

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ: กรณีศึกษา นักเรียน นิสิต นักศึกษา และกลุ่มคนวัยทำงาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร**  
**FACTORS INFLUENCING HEALTHY CONSUMPTION BEHAVIOR:**  
**THE CASE STUDY OF STUDENTS, UNIVERSITY STUDENTS,**  
**AND WORKING ADULTS AT SRINAKHARINWIROT UNIVERSITY,**  
**PRASARNMIT CAMPUS**

พีระ ตั้งธรรมรักษ์\*

Peera Tangtammaruk\*

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
Faculty of Economics, Srinakharinwirot University

\*Corresponding author, E-mail: peerat@g.swu.ac.th

**บทคัดย่อ**

ปัจจุบันการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เค็มจัด หรือหวานจัด เป็นส่วนหนึ่งของการเกิดโรคเหล่านี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค โดยส่งเสริมให้ผู้บริโภคหันมาคำนึงถึงสุขภาพมากขึ้น จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่ม NCDs ได้ งานวิจัยฉบับนี้จึงเริ่มต้นศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นักเรียน นิสิต และกลุ่มคนวัยทำงาน กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร จำนวน 375 คน นอกจากการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลแล้ว งานวิจัยชิ้นนี้ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดอคติเชิงพฤติกรรมจากวิชาเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมมาทดสอบด้วยวิธีการเชิงทดลองโดยการแจกคุกกี้เครื่องดื่มควบคู่กับการสังเกตพฤติกรรมการเลือกเครื่องดื่ม 2 ประเภท ระหว่างน้ำอัดลม และน้ำผักผลไม้รวม ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง นักเรียน นิสิต และคนวัยทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีอายุน้อยมีค่านิยมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ รวมทั้งอาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมันและน้ำตาลสูง ผลการประมาณการจากแบบจำลองสองทางเลือก พบว่า อายุ คุกกี้ที่ประยุกต์จากแนวคิด Status Quo Bias (เสนอน้ำผักผลไม้รวมเป็นทางเลือกหลัก) และคุกกี้ที่ประยุกต์จากแนวคิด Loss Aversion (มีข้อความและรูปที่แสดงผลเสียของโรค NCDs) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะเลือกทางเลือกสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อย ในขณะที่การนำเสนอผักผลไม้เป็นทางเลือกหลัก รวมทั้งการให้ข้อมูลผ่านข้อความและรูปที่ระบุถึงผลเสียของโรค NCDs เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกทางเลือกสุขภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ:** ทางเลือกของผู้บริโภค การบริโภคเพื่อสุขภาพ อคติเชิงพฤติกรรม

## Abstract

Current data shows that death from Non-Communicable Diseases (NCDs) in Thailand is continually to increase. Consuming more energy-dense, nutrient poor foods with high levels of sugar and saturated fats are risk factors of NCDs. Hence, encouraging consumers to focus on healthy consumption is another way to reduce the prevalence of NCDs in Thailand. This research aims to study the factors that influence healthy consumption behavior of students, university students, and working adults. 375 samples were collected from Srinakharinwirot University, Prasarnmit campus. Regarding data collection, besides using questionnaires, this research has applied the idea of behavioral bias from behavioral economics to experimentally observe healthy consumption behaviors. This paper distributes beverage coupons to all participants, each has to choose either soft drink or mixed vegetables-fruit juice. Of the sample, the paper found that most of them prefer foods and drinks with high fat and sugar to fruit and vegetables. The results from the binary choices models suggest that age, a coupon with Status Quo Bias application, and a coupon with Loss Aversion application are significant factors affecting healthy eating behavior. Increasing in age will result in an increase in a probability of choosing healthier choice. While, offering mixed vegetables-fruit juice as a default option (status quo bias) as well as providing a loss frame about NCDs (loss aversion) can encourage the healthy consumption behavior.

**Keywords:** Consumer's Choice, Healthy Consumption, Behavioral Bias

## บทนำ

การเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ดัดจริตจากผู้อื่น สภาพอากาศเปลี่ยนแปลง การรับมลพิษ ฝุ่นควัน สารพิษ อุบัติเหตุ ความเครียด และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน หากกล่าวถึงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยได้

การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง หรือรสจัด ในปริมาณมากสะสมกันเป็นเวลานานสามารถเป็นบ่อเกิดแห่งโรคร้ายได้หลายชนิด อาทิเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดัน โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคมะเร็ง และโรคอ้วน [1] ในปัจจุบันการแข่งขันและการเติบโตทางเศรษฐกิจก่อให้เกิดอาหารและเครื่องดื่มที่หลากหลาย แม้จะเป็น

ประโยชน์ต่อผู้บริโภคในแง่ของการมีโอกาสเลือก (Choices) ที่มากขึ้น แต่อาหารที่หลากหลายก็ส่งผลต่อพฤติกรรมกรบริโภคที่หลากหลายเช่นกัน ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมกรบริโภคที่มีความเสี่ยง (Risk) ที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

ข้อมูลจากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงสาเหตุของการเสียชีวิตรายปี คิดเป็นร้อยละกรณีประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2557 ซึ่งถ้าพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตใน 5 กลุ่มแรก (1. โรคหัวใจ 2. มะเร็งทุกชนิด 3. ความดันเลือดสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง 4. โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน และ 5. ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ) จะพบว่า สาเหตุการตายของโรคใน 5 กลุ่มแรกนี้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สวนทางกลับการตายจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตายหรือถูกฆ่าตาย

**ตารางที่ 1** สาเหตุการเสียชีวิต กรณีประเทศไทยรายปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2557 (หน่วย ร้อยละ)

สาเหตุการตาย (คิดเป็น ร้อยละ)	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1. โรคหัวใจ	4.69	4.74	4.66	4.47	4.85	5.11	5.77	5.74
2. มะเร็งทุกชนิด	13.59	13.94	14.23	14.12	14.73	15.24	15.89	16.09
3. ความดันเลือดสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง	3.89	3.93	3.97	4.87	5.53	5.79	6.67	7.40
4. โรคเกี่ยวกับตับ และตับอ่อน	2.23	2.20	2.17	2.14	2.17	2.27	2.52	2.59
5. ได้อักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ	3.44	3.58	3.35	3.35	3.56	3.54	3.56	3.94
<b>รวมกลุ่ม 1-5</b>	<b>27.84</b>	<b>28.39</b>	<b>28.39</b>	<b>28.94</b>	<b>30.85</b>	<b>31.95</b>	<b>34.41</b>	<b>35.75</b>
6. ปอดอักเสบและโรคอื่นๆ ของปอด	3.61	3.66	3.69	3.98	4.07	4.04	5.09	5.99
7. วัณโรคทุกชนิด	1.24	1.21	1.16	1.09	1.15	1.29	1.29	1.36
8. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส	1.40	1.18	1.03	0.88	0.91	0.97	1.33	1.31
9. อุบัติเหตุ และการเป็นพิษ	9.07	8.77	8.96	7.99	8.17	7.99	7.61	7.31
10. การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และอื่น ๆ	1.84	1.75	1.69	1.72	1.64	1.68	1.64	1.52
11. อื่นๆ	55.01	55.04	55.08	55.40	53.21	52.09	48.63	46.76
<b>รวม (100)</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [2]

ในทางการแพทย์และสาธารณสุข โรคใน 5 กลุ่มแรกนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) หรือ ชื่อภาษาไทยเรียกว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกลุ่มโรคดังกล่าวเป็นโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี ตัวนำโรค (พาหะ) หรือ สารคัดหลั่งต่างๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกายที่เกิดภาวะสะสมและผิดปกติ ซึ่งโรคกลุ่มนี้จะค่อยๆ สะสมอาการ และเมื่อมีอาการของโรคแล้ว จะเกิดการเรื้อรังของโรคตามมา รวมทั้งทวีความรุนแรงมากขึ้นด้วย [3]

โรคกลุ่มนี้เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างใกล้ชิด โดยพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การบริโภคอาหารที่อาหารหวานมันเค็มจัด เหล้า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่ก่อให้เกิดการเริ่มต้นสะสมของโรค ซึ่งข้อมูลจากตารางที่ 1 เป็นสัญญาณบ่งชี้ให้เห็นว่าคนไทยมีแนวโน้มที่จะป่วยและเสียชีวิตจาก

กลุ่มโรค NCDs มากยิ่งขึ้น แนวทางหนึ่งในการป้องกันโรคร้ายจากกลุ่ม NCDs สามารถเริ่มต้นได้จากการปรับพฤติกรรมมารบริโภค โดยเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ในปริมาณที่เหมาะสม ถูกหลักอนามัย และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นบ่อเกิดของการสะสมโรคร้ายเหล่านี้ ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยทำงานจึงมีส่วนสำคัญต่อการสะสมของโรคเหล่านี้ต่อไป ในยามแก่ชรา

การปรับพฤติกรรมมารบริโภคสามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่วัยเด็ก อย่างไรก็ตาม วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยทำงาน เป็นวัยที่มุ่งเน้นการบริโภคเพื่อความพอใจทางด้านรสชาติ โดยไม่คอยให้ความสำคัญต่อการบริโภคเพื่อสุขภาพมากนัก ประกอบกับความเป็นบริโภคนิยม ความหลากหลายของอาหารและเครื่องดื่มในยุคเศรษฐกิจปัจจุบัน ส่งผลให้เด็กในวัยเรียน และประชากรวัยเริ่มต้นทำงาน มีภาวะน้ำหนักเกินอันเป็นบ่อเกิด ความเสี่ยงของกลุ่มโรค NCDs มากยิ่งขึ้น [3-4]

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [4] รายงานว่า หากเปรียบเทียบในภูมิภาคอาเซียน คนไทยมีภาวะอ้วนเป็นลำดับที่สองรองจากประเทศมาเลเซีย โดยที่แนวโน้มของประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

และโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากอดีตถึงปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 2) นอกจากนั้นสถานการณ์เด็กมีภาวะโรคอ้วนในประเทศไทยก็เป็นที่น่ากังวลจากการสำรวจในปี 2552 พบว่า เด็กในช่วงปฐมวัย (1-5 ปี) และวัยเรียน (6-14 ปี) ประมาณ 1 ใน 10 มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน โดยช่วงอายุ 15-29 ปี เป็นช่วงที่มีภาวะโรคอ้วนมากที่สุด

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. 2534-2552 (หน่วย ร้อยละ)

รอบปีที่วัด	ร้อยละของประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) เกิน 25 กก./ตร.ม.		ร้อยละของประชากรที่มีรอบเอวเกินกำหนด (ชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร และหญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ปี พ.ศ.2534-2535	7.7	15.7	-	-
ปี พ.ศ.2539-2540	13.2	25.0	-	-
ปี พ.ศ.2546-2547	22.5	34.4	15.4	36.1
ปี พ.ศ.2551-2552	28.3	40.7	18.6	45.0

