	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	ที่มา
1. ฉันคิดว่า ทุกคนมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาจาก การไม่ได้รับข้อมูลด้วยคำแนะนำที่เหมาะสมของการบริโภคอาหารชะลอวัย	Interval	5 = เห็นด้วยมากที่สุด	ปรับปรุงจาก (Shahrabani, Benzion, Rosenboim, & Shavit, 2012)
2. ฉันคิดว่า ทุกคนมีความกังวลจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม ว่าจะป็นปัญหาต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย		4 = เห็นด้วยมาก	
3. ฉันคิดว่า ทุกคนต้องประสบปัญหาการบริโภคอาหารชะลอวัยจากคำแนะนำที่ไม่เหมาะสม		3 = เห็นด้วยปานกลาง	
		2 = เห็นด้วยน้อย	
		1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด	

### ส่วนที่ 4 การรับรู้ว่ามีประโยชน์ (Perceived Usefulness: PU)

คำถามในส่วนนี้จะป็นชนิด Rating Scale ซึ่งใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนระดับความคิดเห็นแบบ Likert Scale โดยจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

คำถาม	มาตรวัด	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	ที่มา
1. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ช่วยประหยัดเวลาในการรักษาพยาบาลให้ง่ายขึ้น	Interval	5 = เห็นด้วยมากที่สุด	ปรับปรุงจาก (Rauniar, Rawski, Yang, & Johnson, 2014)
2. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าช่วยทำให้ชีวิตดีขึ้น		4 = เห็นด้วยมาก	
3. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัย		3 = เห็นด้วยปานกลาง	
		2 = เห็นด้วยน้อย	
		1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด	

คำถาม	มาตรวัด	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	ที่มา
ว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 4. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าทำให้ผู้มารับบริการมีการดำเนินชีวิตในทุกๆวันได้อย่างมีความสุขภาพที่ดีขึ้น 5. ฉันในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ			

#### ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior: ATT)

คำถามในส่วนนี้จะเป็นชนิด Rating Scale ซึ่งใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนระดับความคิดเห็นแบบ Likert Scale โดยจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

คำถาม	มาตรวัด	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	ที่มา
1. ฉันคิดว่าคำแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัย เป็นสิ่งที่ผู้มารับบริการควรนำไปปฏิบัติในชีวิต 2. ฉันคิดว่าการบริโภคอาหารชะลอวัย เป็นศาสตร์หนึ่ง que ผู้มารับบริการจะปฏิบัติต่อเนื่องถ้ามีความเข้าใจ ฉันคิดว่าการบริโภคอาหารชะลอวัย จะทำให้ชีวิตของผู้มารับบริการมีชีวิตที่ดีขึ้นปลอดภัยจากโรคเรื้อรังในอนาคต	Interval	5 = เห็นด้วยมากที่สุด 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = เห็นด้วยน้อย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด	ปรับปรุงจาก <b>(Ajzen &amp; processes, 1991)</b>



### ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC)

คำถามในส่วนนี้จะป็นชนิด Rating Scale ซึ่งใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนระดับความคิดเห็นแบบ Likert Scale โดยจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

คำถาม	มาตรวัด	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	ที่มา
1. ฉันมีความมั่นใจว่า คำแนะนำของฉันต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการนำไปปฏิบัติตาม	Interval	5 = เห็นด้วยมากที่สุด	ปรับปรุงจาก <b>(Ajzen &amp; processes, 1991)</b>
2. ฉันมีความสามารถให้คำแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัยว่าจะทำให้ผู้มารับบริการกลับมาใช้มาหาฉันบ่อยขึ้น		4 = เห็นด้วยมาก	
3. ข้อมูลที่ฉันบอกแก่ผู้มารับการบริการส่งผลต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยให้มากขึ้นหรือน้อยลงได้		3 = เห็นด้วยปานกลาง	
4. ฉันคิดว่า การให้เวลาที่มากหรือน้อยของฉันต่อการแนะนำการบริโภคอาหารชะลอวัยจะทำให้ผู้มารับบริการปฏิบัติตามคำแนะนำง่ายขึ้น		2 = เห็นด้วยน้อย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด	

## ภาคผนวก ง

## ใบรับรองผ่านการศึกษาด้วยตนเอง

## COLLABORATIVE INSTITUTIONAL TRAINING INITIATIVE (CITI PROGRAM)

COMPLETION REPORT - PART 1 OF 2  
COURSEWORK REQUIREMENTS\*

\* NOTE: Scores on this Requirements Report reflect quiz completions at the time all requirements for the course were met. See list below for details. See separate Transcript Report for more recent quiz scores, including those on optional (supplemental) course elements.

