

การวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ Causal Model Analysis of Communication Factors Affecting Holistic Healthcare Behavior of the Elders

กิริติ คเชนทวา (Kirati Kachentawa)¹

Received: January 29, 2019

Revised: March 11, 2019

Accepted: March 29, 2019

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ คือ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยการสื่อสารที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรต่าง ๆ ในโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (2) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (3) แกนนำผู้สูงอายุภาคประชาชนของกรุงเทพฯ จังหวัดนนทบุรี สมุทรปราการ และปทุมธานี และ 2) การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยหรือทำงานในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 480 คน ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ปัจจัยด้านผู้ส่งสาร เนื้อหาสาร สื่อ/ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ส่วนผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

¹ คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Faculty of Mass Communication, Ramkhamhaeng University

ของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ขณะที่ตัวแปรการบูรณาการสื่อในชุมชน และการสื่อสารเนื้อหาที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็น 2 ตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ปัจจัยการสื่อสาร, โมเดลเชิงสาเหตุ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research objectives were: 1) to analyze communication factors that were suitable for elders' holistic healthcare behavior; 2) to study direct and indirect effects among variables in causal model of communication factors affecting holistic healthcare behavior of the elders; and 3) to investigate the congruence of causal model and empirical data. Mixed methods research was utilized included qualitative and quantitative approaches. In the part of qualitative approach, in-depth interview was conducted with (1) public health officers, (2) local administrative officers and (3) elderly leaders from Bangkok, Nonthaburi, Smut Prakarn and Pathum Thani provinces. Regarding quantitative approach, survey research technique was employed to collect data from 480 elders who resided or earned a living in Bangkok and its vicinity. Qualitative research findings revealed that factors related to the sender, message, media/channel and receiver all affected healthcare behavior of the elders. What is more, the findings of quantitative research revealed the causal model of communication factors affected the elders' holistic healthcare behavior. This was consistent with the empirical data. Meanwhile, variables related to community media integration and communication of various contents are consistent with elders' healthy ways and were two dominant independent variables which had effects toward holistic healthcare behavior of the elders.

Keywords: Communication Factors, Causal Model, Holistic Healthcare Behavior, the Elders

บทนำ

ในช่วงเวลากว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา สภาการณทางประชากรของประเทศไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ มีอัตราการเพิ่มประชากรลดลง ขณะที่ อัตราการตายของประชากรไทยก็ลดลงด้วยเช่นกัน ในประเทศไทย มีสัดส่วนประชากร ผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ยิ่งไปกว่านั้น จำนวนผู้สูงอายุไทยกำลัง จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2570 อีกด้วย ประกอบกับในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุสูงถึง 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และมากกว่าประชากรเด็ก โดยจะมีประชากรผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มากถึง 11,770,000 คน และประเมินว่าปี พ.ศ. 2561 เป็นปีแรก ที่ผู้สูงอายุจะมากกว่าวัยเด็กหลายแสนคน และจะเพิ่มอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2564 ถึงตอนนั้นประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากรผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ดังนั้น การมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อม เพื่รองรับในการเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่กำลังจะมาถึง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560; นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร และ กฤษณา ตรียมณีรัตน์, 2553; บรรลุ ศิริพานิช, 2550)

ดังนั้น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ จึงได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งงานวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ในหัวข้อย่อย **มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ** (คณะกรรมการผู้สูงอายุ แห่งชาติ, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552)

มากไปกว่านั้น สิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุควรตระหนัก คือ เมื่อก้าวเข้าสู่การเป็น ผู้สูงอายุแล้ว จะเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งทุกสิ่งมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ (นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร และกฤษณา ตรียมณีรัตน์, 2553) ยิ่งไปกว่านั้น ในทุกวันนี้ โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายมีผลสืบเนื่องมาจากความเครียดของ จิตใจ โรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ไม่พอเพียง การบริโภคนิยม การกินผักผลไม้ไม่พอ