ที่มา: ดัดแปลงจาก วิชัย เอกพลการ และคณะ [5], และ Wibulpolprasert, S. [6]

ดังนั้นหากกล่าวถึงการศึกษาพฤติกรรม การบริโภค การพิจารณาพฤติกรรมบริโภค ตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว และวัยทำงาน จึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญ เพราะพฤติกรรม การบริโภคในวัยดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นของ ภาวะสะสมอันจะเป็นที่มาของโรคต่างๆ ได้ในอนาคต หรือเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ งานวิจัยฉบับนี้จึงมี จุดประสงค์หลักเพื่อที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมบริโภค โดยมุ่งเน้นกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นประชากรที่มีอายุน้อยหรือกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (น้อยกว่า 60 ปี) ได้แก่ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา และวัยทำงาน โดยที่ผ่านมาการศึกษาพฤติกรรม การบริโภคของงานวิจัยในอดีตมักจะทำในรูปของ การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ เพื่อสำรวจพฤติกรรม ความถี่ ความชื่นชอบ ของผู้บริโภค รวมทั้งทดสอบทัศนคติผ่านการ ให้ลำดับความสำคัญต่างๆ สำหรับการทดสอบ พฤติกรรมบริโภคของงานวิจัยฉบับนี้จะมีส่วนที่

ใช้วิธีการเช่นเดียวกับงานวิจัยในอดีต แต่ส่วนที่ เพิ่มเติม คือ นอกจากการใช้แบบสอบถามและ แบบทดสอบแล้ว งานวิจัยชิ้นนี้จะมีการทดสอบ ด้วยวิธีการเชิงทดลองควบคู่กับการสังเกต พฤติกรรม โดยผู้ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม จะได้รับเครื่องดื่มเป็นการตอบแทนที่สะดวก มาตอบแบบสอบถาม เครื่องดื่มที่งานวิจัยฉบับนี้ เสนอให้มีเพียง 2 ประเภท ได้แก่ น้ำอัดลม และ น้ำผักผลไม้รวม ดังนั้นการตัดสินใจเลือกเครื่องดื่ม ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะทำให้สามารถประมาณแนวโน้มพฤติกรรม การบริโภคของบุคคลดังกล่าวได้ดีขึ้น นอกจากนี้ งานวิจัยฉบับนี้ยังได้ประยุกต์แนวคิดจากวิชา เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Economics) ซึ่งเป็นสาขาที่มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมและการ ตัดสินใจของผู้บริโภคมาเป็นปัจจัยหนึ่งในการ ศึกษาพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากงานศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษา

ที่ใช้วิธีการเชิงทดลองซึ่งอาศัยขั้นตอนการเก็บข้อมูลที่ซับซ้อนกว่าการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามทั่วไป ในการวิจัยเบื้องต้นนี้จึงได้ทำการเลือกประชากรเป้าหมาย (Target Population) เป็นกลุ่มประชากรจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้แม้ว่าจะไม่สามารถสะท้อนพฤติกรรมการบริโภคสู่ภาพรวมทั้งประเทศได้แต่กลุ่มประชากรดังกล่าวก็มีความหลากหลายในระดับหนึ่งซึ่งครอบคลุมช่วงอายุที่ต้องการศึกษา ได้แก่ กลุ่มนักเรียนมัธยมต้น มัธยมปลาย นิสิตนักศึกษา และคนวัยทำงาน ทั้งนี้ผลการวิจัยน่าจะสามารถสะท้อนพฤติกรรมทางเลือกบริโภคของกลุ่มคนเมืองที่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงานได้ในเบื้องต้น งานวิจัยฉบับนี้หวังว่าการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีการทดสอบด้วยวิธีการเชิงทดลองควบคู่กับการสังเกตพฤติกรรมตลอดจนการประยุกต์แนวคิดจากวิชาเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมจะทำให้สามารถศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน ในมุมมองที่กว้างขึ้น ประกอบกับผลการศึกษานำไปประยุกต์เป็นข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ
2. เพื่อทดสอบข้อสมมติฐานทางทฤษฎีที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ

### วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ใช้ข้อมูลปฐมภูมิ โดยเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามและสังเกตพฤติกรรมจากการเลือกเครื่องดื่มของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มนักเรียนมัธยมต้น มัธยมปลาย นิสิตนักศึกษา และคนวัยทำงาน ซึ่งพื้นที่ที่ใช้เก็บแบบสอบถามเป็นกรณีศึกษา คือ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ครอบคลุม

โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) โดยพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่มีกลุ่มตัวอย่างอยู่อย่างครบถ้วนครอบคลุมจากการสำรวจข้อมูลเชิงสถิติจากรายงานประจำปี พ.ศ. 2558 พบว่า โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 1,993 คน จำนวนครูและบุคลากรทั้งหมด 181 คน [7] ในขณะที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร มีจำนวนนิสิตนักศึกษาทั้งหมด 12,547 คน [8] สำหรับจำนวนคณาจารย์เจ้าหน้าที่และบุคลากรในรายงานประจำปีไม่ได้รายงานแยกวิทยาเขตของครุฑและประสานมิตร โดยรายงานรวมบุคลากรทั้งหมด 5,369 คน [9] ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงทำการประมาณการจำนวนคณาจารย์และบุคลากรของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ไว้ที่ขั้นต่ำประมาณ 2,000 คน ดังนั้นกรณีที่ใช้มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เป็นกรณีศึกษาจะพบว่ามีจำนวนประชากรประมาณ 16,721 คน ซึ่งจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการของ Yamane [10] ณ ค่าความคาดเคลื่อนที่ 5% และ 10% กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมอยู่ที่ประมาณ 390 และ 99 คน ตามลำดับ โดยงานวิจัยฉบับนี้เลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มให้ได้ใกล้เคียงกับค่าความคาดเคลื่อนที่ 5% หรือที่ 390 คน

สำหรับวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรกเป็นการนำเสนอพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ วิธีการทางสถิติขั้นพื้นฐาน ในขณะที่ส่วนที่สองจะเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่งานวิจัยได้ตั้งข้อสมมติฐานไว้กับพฤติกรรมการบริโภค โดยแบบจำลองที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้แบบจำลองสองทางเลือก (Binary Choices Model) ซึ่งรายละเอียดของตัวแปรจากแบบจำลองแสดงอยู่ในตารางที่ 3

## ตารางที่ 3 ตัวแปรตาม และตัวแปรอิสระ ที่ศึกษาในแบบจำลอง

ตัวแปรตาม (Dependent Variable; Y)	ตัวแปรอิสระ (Independent Variables; X)	สมมติฐาน/กรอบแนวคิดทฤษฎี (Hypothesis/Conceptual and Theoretical Framework)	งานวิจัยอ้างอิง (References)
พฤติกรรมกรรมการบริโภค (Eating Behavior)	เพศ (Gender)	<ul style="list-style-type: none"> <li>เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะบริโภค โดยคำนึงถึงสุขภาพมากกว่าเพศชาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wardle et al. [11], Ervin [12], Emanuel, McCully, Gallagher, and Updegraff [13], Salehi, Kimiagar, Shahbazi, Mehrabi, and Kolahi [14], Vlassoff [15], และ Gandarillas et al. [16]</li> </ul>
	น้ำหนัก (Weight)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implicit Theory of Body Weight</li> <li>Body Mass Index (BMI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Burnette [17], และ Ehrlinger, Burnette, Park, Harrod, and Orvidas [18]</li> <li>Psouni, Chasandra, and Theodorakis [19]</li> </ul>
	อายุ (Age)	<ul style="list-style-type: none"> <li>อายุที่มากขึ้นย่อมต้องส่งผลให้แนวโน้มการบริโภคเพื่อสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wardle et al. [11], Ervin [12] และ Dean, Raats, Grunert, and Lumbers [20]</li> </ul>
	สุขภาพ (Health Status)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demand for Health</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wagstaff [21]</li> </ul>
	รายได้ (Income)	<ul style="list-style-type: none"> <li>สินค้าปกติ (Normal Goods) รายได้กับปริมาณการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางบวก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Varian and Repcheck [22]</li> </ul>
	ข้อมูลบนฉลากสินค้า (Product information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>การให้ข้อมูลทางโภชนาการกับการตัดสินใจบริโภค</li> <li>Status Quo Bias</li> <li>Loss Aversion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grunert, Wills, and Fernández-Celemin [23], และ Borgmeier and Westenhoefer [24]</li> <li>Samuelson and Zeckhauser [25]</li> <li>Chuah and Devlin [26], Kahneman and Tversky [27], และ Leonard [28]</li> </ul>

### 1. ตัวแปรตาม (Dependent Variable; Y) พฤติกรรมการบริโภค (Eating Behavior)

หลักการของแบบจำลองสองทางเลือก (Binary Choices Model) คือ จะมีการกำหนดค่าของตัวแปรตามไว้ 2 ค่า ได้แก่ 0 และ 1 โดยงานวิจัยนี้จะกำหนดให้ กรณีที่ผู้บริโภคมิแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการบริโภคโดยคำนึงถึงสุขภาพ (เลือกทางเลือกสุขภาพ) เท่ากับ 1 ในขณะที่ผู้บริโภคมิแนวโน้มที่มีพฤติกรรมการบริโภคโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพเท่ากับ 0

สำหรับเกณฑ์การวัดพฤติกรรมการบริโภคนั้นพบว่า งานวิจัยในอดีตส่วนใหญ่จะใช้วิธีการเก็บ

ข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยถามถึงพฤติกรรมการบริโภคที่ผ่านมา ตลอดจนให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนความสำคัญในประเด็นต่างๆ เป็นการทดสอบ จากนั้นจึงรวบรวมคะแนนเพื่อดูเกณฑ์ของแต่ละรายว่า มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์หรือเข้าข่ายกรณีใด ตัวอย่างเช่น Huffman [29] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกับพฤติกรรมของผู้บริโภค โดยหนึ่งในพฤติกรรมที่เขาศึกษา คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับการวัดพฤติกรรมดังกล่าวงานชิ้นนี้ใช้ความถี่ของการซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ (อย่างน้อย) เป็นเกณฑ์ สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยก็มี