• **Name:** Itthichet Panitchaisak (ID: 9163388)  
 • **Institution Affiliation:** Mahidol University (ID: 3292)  
 • **Institution Email:** Itthichet.pan@student.ec.tu  
 • **Institution Unit:** CMMU  
 • **Phone:** 022062000

• **Curriculum Group:** Human Subjects Research  
 • **Course Learner Group:** Student Social, Behavioral & Humanity Research  
 • **Stage:** Stage 1 - Basic Stage

• **Record ID:** 36876373  
 • **Completion Date:** 03-Jun-2020  
 • **Expiration Date:** 02-Jun-2024  
 • **Minimum Passing:** 80  
 • **Reported Score\*:** 92

## REQUIRED AND ELECTIVE MODULES ONLY

	DATE COMPLETED	SCORE
History and Ethical Principles - SBE (ID: 490)	03-Jun-2020	5/5 (100%)
Informed Consent - SBE (ID: 504)	03-Jun-2020	5/5 (100%)
Privacy and Confidentiality - SBE (ID: 505)	03-Jun-2020	5/5 (100%)
Unanticipated Problems and Reporting Requirements in Social and Behavioral Research (ID: 14826)	03-Jun-2020	5/5 (100%)
Assessing Risk - SBE (ID: 503)	03-Jun-2020	3/5 (60%)

For this Report to be valid, the learner identified above must have had a valid affiliation with the CITI Program subscribing institution identified above or have been a paid Independent Learner.

Verify at: [www.citi-program.org/verify/7kc7021b32-f388-4d60-815d-9b8f4bbbc03-36876373](http://www.citi-program.org/verify/7kc7021b32-f388-4d60-815d-9b8f4bbbc03-36876373)

Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program)

Email: [support@citi-program.org](mailto:support@citi-program.org)

Phone: 888-526-5929

Web: <https://www.citi-program.org>

Collaborative Institutional  
Training Initiative

## COLLABORATIVE INSTITUTIONAL TRAINING INITIATIVE (CITI PROGRAM)

### COMPLETION REPORT - PART 2 OF 2 COURSEWORK TRANSCRIPT\*\*

\*\* NOTE: Scores on this [Transcript Report](#) reflect the most current quiz completions, including quizzes on optional (supplemental) elements of the course. See list below for details. See separate Requirements Report for the reported scores at the time all requirements for the course were met.

- **Name:** Itthichet Panitchaisak (ID: 9163389)
- **Institution Affiliation:** Mahidol University (ID: 3292)
- **Institution Email:** itthichet.pan@student.ac.th
- **Institution Unit:** CMMU
- **Phone:** 022062000
  
- **Curriculum Group:** Human Subjects Research
- **Course Learner Group:** Student Social, Behavioral & Humanity Research
- **Stage:** Stage 1 - Basic Stage
  
- **Record ID:** 36878373
- **Report Date:** 03-Jun-2020
- **Current Score\*\*:** 92

REQUIRED, ELECTIVE, AND SUPPLEMENTAL MODULES	MOST RECENT	SCORE
Assessing Risk - SBE (ID: 503)	03-Jun-2020	3/5 (60%)
Informed Consent - SBE (ID: 504)	03-Jun-2020	5/5 (100%)
Privacy and Confidentiality - SBE (ID: 505)	03-Jun-2020	5/5 (100%)
Unanticipated Problems and Reporting Requirements in Social and Behavioral Research (ID: 14928)	03-Jun-2020	5/5 (100%)
History and Ethical Principles - SBE (ID: 490)	03-Jun-2020	5/5 (100%)

For this Report to be valid, the learner identified above must have had a valid affiliation with the CITI Program subscribing institution identified above or have been a paid Independent Learner.