ขาดการออกกำลังกาย ย่อมส่งผลให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ตามมา ดังนั้น การมอง
มิติสุขภาพแบบองค์รวม โดยเชื่อมโยงในทุก ๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และ
จิตวิญญาณ ซึ่งจัดว่าเป็นการดูแลสุขภาพแนวใหม่ที่มีการบูรณาการส่วนต่าง ๆ ของ
ชีวิตเข้าด้วยกัน จึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องฝึกฝนตนเองเหนือขึ้นมาจากการเพียงแค่มิ
สุขภาพร่างกายที่ดี เพื่อเป็นการเตรียมตัวได้ทันเมื่อยามภัยคับขันของชีวิตมาถึง (นักส
แก้ววิเชียร และเบญจพร สุธรรมชัย, 2553) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic
health) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่เน้นความสมดุลขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน
ประกอบไปด้วย 1) **การดูแลสุขภาพกาย (Physical health)** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ
ดูแลสุขภาพทางกายให้ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ และมีความแข็งแรง ตลอดจนรวมถึง
ความสามารถในการทำงานในชีวิตประจำวันโดยไม่เหน็ดเหนื่อย 2) **การดูแลสุขภาพ
ทางจิต (Mental health)** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุม
อารมณ์ของตนเอง และการแสดงความรู้สึก มีจิตใจเบิกบานผ่องใส ปราศจาก
ความเครียดหรือความคับข้องใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง
ได้เป็นอย่างดี ตลอดจนการเปิดใจยอมรับการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ความคิดใหม่ ๆ มองโลก
ในแง่บวก เห็นคุณค่าของตนเอง และยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล 3) **สุขภาพ
ทางสังคม (Social health)** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีสภาพทางกาย และใจที่สมบูรณ์
มีสภาพความเป็นอยู่ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น
และสังคมเดือดร้อน ตลอดจนสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้เป็นอย่างดี ทั้งยังรวมถึง
การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นในสังคม และมีการทำกิจกรรมร่วมกัน และ 4) **สุขภาพ
ทางจิตวิญญาณ (Wisdom health)** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ
สามารถแยกแยะสิ่งที่ดีออกจากสิ่งที่ชั่ว แยกแยะว่าสิ่งใดมีคุณประโยชน์ สิ่งใดมีโทษ
ซึ่งจะนำไปสู่จิตใจอันดีงาม และการมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เมตตากรุณา ให้อภัย
ตลอดจนสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นให้บรรลุเป้าหมายตามศักยภาพที่ตนเอง
จะสามารถทำได้ ทั้งยังรวมถึงการชื่นชมความงามธรรมชาติ ความศรัทธาต่อศาสนา
และการเข้าใจถึงจุดหมายของชีวิต

จากการที่ผู้วิจัยศึกษาทบทวนเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย
การสื่อสาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
สุขภาพแบบองค์รวมของนักวิชาการทั้งไทย (กำจร หลุยยะพงศ์, 2553; กัตติกา ณะกว้าง,

ผ่องใส กันทเสน และรัตนกร ยศอินทร์, 2555; จารุวรรณ ศิลา, 2546; ชลธิชา จันทศิริ, 2555; ดวงพร คำคุณวัฒน์, เนตร หงส์ไกรเลิศ, กุลธิดา จันทรเจริญ, ดวงแข บัวประโคน, สุนิดา ศิวปฐมชัย, สิรินทร พิบูลภาณวัธน และธีรพงษ์ บุญรักษา, 2553; Kachentawa & Cheyjunya, 2017) และต่างประเทศ (Prasad, 2009; Suggs & Ratzan, 2012; Malikhao, 2016) พบว่า 1) การบูรณาการสื่อในชุมชน อาทิ การใช้สื่อที่หลากหลาย ทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่ หรือการใช้สื่อบุคคลที่มีชื่อเสียงสื่อสารประเด็นการดูแลสุขภาพผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ หรือนิตยสาร การใช้สื่อพื้นบ้านในการถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และมีการนำเสนอผ่านสื่อมวลชนท้องถิ่น หรือสื่อสารผ่านสื่อใหม่ เช่น เพจบุ๊ก อินสตาแกรม เว็บไซต์ อีเมล และ 2) การสื่อสารเนื้อหาที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง (1) เนื้อหาที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพทางกาย อาทิ เนื้อหาที่มุ่งเน้นการมีรูปแบบชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีผ่านการออกกำลังกาย การลดน้ำหนักเมื่อน้ำหนักเกินมาตรฐาน การทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ไม่ทานอาหารที่มีไขมันเกิน ไม่ทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม จนเกินไป เน้นการทานปลา ผัก ธัญพืช และผลไม้ที่ไม่หวานมากจนเกินไป และการพักผ่อนที่เพียงพอ (2) เนื้อหาที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพทางใจ เช่น การป้องกันโรคซึมเศร้า หรือภาวะวิตกกังวล รวมทั้งเนื้อหาที่เป็นการชมเชย หรือให้กำลังใจผู้สูงอายุที่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี (3) เนื้อหาที่มุ่งเน้นการรวมกลุ่มทางสังคม ทั้งกิจกรรมในร่ม และกิจกรรมกลางแจ้งสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมด้วยกัน เช่น การเล่นโยคะ การเต้นรำ การร้องเพลง และการทำงานอดิเรกที่ตนเองชื่นชอบ และ (4) เนื้อหาที่มุ่งเน้นการเข้าใจสังคมของชีวิต อาทิ การปล่อยวาง การเห็นคุณค่าของตนเอง การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ตกทุกข์ได้ยาก และผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นต้น ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม โดยผ่านทัศนคติต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม การคล้อยตามคำแนะนำของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม และความตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสงสัยว่า ปัจจัยการสื่อสารทั้งในส่วนของผู้ส่งสาร เนื้อหาสาร สื่อ/ช่องทางการสื่อสาร ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม เกิดความเชื่อมั่นที่จะคล้อยตามคำแนะนำของกลุ่มอ้างอิง มีการรับรู้

ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม ตลอดจนมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม
ตามแนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
สุขภาพให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมในท้ายที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยการสื่อสารที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบ
องค์รวมของผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรต่าง ๆ ในโมเดล
เชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ
- 3) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผล
ต่อพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ กับข้อมูลเชิงประจักษ์

การทบทวนวรรณกรรม

สำหรับการประยุกต์ใช้ปัจจัยการสื่อสารในงานวิจัยนี้ ประกอบไปด้วย การบูรณาการ
สื่อในชุมชน และการใช้เนื้อหาสาระที่หลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของ
ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม ให้เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ
ซึ่งยืนยันข้อค้นพบของ สุรพงษ์ โสณะเสถียร (2533); Berlo (1960) ที่ว่า การสื่อสาร
ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม นอกจากทักษะ
ของผู้ส่งสารจะเป็นสิ่งที่จำเป็นแล้ว ยังขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของสื่อ (Media) และ
ช่องทางข่าวสาร (Channel) อีกด้วย นอกจากนั้น ทักษะก็ยังเป็นตัวกลางที่เชื่อมโยง
ระหว่างความรู้และพฤติกรรม โดยสิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ประกอบไปด้วย
(1) องค์ประกอบการสื่อสาร อาทิ คุณสมบัติของผู้ส่งสาร เนื้อหาสาระ ช่องทางการสื่อสาร
และความคิดเห็นของผู้รับสารต่อองค์ประกอบดังกล่าว นอกจากนี้ (2) การที่บุคคล
ได้รับข่าวสารต่าง ๆ ทั้งจากสื่อบุคคล สื่อมวลชน หรือแม้กระทั่งสื่อใหม่ ย่อมส่งผลต่อ
การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และนำไปสู่การปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ผู้ส่งสารคาดหวัง แต่ต้อง
ขึ้นอยู่กับว่า “ช่องทางการสื่อสาร” และ “เนื้อหาสาระ” ที่สื่อออกมานั้นมีความสอดคล้อง
กับความรู้ และทัศนคติดั้งเดิมของผู้รับสารมากน้อยเพียงใด ถ้ามีความสอดคล้องมาก
แนวโน้มในการปฏิบัติตามพฤติกรรมที่มุ่งหวังก็จะมากขึ้นตามไปด้วย

ในขณะที่แวดวงนักวิชาการด้านการสื่อสารสุขภาพ ก็มีการนำเอาแบบจำลอง ทฤษฎีพฤติกรรมที่วางแผนไว้ (Theory of planned behavior) มาปรับประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นกัน โดย Jitramontree (2003) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Predicting exercise behavior among Thai elders: Testing the theory of planned behavior ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปร **ทัศนคติต่อการทำพฤติกรรม (Attitude toward the behavior)** ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อการออกกำลังกาย เช่น การมองถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ความปลอดภัย ความชื่นชอบ การผ่อนคลาย และเป็นกิจกรรมที่สนุกสนานส่งผลต่อทั้งความตั้งใจที่จะออกกำลังกาย ส่งอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจ และอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เช่น แอโรบิก ไท้เก๊ก เดินเร็ว การปั่นจักรยานอยู่กับที่ ยกน้ำหนัก ว่ายน้ำ หรือออกกำลังกายในน้ำ เป็นต้น ขณะที่ **การสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิง (Normative belief)** เช่น การแนะนำของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท หมอ/พยาบาลที่ดูแล ไม่ส่งอิทธิพลทางตรงต่อทั้งความตั้งใจที่จะออกกำลังกาย และอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เนื่องมาจากการสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิง จะสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในระดับของสังคมมากกว่าพฤติกรรมในระดับปัจเจกบุคคล อาทิ การใช้สิทธิ์เลือกตั้ง การเคลื่อนไหวทางสังคม และกิจกรรมทางศาสนา แต่อย่างไรก็ดี ผลการสัมภาษณ์กลับพบว่า **การสนับสนุนทางสังคม (Social support)** กลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น เช่น การที่คนในครอบครัวชวนตนออกกำลังกาย และมาร่วมออกกำลังกายกับตนด้วย เป็นต้น ในขณะที่ **การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)** ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถในการควบคุมแบบแผนการออกกำลังกายของตนเอง สามารถกำหนดเวลาและสถานที่ในการออกกำลังกายได้ และการเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้อย่างง่ายดายถ้าตนต้องการ กลับส่งอิทธิพลทางตรงต่อทั้งความตั้งใจที่จะออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ **ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม (Intention)** คือ การที่ผู้สูงอายุตั้งใจจะออกกำลังกายให้ได้วันละ 30 นาที ไม่น้อยกว่า 3 วันในสัปดาห์ถัดไป ส่งอิทธิพลทางตรงต่อ **พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (Behavior)** สรุปได้ว่า