วิธีในการวัดที่คล้ายคลึงกัน เช่น มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์ [30] ที่ใช้กระบวนการเก็บแบบสอบถามเชิงสัมภาษณ์ถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยดูถึงการบริโภคอาหารที่ชื่นชอบ ความถี่ในการบริโภค ความครบถ้วนในการบริโภคอาหาร ทั้ง 5 หมู่ นอกจากงานวิจัยที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์แล้วยังมีงานวิจัยที่ใช้วิธีการให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำแบบทดสอบเพื่อดูพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มวัยรุ่น จากนั้นจึงนำคำตอบของกลุ่มตัวอย่างมาคิดคำนวณคะแนนเพื่อพิจารณาว่าคะแนนในเกณฑ์ที่ได้นั้นจะจัดอยู่ในพฤติกรรมรูปแบบใด เช่น งานวิจัยของสุวรรณ เขียงขุนทด และคณะ [31] จิราภรณ์ เรืองยิ่ง สุจิตรา จรจิตร และ กานดา จันทร์แย้ม [32] และวิไลวรรณ คงกิจ [33] เป็นต้น

จะสังเกตได้ว่าที่ผ่านมา การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของงานวิจัยในอดีตจะมุ่งเน้นไปที่วิธีการเก็บแบบสอบถามเพื่อสำรวจพฤติกรรม ความถี่ ความชื่นชอบของผู้บริโภค รวมทั้งทดสอบทัศนคติผ่านการให้ลำดับความสำคัญต่างๆ สำหรับการวัดพฤติกรรมการบริโภคของงานวิจัยฉบับนี้จะมีส่วนของวิธีการที่ใช้เช่นเดียวกับงานวิจัยในอดีต แต่ส่วนที่เพิ่มเติม คือนอกจากการใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบแล้ว งานวิจัยชิ้นนี้จะมีการทดสอบด้วยตัววิธีการเชิงทดลองควบคู่กับการสังเกตพฤติกรรม โดยผู้ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจะได้รับเครื่องดื่มเป็นการตอบแทนที่สละเวลามาตอบแบบสอบถาม เครื่องดื่มที่งานวิจัยฉบับนี้เสนอให้มีเพียง 2 ประเภท ได้แก่ น้ำอัดลม และน้ำผักผลไม้รวม ดังนั้นการตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะทำให้สามารถประมาณแนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

**2. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables; X) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ**

งานวิจัยชิ้นนี้ตั้งข้อสมมติฐานไว้ว่าพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของบุคคลหนึ่งๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ โดยปัจจัยที่จะทำการศึกษามีต่อไปนี้

ปัจจัยที่หนึ่ง **เพศ (Gender)** ทฤษฎีและงานศึกษาหลายชิ้นระบุไว้ในทางเดียวกันว่า เพศหญิงเป็นเพศที่มีแนวโน้มที่จะบริโภคเพื่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย ตัวอย่างเช่น จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18 ถึง 24 ปี จาก 21 ประเทศในยุโรปของ Wardle et al. [11] พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าเพศชาย หรืองานวิจัยของ Ervin [12] ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปก็พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีสัดส่วนในการบริโภคผักและผลไม้สูงกว่าเพศชายซึ่งเน้นหนักไปในการบริโภคอาหารประเภทที่มีไขมันจำพวก เนื้อสัตว์ เป็นต้น งานศึกษาของ Emanuel et al. [13] ได้ใช้ทฤษฎี Theory of Planned Behavior (TPB) อธิบายพฤติกรรมการบริโภคผลไม้และผัก (Fruit and Vegetable Intake (FVI)) ที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้สูงกว่าเพศชาย และยังมีทัศนคติที่เป็นบวกต่อการบริโภคผักผลไม้สูงกว่าเพศชาย นอกจากสัดส่วนการบริโภคและทัศนคติแล้ว Salehi et al. [14] และ Vlassoff [15] ได้ระบุว่า เพศหญิงยังให้ความสำคัญต่อการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางโภชนาการ (Nutritional Information) ก่อนตัดสินใจบริโภคมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ผลการศึกษาในประเทศสเปนของ Gandarillas et al. [16] ระบุเพิ่มเติมว่า เพศชายยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่สุ่มเสี่ยงจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ อาทิ เช่น อาหารที่มีไขมัน น้ำตาลสูง รวมทั้งสุราและยาเสพติด ในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง

ปัจจัยที่สอง คือ ปัจจัยทางด้าน **น้ำหนัก (Weight)** จากทฤษฎี Implicit Theory of Body Weight งานวิจัยของ Burnette [17] ได้ระบุ

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบความเชื่อส่วนบุคคลทางด้านน้ำหนัก (people's belief systems) กับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ (healthy eating behavior) ว่า บุคคลที่ใส่ใจต่อสุขภาพ และมีความเชื่อว่าน้ำหนักสามารถปรับเพิ่มลดได้ จะมีแนวโน้มที่จะบริโภคเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มคนที่มีความเชื่อว่าการเพิ่มลดของน้ำหนักเป็นเรื่องที่ยากลำบาก เป็นเพราะกรรมพันธุ์ เป็นเพราะปัจจัยภายนอก หรือไม่ให้ความสำคัญกับน้ำหนัก โดย Ehrlinger et al. [18] ได้ทำการทดสอบทฤษฎีนี้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนจำนวน 73 คน ซึ่งผลที่ได้จากการทดลองก็สนับสนุนแนวคิดจากทฤษฎี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Psouni et al. [19] ที่ได้ทำการทดสอบพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่จำนวน 361 คน ในประเทศกรีซ ผ่านกรอบทฤษฎี TPB โดยหลังจากเก็บข้อมูลได้ทำการคำนวณค่า Body Mass Index (BMI) ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ (normal weight) และกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน (overweight/obese) ซึ่งผลการศึกษาเชิงสถิติ ได้ยืนยันว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่คำนึงถึงสุขภาพมากกว่า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) สูงกว่ากลุ่มที่น้ำหนักเกิน

ดังนั้นแล้วงานวิจัยฉบับนี้จึงได้ตั้งข้อสมมติฐาน โดยเชื่อมโยงจากทฤษฎี Implicit Theory of Body Weight ว่า บุคคลที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคโดยคำนึงถึงสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยตัวแปรอิสระที่จะใช้ในการประมาณความสัมพันธ์นี้จะเลือกให้ค่า BMI ของกลุ่มตัวอย่าง

**ปัจจัยที่สาม** ได้แก่ **อายุ (Age)** ซึ่งสามารถตั้งข้อสมมติฐานได้ว่า อายุที่มากขึ้นย่อมต้องส่งผลให้แนวโน้มการบริโภคเพื่อสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านอายุกับการบริโภค

เพื่อสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นของ Wardle et al. [11] พบว่า ในยุโรปการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพยังมีสัดส่วนที่ต่ำสำหรับกลุ่มอายุ 18 ถึง 24 ปี โดยเพศหญิงยังคงมีสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่าเพศชาย แต่สำหรับกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะบริโภคเพื่อสุขภาพมากขึ้น งานวิจัยของ Ervin [12] ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไประบุว่า อายุที่มากขึ้นโรคประจำตัว และสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงส่งผลให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่ไม่ไขมันหรือน้ำตาลได้ในปริมาณที่น้อยลง ดังนั้นกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นต้องเพิ่มการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่รายงานว่าตนมีสุขภาพดีมีการบริโภคผักผลไม้รวมทั้งอาหารเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ

ธีรวิธ วรรณไพบุลย์ [34] ระบุว่าผู้บริโภคจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเหตุผลมากขึ้นเมื่อสูงอายุขึ้น โดยเลือกบริโภคอาหารสุขภาพมากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ และอาหารเสริม Dean et al. [20] ได้เพิ่มเติมว่านอกเหนือจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้คนมีแนวโน้มจะหันมาบริโภคเพื่อสุขภาพมากขึ้นแล้ว ยังคงมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อระดับการบริโภคเพื่อสุขภาพ โดยจากการวิเคราะห์เชิงสถิติด้วยสมการถดถอย พบว่า รายได้ สุขภาพ การเข้าถึงรถยนต์ และสภาพความเป็นอยู่ เป็นสี่ปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงทำให้งานวิจัยฉบับนี้ให้ความสนใจที่จะศึกษาถึงประเด็นเรื่องปัญหาสุขภาพ และ รายได้ เป็นปัจจัยที่สี่และห้าตามลำดับ

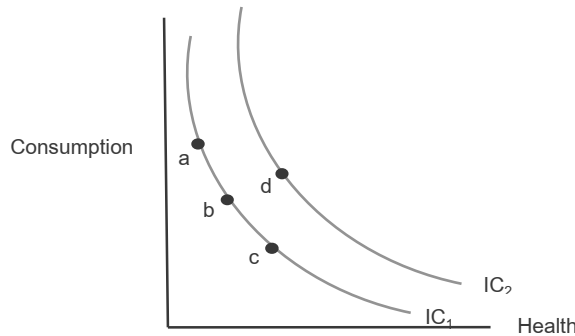
### **ปัจจัยที่สี่ สุขภาพ (Health Status)**

โดยทั่วไปแล้วหากเราศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกับสุขภาพ เราจะพบว่างานศึกษาในอดีตที่ผ่านมาจำนวนมากล้วนระบุความสัมพันธ์ทางหนึ่งที่ชัดเจนตามหลักทางการแพทย์ว่าการบริโภคอาหารที่ดีย่อมส่งผลทางบวกต่อสุขภาพที่ดี และยังช่วยลดความเสี่ยงต่อ



การเกิดโรคกลุ่ม NCDs [20, 35-37] อย่างไรก็ตาม ถ้าเราสลับการวิเคราะห์โดยนำตัวแปรสุขภาพมาเป็นตัวแปรอิสระ (Dependent Variable) ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคมาเป็นตัวแปรตาม (Independent Variable) เพื่อศึกษาว่าระหว่างกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว กับกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างไร จากบทความของ Wagstaff [21] ที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีอุปสงค์เข้ากับเรื่องสุขภาพออกมาเป็นแนวคิดเรื่อง อุปสงค์ต่อสุขภาพ (Demand for Health) โดยเขาได้นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภค (Consumption) และสุขภาพ (Health) ผ่านเส้นความพอใจเท่ากัน (Indifferent Curve; IC) ซึ่งมีลักษณะโค้งเว้าเข้าหาจุดกำเนิด (Convex preference) ว่า บุคคลจะมีความพอใจมากขึ้นถ้าได้บริโภคมาก