Verify at: [www.citiprogram.org/verify/2kc7021b32-f386-4d60-815d-9b9f4bbb9c03-36878373](http://www.citiprogram.org/verify/2kc7021b32-f386-4d60-815d-9b9f4bbb9c03-36878373)

Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program)

Email: [support@citiprogram.org](mailto:support@citiprogram.org)

Phone: 888-529-5929

Web: <https://www.citiprogram.org>

Collaborative Institutional  
Training Initiative



Completion Date 03-Jun-2020

Expiration Date 02-Jun-2024

Record ID 36878373

This is to certify that:

**Itthichet Panitchaisak**

Has completed the following CITI Program course:

**Human Subjects Research**

(Curriculum Group)

**Student Social, Behavioral & Humanity Research**

(Course Learner Group)

**1 - Basic Stage**

(Stage)

Not valid for renewal of certification through CME. Do not use for TransCelerate mutual recognition (see Completion Report).

Under requirements set by:

**Mahidol University**

**CITI**  
Collaborative Institutional Training Initiative

Verify at [www.citiprogram.org/verify/7wb8c42f54-5f72-4962-94c4-dcc9b25e15f0-36878373](http://www.citiprogram.org/verify/7wb8c42f54-5f72-4962-94c4-dcc9b25e15f0-36878373)

## ภาคผนวก จ

## เอกสารรับรองแจ้งผลโครงการวิจัยในคน



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง  
อาคารสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทร. ๐-๒๘๔๔-๖๒๒๔-๕ โทรสาร ๐๒-๘๔๔๖๒๒๔

ที่ ฮว ๓๘.๐๓๓๐/๐๐๘๕๕๕  
วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓  
เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย  
เรียน นายอิทธิเชษฐ์ พนิตชัยศักดิ์

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาในประเทศไทย (The Physicians's Attitude Toward Anti-Aging Food Consumption to Treatment in Thailand.)" รหัสโครงการ 2020/258.1009 มาเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล นั้น

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลางฯ พิจารณาแล้วมีความเห็นว่า โครงการนี้เป็นการศึกษาที่มีความเสี่ยงน้อยมาก และได้ให้การพิจารณาแบบ Exemption Review ประเภทการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งต้องมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ คือ ข้อมูลที่เก็บไม่สามารถระบุตัวคนของเจ้าของข้อมูลได้ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การเปิดเผยข้อมูลการวิจัยสู่ภายนอกจะไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อเจ้าของข้อมูล ในแง่อาชญากรรม การถูกฟ้องร้อง การเงิน การจ้างงาน โอกาสในการเข้าศึกษาต่อ และชื่อเสียงของเจ้าของข้อมูล

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลางฯ ได้ออกเอกสารรับรองว่าเป็นโครงการประเภท Certificate of Exemption ซึ่งท่านสามารถดำเนินการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ระบุในเอกสารรับรอง โดยใช้เอกสารที่แจ้งผู้เข้าร่วมวิจัย และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยไม่ต้องส่งรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยมายังคณะกรรมการฯ อีก แต่หากมีการปรับเปลี่ยนโครงร่างวิจัยที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นจากที่ได้รับการรับรอง ขอให้ท่านดำเนินการแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อการพิจารณาอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูโพลย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง  
มหาวิทยาลัยมหิดล ชุดที่ ๑

สำเนาเรียน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุริม โอทกานนท์



COE No. MU-CIRB 2020/133.2409

Mahidol University Central Institutional Review Board

*Certificate of Exemption*

**Title of Project:** The Physicians's Attitude Toward Anti-Aging Food Consumption to Treatment in Thailand

**Protocol Number:** MU-CIRB 2020/258.1009

**Principal Investigator:** Mr. Itthichet Panitchaisak

**Co- Investigators:** Asst. Prof. Dr. Burim Otakanon

**Affiliation:** College of Management, Mahidol University

**The criteria of Exemption:** Research involving the use of survey procedures and:

- Recorded information CANNOT readily identify the subject (directly or indirectly/linked) OR
- Any disclosure of responses outside of the research would NOT place subject at risk (criminal, civil liability, financial, employability, educational advancement, reputation)

MU-CIRB is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

*Date of Determination: 24 September 2020*

**Signature of Chairperson:** .....

(Professor Dr. Rutja Phuphaibul)

MU-CIRB Chair

**MU-CIRB Address:** Office of the President, Mahidol University, 4th Floor, Room Number 411

999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhonpathom 73170, Thailand

Tel: 66 (0) 2849 6224, 6225 Fax: 66 (0) 2849 6224

E-mail: mucirb@gmail.com Website: <http://www.sp.mahidol.ac.th>