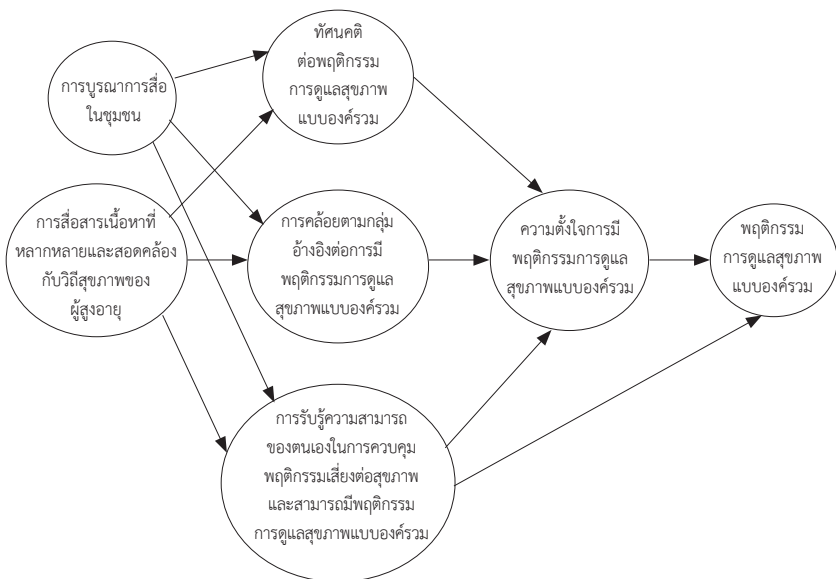
การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการออกกำลังกาย การรับรู้ถึงศักยภาพของตน ในการออกกำลังกาย (Exercise self-efficacy) ตลอดจนการขจัดอุปสรรค ต่อการออกกำลังกาย เช่น การหกล้ม การฟกช้ำ การปวดกล้ามเนื้อ และอาการ อ่อนเพลีย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยหันมาออกกำลังกายมากขึ้น

อนึ่ง ทฤษฎีพฤติกรรมที่วางแผนไว้ มีปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ “ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม” และมีการเพิ่มตัวแปรที่กำหนดความตั้งใจของบุคคล ขึ้นมาจากทฤษฎีที่สรรหาเหตุผล ได้แก่ “การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม” ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าเป็นความง่ายหรือยากที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ โดยมีความหมาย ในแง่ของแรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรม (อรรพรรณ บิลันธนโสภา, 2554) อย่างไรก็ตาม Ajzen (1985) ได้พบว่า แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมที่สรรหาเหตุผล มีข้อจำกัด เนื่องจากขาดองค์ประกอบการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการอธิบายการเกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ อาทิ การสูบบุหรี่หรือการใช้ สารเสพติด โดยพฤติกรรมเหล่านี้ มักขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของ ตนว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ง่ายหรือยาก เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่เชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่ เป็นเรื่องที่ตนเองไม่สามารถทำได้ ย่อมมีแนวโน้มที่จะเลิกได้ยาก แต่ในทางกลับกัน หากเขาเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่เขาสามารถทำได้ ย่อมมีแนวโน้มสูงที่เขา จะเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่ในท้ายที่สุด ด้วยเหตุนี้ ตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จึงมีส่วนสำคัญในการนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