ขึ้นและมีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้น จุด d ซึ่งอยู่บนเส้น  $IC_2$  จึงให้ความพอใจสูงกว่าจุด a, b, และ c ซึ่งอยู่บนเส้น  $IC_1$  อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาที่ความพอใจคงที่จะพบว่า การบริโภคกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กล่าวคือ ถ้าต้องการมีสุขภาพที่ดีขึ้นย่อมต้องลดการบริโภคในสิ่งที่ตนชื่นชอบลงเพื่อให้ยังคงมีความพอใจเท่าเดิม (จากจุด b ไปจุด c) หรือในกรณีที่ยากบริโภคมากขึ้นย่อมต้องแลกมาด้วยสุขภาพที่ลดลง (จากจุด b ไปจุด a) ทั้งนี้ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ได้กำหนดให้จุด a, b, และ c ให้ความพอใจเท่ากัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าจากทฤษฎี Demand for Health ของ Wagstaff [21] หากบุคคลต้องการมีสุขภาพที่ดีขึ้นต้องแลก (Trade-off) มาด้วยการลดลงของการบริโภค (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 เส้นความพอใจเท่ากันกรณี การบริโภค และสุขภาพ  
ที่มา: ดัดแปลงจาก Wagstaff [21]

ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงตั้งข้อสมมติฐานว่า บุคคลที่มีสุขภาพดี จะมีแนวโน้มเลือกทางเลือกสุขภาพมากกว่าทางเลือกที่เป็นการบริโภคเพื่อความพอใจส่วนตัว

**ปัจจัยที่ห้า รายได้ (Income)** ถ้าวิเคราะห์ด้วยสมมติฐานจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาค อาหารและเครื่องดื่มที่เป็นทางเลือกเพื่อสุขภาพ

(Healthy foods) จัดได้ว่าเป็นสินค้าปกติ (Normal goods) ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ กล่าวคือ ถ้ารายได้เพิ่ม ก็จะบริโภคเพิ่มขึ้น [22] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยต่างในอดีตล้วนนำเสนอผลการศึกษาที่สอดคล้องกับทฤษฎีดังกล่าว เช่น De Irala-Estevéz et al. [38] ได้ทำการศึกษา

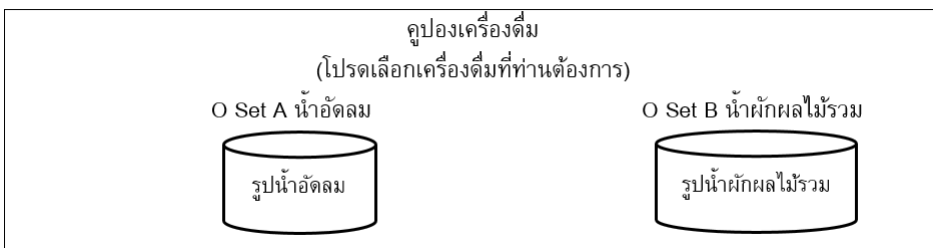
กรณีความแตกต่างระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประเทศในยุโรป พบว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อยจะมีแนวโน้มที่จะเลือกอาหารที่เป็นทางเลือกเพื่อสุขภาพต่ำ นอกจากนี้กลุ่มที่มีรายได้น้อยยังมีสัดส่วนของการบริโภคผักและผลไม้อยู่ในระดับต่ำ งานวิจัยของ Dean et al. [20] ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุก็ได้รับบุ๋นทำนองเดียวกันว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีสัดส่วนในการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้แล้ว Donkin, Dowler, Stevenson, and Turner [39] ได้เพิ่มเติมว่า อาหารสุขภาพมักจะมีราคาแพงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอาหารทั่วไป ผู้บริโภคจึงมีต้นทุนในการซื้อที่สูงกว่า

ปัจจัยสุดท้าย ได้แก่ **ฉลากของสินค้า (Brand)** แน่หนอนว่านอกจากปัจจัยส่วนบุคคลทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคแล้ว ตัวสินค้า (product) เองย่อมมีส่วนต่อการตัดสินใจเลือกของผู้บริโภค (Consumer's choices) เช่นเดียวกัน สำหรับปัจจัยด้านฉลากงานวิจัยฉบับนี้จะทำการออกแบบฉลากทั้งหมด 4 รูปแบบผ่านทฤษฎีเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม

(Behavioral Economics) เพื่อพิจารณาว่าฉลากแบบใดจะมีส่วนชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะปรับพฤติกรรมมาสนใจบริโภคเพื่อสุขภาพมากขึ้น

ดังที่กล่าวมาในข้างต้นแล้ว นอกจากมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างแล้ว งานวิจัยฉบับนี้ยังได้มีการทดสอบพฤติกรรมดังกล่าวผ่านการทดลองให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้เลือกเครื่องดื่มระหว่างน้ำอัดลมและน้ำผักผลไม้เพื่อสุขภาพ โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับคู่มือสำหรับเลือกเครื่องดื่ม ซึ่งคู่มือจะทำหน้าที่แทนฉลากของสินค้า เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านก่อนที่จะตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่ตนต้องการสำหรับคู่มือเครื่องดื่มนี้มีด้วยกันทั้งหมด 4 รูปแบบดังต่อไปนี้

**รูปแบบที่หนึ่ง** (ภาพที่ 2) เป็นคู่มือเครื่องดื่มที่ให้ผู้บริโภคเลือกน้ำได้ 2 ประเภท ได้แก่ น้ำอัดลม และน้ำผักผลไม้ กรณีนี้จะไม่มีการสอดแทรกวิธีการทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมใดๆลงไป เนื่องจากต้องการให้รูปแบบที่หนึ่งนี้เป็นกรณีพื้นฐาน (Base Case) ในการเปรียบเทียบกับกรณีอื่นๆ



ภาพที่ 2 คู่มือเครื่องดื่มรูปแบบที่หนึ่ง

**รูปแบบที่สอง** ฉลากที่ให้ข้อมูลด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภค (ภาพที่ 3) โดยทั่วไปสินค้าหลายชนิดในท้องตลาดย่อมมีฉลากเพื่อระบุคุณค่าทางโภชนาการ

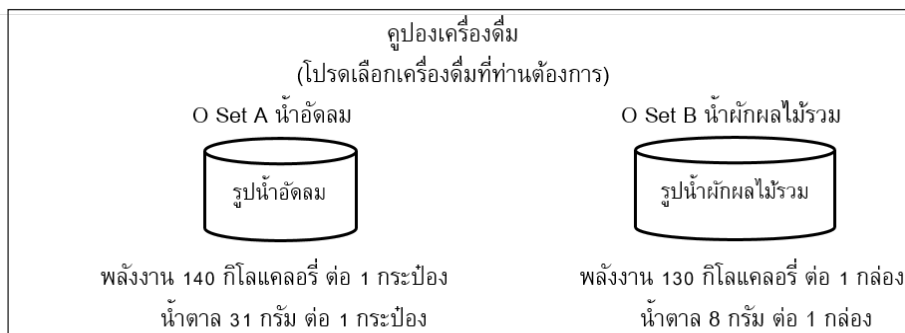
แต่ก็เป็นที่น่าสนใจว่า ก่อนตัดสินใจเลือกสินค้านี้มีผู้บริโภคจำนวนมากน้อยเพียงใดที่พิจารณาข้อมูลด้านโภชนาการเป็นหลัก ฉลากและข้อมูลทางโภชนาการเหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจ

เลือกของผู้บริโภคจริงหรือไม่ ในทางเศรษฐศาสตร์ การที่ผู้บริโภคจะตัดสินใจเลือกสินค้าชนิดไหน นั้นจะเริ่มต้นขึ้นอยู่กับความพอใจ (Preference) ต่อสินค้าและราคา (Price) ของสินค้าชนิดนั้นเป็นลำดับแรกๆ งานวิจัยของ Grunert et al. [23] ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมผู้บริโภคจากร้านสะดวกซื้อจากร้านค้าปลีกใน 3 เมืองใหญ่ของอังกฤษ ได้แก่ เบอร์มิงแฮม แมนเชสเตอร์ และลอนดอน พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 27 เท่านั้นที่อ่านฉลาก โดยกลุ่มผู้หญิงที่อาศัยอยู่กับเด็กเป็นกลุ่มที่สนใจอ่านฉลากมากที่สุด

นอกจากพฤติกรรมการอ่านฉลากแล้ว ตัวฉลากเองก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญเช่นกัน ฉลากที่มีความเด่นชัดและดึงดูดย่อมมีส่วนช่วยให้ผู้บริโภคสนใจอ่านข้อมูลทางโภชนาการมากยิ่งขึ้น งานวิจัยของ Borgmeier and Westenhoefer [24] พบว่า ฉลากที่มีรูปแบบเข้าใจง่าย รวมทั้งรูปแบบที่มีการกำหนดสีตามสัญญาณไฟจราจร

(Traffic Light System) เช่น เขียว เหลือง แดง กำกับปริมาณสารอาหาร จะสามารถช่วยให้ผู้บริโภคเข้าใจในคุณค่าทางโภชนาการได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทางโภชนาการบนฉลากสินค้า มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าหรือไม่ นั้นยังไม่ชัดเจน

ดังนั้น งานวิจัยฉบับนี้จึงมีความตั้งใจจะศึกษาประเด็นดังกล่าว ด้วยการให้ข้อมูลทางโภชนาการที่เด่นชัดและสามารถเปรียบเทียบได้ จากนั้นจึงทดสอบผลจากการให้ข้อมูลด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการเลือกบริโภคของผู้บริโภค โดยจะนำเสนอคุปองเครื่องดื่มอย่างสุ่มให้กับกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกกระหว่างน้ำอัดลมและน้ำผักผลไม้ ซึ่งคุปองแบบที่ 1 เป็นคุปองที่ให้เลือกระหว่างน้ำอัดลมและน้ำผักผลไม้โดยไม่มีการให้ข้อมูลใดๆ ในขณะที่คุปองแบบที่ 2 มีการระบุปริมาณแคลอรีและปริมาณน้ำตาล (กรัม) ให้ผู้ร่วมทดลองเห็น และสามารถเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจน



ภาพที่ 3 คุปองเครื่องดื่มรูปแบบที่สอง

รูปแบบที่สาม ฉลากที่ออกแบบโดยดัดแปลงจากทฤษฎี **Status Quo Bias** (ภาพที่ 4 และ 5) บทความของ Samuelson and Zeckhauser [25] ได้นำเสนอแนวคิด Status Quo Bias หรือ Default Option ไว้ว่า ถ้ามีการนำเสนอทางเลือกหลัก (Default Option) ให้กับเรา

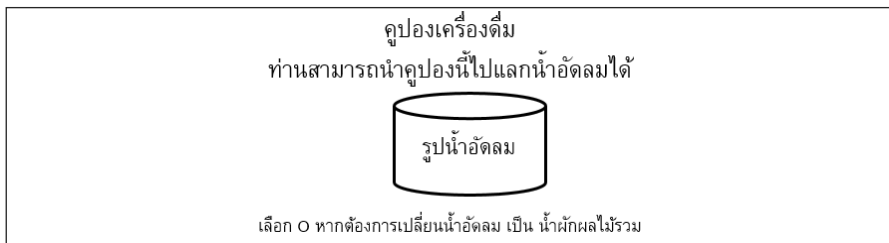
ตัวเราเองก็จะมีแนวโน้มที่จะมีอคติเชิงพฤติกรรมที่จะยึดติดกับทางเลือกหลักนั้น แม้ว่าจะมีโอกาสเปลี่ยนไปเลือกทางเลือกอื่นก็ได้ เนื่องจากอาจมีความเชื่อว่า สิ่งที่ถูกนำเสนอเป็นทางเลือกหลักนั้น เป็นสิ่งที่ดีที่สุด หรือ ไม่ชอบความเสี่ยงในกรณีที่เปลี่ยนทางเลือก หรือ ไม่อยากเสียเวลาในการ

คิดคำนวณประมวลผลข้อมูลในกรณีที่ต้องเปลี่ยนตัวเลือก ตัวอย่างเช่น Johnson and Goldstein [40] ได้นำแนวคิดนี้ไปศึกษากับประเด็นของการบริจาคอวัยวะของกลุ่มประเทศยุโรป ซึ่งพบว่าในกลุ่มประเทศที่หนึ่ง ทางเลือกหลักที่เสนอให้คือไม่ต้องการบริจาคอวัยวะ หากผู้ใดมีความประสงค์จะบริจาคต้องเลือกทางเลือกรองและไปลงทะเบียนแสดงความจำนงเพื่อสมัครบริจาคอวัยวะ ในขณะที่กลุ่มประเทศที่สอง ทางเลือกหลักคือแสดงความจำนงยินยอมบริจาคอวัยวะ หากใครไม่ประสงค์จะบริจาคให้เลือกรองทางเลือกรองพร้อมทั้งไปลงทะเบียนขอไม่บริจาค ซึ่งผลการศึกษาพบว่าอัตราการบริจาคอวัยวะของประเทศในกลุ่มที่หนึ่งมีน้อยกว่ากลุ่มที่สองอย่างมีนัยสำคัญ

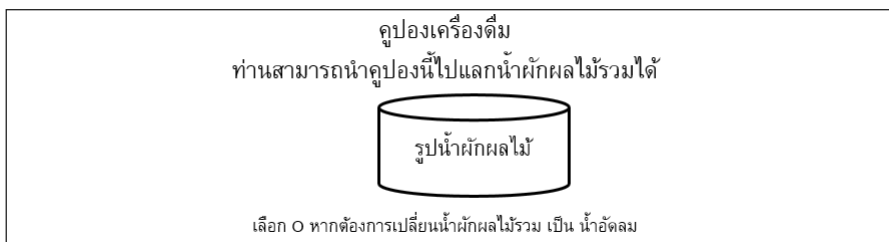
สำหรับการประยุกต์แนวคิด Status Quo Bias กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ยังเป็นงานวิจัยในต่างประเทศซึ่งได้ทำการทดลองโดยเสนอทางเลือกหลักเป็นทางเลือกเพื่อสุขภาพ (ในวิธีที่หลากหลายแตกต่างกัน) ซึ่งพบว่า การให้ทางเลือกหลัก

เป็นทางเลือกเพื่อสุขภาพมีส่วนช่วยให้ผู้ทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใส่ใจสุขภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ต้องระวังมิให้ทางเลือกหลักมีลักษณะเหมือนการบังคับมากเกินไป รวมทั้งการออกแบบทางเลือกรองก็ไม่ควรจะมีโดดเด่นกว่าทางเลือกหลัก [41-44]

ดังนั้นสำหรับงานวิจัยฉบับนี้จึงมีความต้องการจะประยุกต์เอาแนวคิด Status Quo Bias มาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างกรณีประเทศไทย โดยทำการออกแบบคูปองแบบที่ 3 เป็นการนำเสนอ น้ำอัดลมให้เป็นทางเลือกหลัก ในขณะที่ให้น้ำผักผลไม้เป็นทางเลือกรอง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือเสนอ น้ำอัดลมให้ผู้บริโภคในทันทีแต่ผู้บริโภคสามารถเลือกที่จะเปลี่ยนจากน้ำอัดลมเป็นน้ำผลไม้ได้ และ คูปองแบบที่ 4 เป็นการนำเสนอ น้ำผักผลไม้ให้เป็นทางเลือกหลัก ในขณะที่ให้น้ำอัดลมเป็นทางเลือกรอง ทั้งนี้เพื่อทำการเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการดังกล่าวกับวิธีการทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมอื่นๆ



ภาพที่ 4 คูปองเครื่องดื่มรูปแบบที่สาม



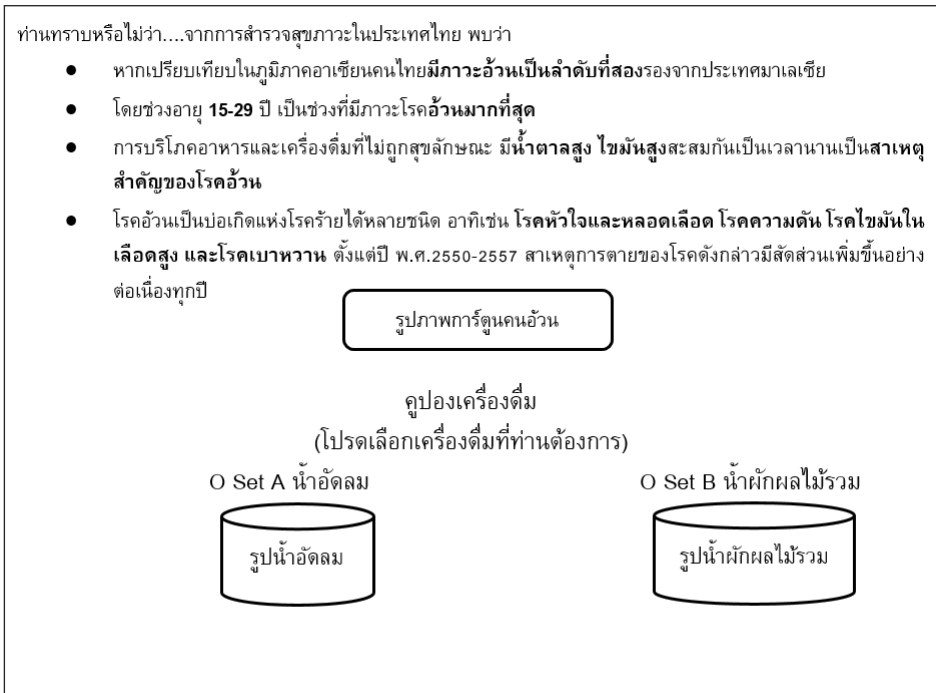
ภาพที่ 5 คูปองเครื่องดื่มรูปแบบที่สี่

**รูปแบบสุดท้าย ฉลากที่ออกแบบ โดยตัดแปลงจากทฤษฎี Loss Aversion** (ภาพที่ 6) หรือ ความเกรงกลัวต่อความสูญเสีย ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า สำหรับบุคคลหนึ่งๆ เขาจะมีทั้งได้ (Gain) และเสีย (Loss) แต่ในกรณีที่บุคคลนั้นมีอคติเชิงพฤติกรรมดังกล่าว บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับความสูญเสียมากกว่าสิ่งที่ตัวเองได้รับ กล่าวอีกนัยหนึ่ง Loss Aversion คือ ปรากฏการณ์ที่บุคคลหนึ่งให้ความสำคัญกับสิ่งที่ตนจะสูญเสียมากกว่าสิ่งที่ตนเองจะได้รับ [26-28]

สำหรับการประยุกต์แนวคิด Loss Aversion กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคนั้น จะเห็นได้ชัดเจนในกรณีของฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ที่มีการระบุโทษรวมทั้งรูปภาพการเจ็บป่วย (Pictorial Health Warnings: PHWs) และผลกระทบด้วยโรคร้ายจากบุหรี่ แนวทางการใช้ฉลากเตือนบนซองบุหรือนั้นเป็นที่นิยมใช้ในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยกระตุ้นเตือนให้ผู้บริโภครู้สึกตระหนักและเกรงกลัวต่อโทษของบุหรี่ แนวคิดนี้สามารถเชื่อมโยงกับทฤษฎี Loss Aversion ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลจากการประยุกต์ใช้กับบุหรี่ยุคประเทศไทย World Health World Health Organization [45] รายงานว่า จากผลสำรวจพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ที่สูบบุหรี่ตระหนักถึงโทษของบุหรี่และนึกถึงการเลิกบุหรี่ เมื่อได้เห็นฉลากที่ระบุโทษของบุหรี่ นอกจากนี้ ร้อยละ 98.2 ของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เมื่อเห็นภาพจากฉลากแล้วไม่คิดริเริ่มหรือไม่ยากที่จะลองสูบบุหรี่ในต่างประเทศ Azagba and Sharaf [46] ได้ทำการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งวิเคราะห์ทางสถิติกรณีประเทศแคนาดา ซึ่งพบว่า ภาพ คำเตือนบนซองบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่อย่างอ้อมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ งานศึกษาของ Wallace, Stratton, and Bonnie [47] และ Hammond, Fong, McNeill, Borland, and Cummings [48] ได้สรุปผลการศึกษา

ในทางเดียวกันว่า รูปภาพที่มีขนาดใหญ่และชัดเจนจะส่งผลสำคัญต่อการสังเกตและระลึกถึงได้มากกว่าข้อความ ดังนั้นนอกจากข้อความที่ระบุถึงโทษของการบริโภคแล้ว รูปภาพมีส่วนที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมนอกเหนือจากกรณีของบุหรี่ยุคสมัยที่พบว่า การประยุกต์แนวคิด Loss Aversion กับการบริโภคเพื่อสุขภาพยังคงเป็นมีไม่แพร่หลายนัก ดังนั้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงต้องการจะประยุกต์เอาแนวคิด Loss Aversion มาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างกรณีประเทศไทย โดยออกแบบสุดท้ายที่จะออกแบบให้มีข้อความเตือนเกี่ยวกับสถานการณ์โรคอ้วนและกลุ่มโรค NCDs ในประเทศไทย รวมทั้งมีรูปภาพการ์ตูนคนอ้วนประกอบให้แก่กลุ่มตัวอย่างดูก่อนที่จะตัดสินใจเลือกเครื่องดื่ม ทั้งนี้เพื่อทำการเปรียบเทียบผลการทดลองกับงานวิจัยก่อนหน้า รวมถึงเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการดังกล่าวกับวิธีการทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมอื่นๆ



ภาพที่ 6 คูปองเครื่องดื่มรูปแบบที่ห้า

### 3. แบบจำลอง (Model)

เมื่อได้ทำการทบทวนวรรณกรรม กรอบแนวคิดทฤษฎี รวมทั้งสมมติฐานของความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ในส่วนต่อจากนี้จะนำเสนอแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

$$\text{EatingBE} = \beta_0 + \beta_1 \text{Gender} + \beta_2 \text{Overweight} + \beta_3 \text{Age} + \beta_4 \text{Health} + \beta_5 \text{Income} + \beta_6 \text{Coupon} \quad (1)$$

สมการที่ (1) คือ แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา EatingBE (Eating Behavior) คือ ตัวแปรตาม (Y:Dependent Variable) ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของงานวิจัยในอดีตจะมุ่งเน้นไปที่วิธีการเก็บแบบสอบถามเพื่อสำรวจพฤติกรรม ความถี่ ความชื่นชอบ ของผู้บริโภค รวมทั้งทดสอบทัศนคติผ่านการให้ลำดับความสำคัญต่างๆ สำหรับการวัดพฤติกรรมการบริโภคของงานวิจัยฉบับนี้จะมีส่วนของวิธีการที่ใช้เช่นเดียวกับงานวิจัยในอดีต กล่าวคือส่วนหนึ่งในคำถามของแบบสอบถามได้ดัดแปลงจากแบบประเมิน

สุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ [49] ในหมวดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คະแนนที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบนี้จะถูกนำไปถ่วงน้ำหนักพิจารณาพร้อมกับวิธีการเชิงทดลองที่สังเกตพฤติกรรมการเลือกเครื่องดื่มระหว่าง น้ำอัดลม (ทางเลือกปกติ) กับน้ำผักผลไม้ (ทางเลือกสุขภาพ) เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามทำแบบทดสอบในส่วนนี้ควบคู่ไปกับการตัดสินใจเลือกเครื่องดื่ม ผู้วิจัยก็จะสามารถประเมินพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพขั้นต้นได้ โดยที่ตัวแปร EatingBE (Eating Behavior) ดังกล่าวจะมีการกำหนดค่าของตัวแปรตามไว้ 2 ค่า ได้แก่ 1 และ 0

ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนประเมินสูงกว่าเกณฑ์จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของคนที่มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการบริโภคโดยคำนึงถึงสุขภาพ (เลือกทางเลือกสุขภาพ) โดยตั้งค่าให้เท่ากับ 1 ในขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่คำนึงถึงสุขภาพโดยตั้งค่าให้เท่ากับ 0

ตัวแปรอิสระ (X:Independent Variables) ตัวที่หนึ่ง Gender หรือเพศ เป็นตัวแปร Dummy ที่กำหนดค่าไว้เท่ากับ 1 ในกรณีที่เป็นผู้ชาย และ 0 ในกรณีที่เป็นผู้หญิง ตัวแปรอิสระตัวที่สอง Overweight คือ ภาวะน้ำหนักเกิน ตัวแปรนี้เป็นตัวแปร Dummy ที่ใช้สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกับการบริโภค โดยผู้วิจัยได้คำนวณค่า BMI ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม โดยกำหนดค่าเท่ากับ 1 ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ( $BMI > 25$ ) และ เท่ากับ 0 ในกรณีที่ภาวะน้ำหนักปกติ ( $BMI \leq 25$ ) ตัวแปรอิสระตัวที่สาม Age คือ อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ตัวแปรอิสระตัวที่สี่ Health คือ สุขภาพเป็นตัวแปร Dummy เท่ากับ 1 ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีปัญหาสุขภาพ และเท่ากับ 0 ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีปัญหาสุขภาพ สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจนั้น จะมาจากคำถามในแบบสอบถามที่มีคำถามส่วนหนึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ [49] ในหมวดของสุขภาพร่างกาย ตัวแปรอิสระตัวที่ห้า Income หรือรายได้ เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และตัวแปรอิสระตัวสุดท้าย Coupon หรือคูปองเครื่องดื่ม โดยที่ผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับคูปองเลือกเครื่องดื่มเป็นลำดับแรกก่อนทำการตอบแบบสอบถาม งานวิจัยฉบับนี้ได้ออกแบบคูปองที่แตกต่างกันด้วยกันทั้งหมด 5 แบบตามทฤษฎีของเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม คูปองทั้ง 5 แบบนี้

มีจำนวนเท่าๆ กันและจะถูกสุ่มแจกให้ผู้ตอบแบบสอบถามคนละ 1 ใบเท่านั้น สำหรับคูปองแบบที่ 1 เป็นคูปองปกติที่ให้เลือกระหว่างน้ำอัดลมกับน้ำผักผลไม้ (Based Case) แบบที่ 2 เป็นคูปองที่มีการระบุข้อมูลทางโภชนาการ ได้แก่ ปริมาณแคลอรี และน้ำตาล ของน้ำอัดลมและน้ำผักผลไม้ตามลำดับ (คูปองที่ 2 เป็นการทดสอบการให้ข้อมูลกับการตัดสินใจบริโภค) คูปองแบบที่ 3 เป็นคูปองที่เสนอให้อัดลมให้เป็นทางเลือกหลักในขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกเปลี่ยนจากน้ำอัดลมเป็นน้ำผักผลไม้ไม่ได้ คูปองแบบที่ 4 มีลักษณะเช่นเดียวกันกับแบบที่ 3 แตกต่างเพียงแค่สลับให้น้ำผักผลไม้เป็นทางเลือกหลัก (คูปองที่ 3 และ 4 เป็นการทดสอบ Status Quo Bias กับการตัดสินใจบริโภค) และท้ายที่สุดคูปองแบบที่ 5 เป็นคูปองมีข้อความเตือนเกี่ยวกับสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย การเจ็บป่วย และผลเสียจากโรคในกลุ่ม NCDs รวมทั้งมีรูปภาพการ์ตูนคนอ้วนประกอบให้แก่กลุ่มตัวอย่างดูก่อนจะตัดสินใจเลือกเครื่องดื่ม (คูปองที่ 5 เป็นการทดสอบ Loss Aversion กับการตัดสินใจบริโภค) เนื่องจากคูปองมี 5 แบบ ตัวแปรอิสระตัวสุดท้าย จึงเป็นตัวแปร Dummy ต่อเนื่องกัน 4 ตัวแปร โดยกำหนดให้คูปองแบบที่ 1 เป็นตัวแปรฐาน (Based Case)

### ผลการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มนักเรียนมัธยมต้น มัธยมปลาย นิสิตนักศึกษา และคนวัยทำงาน ในพื้นที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ครอบคลุม โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) โดยหลังจากการดำเนินการเก็บแบบสอบถามพร้อมทั้งตัดแบบสอบถามที่มีปัญหาหรือตอบไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ออก จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 375 คน แบ่งเป็น นักเรียนมัธยมต้น

85 คน นักเรียนชั้นมัธยมปลาย 95 คน นิสิตนักศึกษา 112 คน และคนวัยทำงาน 83 คน

การเก็บข้อมูลเริ่มต้นด้วยการที่กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือเครื่องตุ้มเป็นการแสดงความขอบคุณเป็นลำดับแรก หลังจากเลือกเครื่องตุ้มแล้วผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับเครื่องตุ้มทันที จากนั้นจึงได้รับแจกแบบสอบถามเพื่อตอบแบบสอบถามเป็นขั้นตอนต่อไป สาเหตุที่งานวิจัยฉบับนี้ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกเครื่องตุ้มเป็นลำดับแรกเพื่อที่จะได้ทราบพฤติกรรมการบริโภค (Eating Behavior) ของกลุ่มตัวอย่าง ณ ขณะนั้น โดยปราศจากการแทรกแซง (Interference) เพราะถ้าในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้ทำแบบสอบถามก่อน กลุ่มตัวอย่างพบคำถามที่เกี่ยวกับการบริโภค และสุขภาพอาจจะทำให้การตัดสินใจเลือกเครื่องตุ้มเกิดอคติ (Biasness) ได้ ซึ่งอาจจะไม่สามารถสะท้อนพฤติกรรมและความชื่นชอบที่แท้จริง หรืออาจจะส่งผลให้ไม่สามารถวัดประสิทธิภาพของแนวคิดเศรษฐศาสตร์ พฤติกรรมจากคู่มือเครื่องตุ้มได้

จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ร้อยละ 21 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight: BMI อยู่ระหว่าง 25-29.9) ในขณะที่ร้อยละ 16 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในภาวะอ้วน (Obesity: BMI ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป) โดยกลุ่มคนวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของคนที่มีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนสูงที่สุด รองลงมาคือนักเรียนมัธยมต้น มัธยมปลาย และนิสิตนักศึกษาตามลำดับ

ในขณะที่การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรสนิยมการบริโภคชื่นชอบอาหารจำพวกแป้ง เนื้อสัตว์ รวมทั้งอาหารขมและเครื่องตุ้มที่มีไขมันสูงและรสชาติหวาน ในขณะที่การบริโภคผักและผลไม้มีสัดส่วนน้อย จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 37 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าไม่ชอบรับประทานผักหรือรับประทาน

ผักในปริมาณน้อย ในขณะที่ ร้อยละ 14 ไม่ชอบรับประทานผลไม้หรือรับประทานผลไม้ในปริมาณน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มนักเรียนมัธยมต้น (ร้อยละ 46) นักเรียนมัธยมปลาย (ร้อยละ 39) รายงานว่าไม่ชอบรับประทานผักหรือรับประทานผักได้ในปริมาณน้อย สำหรับผลการศึกษาที่ได้จากแบบจำลอง แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผลการประมาณการแบบจำลอง Logit model และ Probit Model ล้วนให้ผลการประมาณที่สอดคล้องกัน ทั้งด้านของความสัมพันธ์ (Sign) ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ ค่าผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal effect) รวมทั้งนัยสำคัญทางสถิติ (Significance)

จากตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้บุคคลมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการบริโภคโดยคำนึงถึงสุขภาพ รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะเลือกทางเลือกสุขภาพ (น้ำผักผลไม้) เมื่อได้รับคู่มือเครื่องตุ้ม (Positive Relationship) ได้แก่ เพศหญิง (Gender = Female) การมีภาวะน้ำหนักปกติ ( $BMI \leq 25$ ) อายุ การที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ การได้รับคู่มือที่ระบุข้อมูลทางโภชนาการ การได้รับคู่มือที่เสนอน้ำผักผลไม้เป็นทางเลือกหลัก และการได้รับคู่มือที่มีข้อความและรูปภาพเตือนเกี่ยวกับโรคอ้วนและโรค NCDs ในประเทศไทย

โดย ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Significance) มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ คู่มือที่เสนอให้น้ำผักผลไม้เป็นทางเลือกหลัก และคู่มือที่มีข้อความเตือนเกี่ยวกับสถานการณ์โรคอ้วน โรค NCDs ในประเทศไทย รวมทั้งมีรูปภาพการ์ตูนคนอ้วนประกอบ



ตารางที่ 4 ผลการศึกษา

Estimation Methods	Logit		Probit	
	Coefficient	Marginal Effect (dy/dx)	Coefficient	Marginal Effect (dy/dx)
Dependent Variable (Y): EatingBE				
Constant	-4.2354***		-2.5754***	
Gender	-0.4013	-0.0906	-0.2321	-0.0862
Overweight	-1.1112	-0.2260	-0.6918	-0.2351
Age	0.1246**	0.0290**	0.0769**	0.0292**
Health	0.5643	0.1283	0.3435	0.1279
Income (1:1000 บาท)	-0.0005	-0.0001	-0.0021	-0.0007
Coupon (ให้ข้อมูลทางโภชนาการ)	1.3967	0.3341	0.8495	0.3281
Coupon (น้ำอัดลมเป็นทางเลือกหลัก)	-0.3807	-0.0859	-0.2015	-0.0749
Coupon (น้ำผักผลไม้เป็นทางเลือกหลัก)	2.1373**	0.4862**	1.2909**	0.4790**
Coupon (ข้อความเตือนเกี่ยวกับสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย โรค NCDs รวมทั้งมีรูปภาพการ์ตูนคนอ้วนประกอบ)	2.1239**	0.4816**	1.2884**	0.4764**
Mean Dependent Variable	0.391304		0.391304	
McFadden R-squared	0.344759		0.348426	

หมายเหตุ1: \* หมายถึง มีนัยสำคัญที่ช่วงเชื่อมั่น 90%, \*\* หมายถึง มีนัยสำคัญที่ช่วงเชื่อมั่น 95%, และ \*\*\* หมายถึง มีนัยสำคัญที่ช่วงเชื่อมั่น 99%

หมายเหตุ2: คู่มือแบบที่หนึ่งถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรฐาน (Based case)

หากทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นรายปัจจัยจะพบว่า ปัจจัยที่หนึ่ง เพศ (Gender) จากผลการประมาณการแสดงให้เห็นว่า เพศหญิงแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่คำนึงถึงสุขภาพ รวมถึงมีโอกาสเลือกน้ำผักผลไม้ (ทางเลือกสุขภาพ) มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับกลุ่มงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น งานของ Wardle et al. [11] Ervin [12] Emanuel et al. [13] Salehi et al. [14] Vlassoff [15] และ Gandarillas et al. [16] ที่ต่างสรุปไปในทางเดียวกันว่า ผู้หญิงจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ใส่ใจต่อสุขภาพมากกว่าผู้ชาย

ปัจจัยที่สอง สภาวะน้ำหนัก ผลการวิจัยพบว่าบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักปกติจะมีแนวโน้มที่จะ

เลือกทางเลือกสุขภาพมากกว่าผู้ที่อยู่ในสภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีและสมมติฐานที่ตั้งไว้เบื้องต้น นอกจากนี้ ผลจากผลการสำรวจภาวะน้ำหนักเกินระหว่างเพศหญิงและเพศชายพบว่า อยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน สูงกว่าเล็กน้อย คือร้อยละ 53 ขณะที่เพศชายร้อยละ 47

ปัจจัยที่สาม อายุ พบว่า อายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคโดยใส่ใจสุขภาพมากขึ้น ตัวแปรอายุนี้เป็นหนึ่งในสามตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วยนักเรียนชั้นมัธยมต้น นักเรียนชั้นมัธยมปลาย นิสิตนักศึกษา และกลุ่มคนวัยทำงาน ซึ่งทั้ง

4 กลุ่มที่มีอายุอยู่ระหว่าง 12 ถึง 60 ปี การที่ปัจจัยดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าพฤติกรรมในการเลือกบริโภคของคนทั้ง 4 กลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่อายุน้อยจะยังคงบริโภคโดยยึดตามความพอใจส่วนบุคคลเป็นหลัก แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะเริ่มบริโภคโดยให้ความสำคัญถึงสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wardle et al. [11] และ Ervin [12] รวมทั้งสมมติฐานที่ตั้งไว้จากผลประมาณการด้วยแบบจำลอง Logit และ Probit พบว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเพิ่มขึ้นหนึ่งปี โอกาสหรือความน่าจะเป็นที่จะเลือกทางเลือกสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.029 และ 0.0292 ตามลำดับ หรือโดยประมาณที่ค่า 0.03 (ร้อยละ 3)

ปัจจัยที่สี่ สุขภาพ จากแบบจำลอง พบว่าการมีสุขภาพที่ดีส่งผลสนับสนุนพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในขณะที่ปัจจัยที่ห้า รายได้ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการบริโภคเพื่อสุขภาพ ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal effect) จะพบว่ารายได้มีอิทธิพลค่อนข้างต่ำต่อการตัดสินใจการบริโภค ทั้งนี้ปัจจัยทางด้านสุขภาพและรายได้ล้วนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

และท้ายสุดการประยุกต์ทฤษฎีอคติเชิงพฤติกรรม (Behavioral Bias) พบว่า ปัจจัยที่หก การให้ข้อมูลทางโภชนาการ ได้แก่ ปริมาณแคลอรีและปริมาณน้ำตาล ในเชิงความสัมพันธ์พบว่า เป็นความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ การได้รับข้อมูลส่งผลสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเลือกทางเลือกสุขภาพ (น้ำผักผลไม้รวม) มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่เจ็ดการประยุกต์แนวคิด Status Quo Bias พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะยึดติดกับทางเลือกหลักไม่ว่ากรณีใดที่ทางเลือกหลักเป็นน้ำอัดลมก็จะยึดติดกับน้ำอัดลม หรือในกรณี

ทางเลือกหลักเป็นน้ำผักผลไม้ก็จะยึดติดกับน้ำผักผลไม้ โดยอุปองที่นำเสนอ น้ำผลไม้เป็นทางเลือกหลักเป็นหนึ่งในสามตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลประมาณการด้วยแบบจำลอง Logit และ Probit พบว่า ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอุปองที่เสนอทางเลือกสุขภาพ (น้ำผักผลไม้) เป็นทางเลือก โอกาสที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ หรือยึดติดกับทางเลือกสุขภาพนี้ โดยไม่เปลี่ยนเป็นน้ำอัดลม (แม้มีโอกาสจะเปลี่ยนได้) เท่ากับ 0.4862 และ 0.479 ตามลำดับ หรือโดยประมาณที่ค่าความน่าจะเป็นในช่วง 0.47 – 0.486 (ร้อยละ 47 ถึง ร้อยละ 48.6)

และท้ายที่สุด การประยุกต์แนวคิดเรื่องการเกรงกลัวความสูญเสีย (Loss Aversion) กับการบริโภคเพื่อสุขภาพ จากการประมาณการจากทั้งแบบจำลอง Logit และ Probit พบว่า ปัจจัยนี้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและรูปภาพเตือนเกี่ยวกับผลเสียของโรคอ้วนและกลุ่มโรค NCDs (Pictorial Health Warnings: PHWs) ก่อนที่จะตัดสินใจ จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความคำนึงถึงความสูญเสีย (Loss) ส่งผลให้โอกาสหรือความน่าจะเป็นที่กลุ่มตัวอย่างจะเลือกทางเลือกสุขภาพเท่ากับ 0.4816 และ 0.4764 ตามลำดับ หรือโดยประมาณที่ค่าความน่าจะเป็นในช่วง 0.4764 – 0.4816 (ร้อยละ 47.64 ถึง ร้อยละ 48.16)

### สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยฉบับนี้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ นอกจากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแล้ว ยังได้ทำการสำรวจด้วยวิธีการเชิงทดลองควบคู่กับการสังเกตพฤติกรรมการเลือกเครื่องดื่มของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างนักเรียน นิสิตนักศึกษา และวัยทำงาน ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 12 ถึง 60 ปี มีค่านิยมการบริโภคที่ชื่นชอบอาหารประเภทเนื้อสัตว์รวมทั้งอาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมันและน้ำตาลสูง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการบริโภค ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคมีความแตกต่างระหว่างช่วงอายุ โดยกลุ่มที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการบริโภคตามความพอใจส่วนบุคคลเป็นหลัก ในขณะที่เมื่ออายุมากขึ้นจึงจะมีแนวโน้มที่จะบริโภคโดยให้ความคำนึงถึงสุขภาพมากขึ้น

ด้านการให้ข้อมูลทางโภชนาการ (Nutrition Information) แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเปรียบเทียบก่อนตัดสินใจ พบว่า การให้ข้อมูลทางโภชนาการไม่มีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มของกลุ่มตัวอย่าง จึงสรุปได้ว่าแม้ว่าผู้บริโภคจะได้อ่านข้อมูลทางโภชนาการบนฉลากสินค้า แต่ข้อมูลเหล่านั้นยังไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกสินค้าเท่าไรนัก

อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ทฤษฎีอคติเชิงพฤติกรรม (Behavioral Bias) จากแนวคิดเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมเรื่อง Status Quo Bias และ Loss Aversion สามารถช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งหันมาเลือกทางเลือกสุขภาพมากขึ้น แนวคิดของ Status Quo Bias หรือ Default Risk Option ได้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคติเชิงพฤติกรรมดังกล่าวยึดติดกับน้ำผักผลไม้ที่ได้รับการเสนอเป็นทางเลือกหลัก โดยไม่เปลี่ยนเป็นน้ำอัดลมแม้ว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนได้ก็ตาม ในขณะที่การประยุกต์แนวคิด Loss Aversion ด้วยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงผลเสียของการไม่ใส่ใจสุขภาพ ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคอ้วนและโรค NCDs ประกอบการใช้รูปภาพการ์ตูนคนอ้วน (Pictorial Health Warnings: PHWs) ซึ่งดัดแปลงมาจากกรณีของซองบุหรี่ก็สามารถสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเลือกทางเลือกสุขภาพมากยิ่งขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ถ้านำทั้ง 3 ปัจจัยมาวิเคราะห์ร่วมกันจะพบว่า

การที่อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคเพื่อสุขภาพย่อมส่งผลให้สนับสนุนให้แนวคิดอคติเชิงพฤติกรรมทางด้าน Status Quo Bias และ Loss Aversion มีประสิทธิผลกับกลุ่มที่มีอายุสูงกว่า เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มนิสิตนักศึกษา จะมีแนวโน้มที่จะเลือกทางเลือกสุขภาพถ้าผู้คุมได้คุมที่ดัดแปลงมาจากแนวคิด Status Quo Bias หรือ Loss Aversion สูงกว่ากลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมต้นและมัธยมปลาย

และท้ายที่สุดสำหรับข้อเสนอแนะ เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยฉบับนี้เป็น กลุ่มนักเรียน นิสิต และกลุ่มคนวัยทำงาน จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ จึงเสนอแนะเบื้องต้นว่า แนวคิด Status Quo Bias และ Loss Aversion สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับกรณีของโรงอาหารหรือศูนย์อาหารในสถานศึกษา โรงเรียน หรือมหาวิทยาลัย ตัวอย่างเช่น กรณีมีเมนูอาหารสองแบบ แต่เดิมเมนูอาหารที่เคยใช้อาจจะเป็นเมนูที่หนึ่งอาหารจานหลักทานคู่มันฝรั่งทอดและน้ำอัดลม เมนูที่สองอาหารจานหลักทานคู่สลัดและน้ำผลไม้ ในกรณีนี้สามารถเปลี่ยนมาประยุกต์ Status Quo Bias ด้วยการดัดแปลงในเมนูอาหารใหม่ด้วยการนำเสนอเมนูสุขภาพเป็นเมนูหลักเพียงเมนูเดียว (เสนออาหารจานหลักทานคู่สลัดและน้ำผลไม้ แต่ผู้บริโภคอาจจะเลือกเปลี่ยนน้ำผลไม้เป็นน้ำอัดลม หรือสลัดเป็นมันฝรั่งทอดได้) นอกจากนี้ การประยุกต์แนวคิด Loss Aversion ด้วยการติดข้อความหรือภาพเตือนให้เห็นผลเสียของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักอนามัยก็อาจจะสามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้บริโภคบางส่วนที่มีลักษณะของคนที่ไม่เกรงกลัวความสูญเสีย (Loss Averse) ปรับพฤติกรรมการบริโภคได้เช่นกัน ทั้งนี้เพื่อเชิดชวนให้คนไทยโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโดยหันมาคำนึงถึงสุขภาพมากขึ้น เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่ม NCDs และช่วยส่งผลต่อสุขภาพที่ดีในอนาคตสืบไป

## เอกสารอ้างอิง

- [1] สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550, กันยายน). โรคภัยสะสมจากการบริโภค. *หมอชาวบ้าน*. 342. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2559, จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/1099>
- [2] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สาเหตุการตายคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ กรณีประเทศไทยรายปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2557*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html>
- [3] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *กลุ่มโรค NCDs*. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html>
- [4] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *สุขภาพคนไทย*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report2014T.php>
- [5] วิชัย เอกพลากร; และคณะ. (2551). *คู่มือการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551*. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
- [6] Wibulpolprasert, S. (2005). *Thailand health profile 2001-2004*. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. 480.
- [7] โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม). (2558). *รายงานประจำปี ของสถานศึกษา ปีการศึกษา 2558 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม)*. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก <http://satitprasarnmit.ac.th/plandev/index.php/2013-12-11-09-12-11/2557/206-sar1-2558>.
- [8] ส่วนส่งเสริมและบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2558). *สถิติจำนวนนิสิต: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2559, จาก <http://edservice.oop.swu.ac.th/Default.aspx?tabid=7689>
- [9] มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2558). *รายงานประจำปี 2558: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก <http://www.swu.ac.th/SWUAnnualReport/2015/thai>
- [10] Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row.
- [11] Wardle, J., Steptoe, A., Bellisle, F., Davou, B., Reschke, K., Lappalainen, R., & Fredrikson, M. (1997). Health dietary practices among European students. *Health Psychology*. 16(5): 443.
- [12] Ervin, R. B. (2008). Healthy Eating Index scores among adults, 60 years of age and over, by sociodemographic and health characteristics: United States, 1999-2002. *Adv Data*. 395: 1-16.
- [13] Emanuel, A. S., McCully, S. N., Gallagher, K. M., & Updegraff, J. A. (2012). Theory of Planned Behavior explains gender difference in fruit and vegetable consumption. *Appetite*. 59(3): 693-697.

- [14] Salehi, M., Kimiagar, S. M., Shahbazi, M., Mehrabi, Y., & Kolahi, A. (2004). Assessing the impact of nutrition education on growth indices of Iranian nomadic children: an application of a modified beliefs, attitudes, subjective-norms and enabling-factors model. *British journal of nutrition*. 91(05): 779-787.
- [15] Vlassoff, C. (2007). Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *Journal of Health, Population and Nutrition*: 47-61.
- [16] Gandarillas, A., Febrel, C., Galán, I., León, C., Zorrilla, B., & Bueno, R. (2004). Population at risk for eating disorders in a Spanish region. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 9(3): 179-185.
- [17] Burnette, J. L. (2010). Implicit theories of body weight: Entity beliefs can weigh you down. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 36(3): 410-422.
- [18] Ehrlinger, J., Burnette, J. L., Park, J., Harrold, M. L., & Orvidas, K. (2016). Incremental theories of weight and healthy eating behavior. Retrieved November 22, 2016, from <https://labs.wsu.edu/joyceehrlinger/wp-content/uploads/sites/.../ITWeatingJASP.pdf>
- [19] Psouni, S., Chasandra, M., & Theodorakis, Y. (2016). Exercise and Healthy Eating Intentions and Behaviors among Normal Weight and Overweight/Obese Adults. *Psychology*. 7: 598-611.
- [20] Dean, M., Raats, M. M., Grunert, K. G., & Lumbers, M. (2009). Factors influencing eating a varied diet in old age. *Public health nutrition*. 12(12): 2421-2427.
- [21] Wagstaff, A. (1986). The demand for health: theory and applications. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 40(1): 1-11.
- [22] Varian, H. R., & Repcheck, J. (2010). *Intermediate microeconomics: a modern approach*. (Vol. 6). New York: WW Norton & Company.
- [23] Grunert, K. G., Wills, J. M., & Fernández-Celemín, L. (2010). Nutrition knowledge, and use and understanding of nutrition information on food labels among consumers in the UK. *Appetite*. 55(2): 177-189.
- [24] Borgmeier, I., & Westenhofer, J. (2009). Impact of different food label formats on healthiness evaluation and food choice of consumers: a randomized-controlled study. *BMC public health*. 9(1): 184.
- [25] Samuelson, W., & Zeckhauser, R. (1988). Status quo bias in decision making. *Journal of risk and uncertainty*. 1(1): 7-59.
- [26] Chuah, S.-H., & Devlin, J. (2011). Behavioural economics and financial services marketing: a review. *International Journal of bank marketing*. 29(6): 456-469.
- [27] Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica: Journal of the econometric society*: 263-291.

- [28] Leonard, T. C. (2008). Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein, Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. *Constitutional Political Economy*. 19(4): 356-360.
- [29] Huffman, W. E. (2009). Does information change behavior? *Economics Working Papers (2002-2016)*: 1-23.
- [30] มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. (2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียน และนักศึกษา ในจังหวัด สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี*. 3(1): 109-126.
- [31] สุวรรณา เขียงขุนทด; และคณะ. (2557). *ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคน ภาชีเจริญ*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2559, จาก [http://rcfcd.com/wp-content/uploads/2014/03/9\\_สุวรรณารวมเล่มม.pdf](http://rcfcd.com/wp-content/uploads/2014/03/9_สุวรรณารวมเล่มม.pdf)
- [32] จิราภรณ์ เรืองยิ่ง; สุธิตรา จรจิต; และ กานดา จันทร์แย้ม. (2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา: การสังเคราะห์องค์ความรู้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่. Journal of Liberal Arts Prince of Songkla University Hat Yai*. 8(1): 245-264.
- [33] วิไลวรรณ คงกิจ. (2548). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของเด็กวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร*. ปรินญาณินทร์ การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2559, จาก [http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Hea\\_Ed/Wilaiwon\\_K.pdf](http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Hea_Ed/Wilaiwon_K.pdf)
- [34] ชีรวีร์ วราธรไพบูลย์. (2557). พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*. 5(2): 255-264.
- [35] Chadwick, R. (2004). Nutrigenomics, individualism and public health. *Proceedings of the Nutrition Society*. 63(01): 161-166.
- [36] World Cancer Research Fund International. (2014). *The link between food, nutrition, diet and non-communicable diseases* [Press release]. Retrieved November 20, 2016, from [http://www.wcrf.org/sites/default/files/PPA\\_NCD\\_Alliance\\_Nutrition.pdf](http://www.wcrf.org/sites/default/files/PPA_NCD_Alliance_Nutrition.pdf)
- [37] World Health Organization. (2015, September). *Healthy diet*. Retrieved November 20, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
- [38] De Irala-Estevéz, J., Groth, M., Johansson, L., & Oltersdorf, U. (2000). A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European journal of clinical nutrition*. 54(9): 706-714.
- [39] Donkin, A. J., Dowler, E. A., Stevenson, S. J., & Turner, S. A. (2000). Mapping access to food in a deprived area: the development of price and availability indices. *Public health nutrition*. 3(01): 31-38.
- [40] Johnson, E. J., & Goldstein, D. (2003). Do defaults save lives?. *Science*. 302(5649): 1338-1339.

- [41] Anzman-Frasca, S., Dawes, F., Sliwa, S., Dolan, P. R., Nelson, M. E., Washburn, K., & Economos, C. D. (2014). Healthier side dishes at restaurants: an analysis of children's perspectives, menu content, and energy impacts. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 11(1): 81.
- [42] Ferro, G., Gupta, S., & Kropp, J. D. (2013). *The Effect of Pre-Selection and Visual Cues on Food Item Selection by Middle School Children*. Paper presented at the 2013 Annual Meeting, August 4-6, 2013, Washington, DC.
- [43] Hanks, A. S., Just, D. R., Smith, L. E., & Wansink, B. (2012). Healthy convenience: nudging students toward healthier choices in the lunchroom. *Journal of Public Health*. 34(3): 370-376.
- [44] Just, D., & Price, J. (2013). Default options, incentives and food choices: evidence from elementary-school children. *Public health nutrition*. 16(12): 2281-2288.
- [45] World Health Organization. (2009). *Global Adult Tobacco Survey (GATS): Thailand country report*. 2009 [Press release]. Retrieved November 3, 2016, from [http://www.who.int/tobacco/surveillance/thailand\\_gats\\_report\\_2009.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/thailand_gats_report_2009.pdf)
- [46] Azagba, S., & Sharaf, M. F. (2013). The effect of graphic cigarette warning labels on smoking behavior: evidence from the Canadian experience. *Nicotine & Tobacco Research*. 15(3): 708-717.
- [47] Wallace, R. B., Stratton, K., & Bonnie, R. J. (Eds.). (2007). *Ending the tobacco problem: a blueprint for the nation*. Washington DC: National Academies Press.
- [48] Hammond, D., Fong, G. T., McNeill, A., Borland, R., & Cummings, K. M. (2006). Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco control*. 15(suppl. 3). iii19-iii25.
- [49] สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2559). *แบบประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2559, จาก [www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/SelfEvaluationHealth.doc](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/SelfEvaluationHealth.doc)