ทฤษฎีพฤติกรรมที่วางแผนไว้ คล้ายคลึงกับทฤษฎีที่สรรหาเหตุผล ที่กำหนดว่า ปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ “ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม” หรือ เจตนา ซึ่งหมายถึง เจตนาที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเท ความพยายามอย่างมากน้อยเพียงใดที่จะทำพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้ ตัวแปรที่กำหนด ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม ประกอบไปด้วย 3 ตัวแปร (อรรพรรณ บิลันธนโสภา, 2554; Richard & Turner, 2010) ได้แก่ (1) **ทัศนคติต่อการทำพฤติกรรม (Attitude toward the behavior)** กล่าวคือ หากบุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นส่งผล ทางบวกต่อตนเองในท้ายที่สุด บุคคลก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อการทำพฤติกรรมนั้น แต่หาก บุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นนำไปสู่ผลการกระทำทางลบ บุคคลก็จะมีทัศนคติ ที่ไม่ดีต่อการทำพฤติกรรมนั้น (2) **ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative belief)**

หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดสำหรับเขามองว่า เขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น ๆ หากบุคคลเชื่อว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลหรือสำคัญสำหรับเขาสันนิษฐานว่าเขาควรทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าหากบุคคลเชื่อว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลหรือสำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นเช่นกัน (3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการง่ายหรือยากที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งสะท้อนมาจากประสบการณ์ในอดีต และการคาดคะเนถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวย และสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมดังกล่าว หากบุคคลเชื่อว่าเขามีทรัพยากรและโอกาสมาก และมีอุปสรรคน้อย ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก็จะมีมากเท่านั้น

จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการสื่อสารและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยสามารถพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ที่ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่หนึ่ง การวิจัยเชิงคุณภาพ: เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) 1) เจ้าหน้าที่จากภาคส่วนสาธารณสุข 2) เจ้าหน้าที่จากภาคส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) แกนนำผู้สูงอายุภาคประชาชน ของศูนย์บริการสาธารณสุข 60 กรุงเทพฯ ตลอดจนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของจังหวัดปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ จำนวน 22 คน จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยที่ได้รับจากส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาปรับปรุง และพัฒนาข้อคำถามในแบบสอบถาม รวมทั้งโมเดลเชิงสาเหตุ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความสอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริงของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ: เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3 ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research method) โดยการเก็บข้อมูลแบบวัดครั้งเดียว และใช้แบบสอบถามปลายปิด เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยหรือทำงานในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดนครปฐม จำนวน 480 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยขั้นแรก ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลาก ซึ่งฉลากที่จับได้เป็นเขตของกรุงเทพมหานคร 15 เขต เป็นอำเภอของจังหวัดนนทบุรี 2 อำเภอ เป็นอำเภอของจังหวัดปทุมธานี 2 อำเภอ เป็นอำเภอของจังหวัดสมุทรปราการ 2 อำเภอ เป็นอำเภอของจังหวัดนครปฐม 2 อำเภอ และเป็นอำเภอของจังหวัดสมุทรสาคร 1 อำเภอ ต่อมาขั้นที่สอง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดจำนวน โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ เขต/อำเภอละ 20 คน จำนวน 24 เขต/อำเภอ และ 3) การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ โดยอาศัยความพร้อมและความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ขณะที่การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ

ด้วยวิธีการคำนวณค่า Cronbach's Alpha Coefficient กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน พบว่า แต่ละส่วนของคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา อยู่ระหว่าง 0.780-0.915 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ ในส่วนของการวิเคราะห์เชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model) โดยประมาณค่าพารามิเตอร์ของโมเดลด้วยวิธี Maximum Likelihood Estimates และใช้ค่าดัชนีต่าง ๆ เป็นค่าสถิติในการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งสิ้น 13 ดัชนี ดังนี้ 1) ค่า p มากกว่า 0.05 2) ค่า χ^2/df น้อยกว่า 3.00 3) ค่า Goodness of Fit Index (GFI) มากกว่า 0.95 4) ค่า Adjusted Good of Fitness (AGFI) มากกว่า 0.95 5) ค่า Comparative Fit Index (CFI) มากกว่า 0.95 6) ค่า Normed Fit Index (NFI) มากกว่า 0.95 7) ค่า Non-normed Fit Index (NNFI) มากกว่า 0.95 8) ค่า Incremental Fit Index (IFI) มากกว่า 0.95 9) ค่า Relative Fit Index (RFI) มากกว่า 0.95 10) ค่า Critical N (CN) มากกว่า 200 11) ค่า Root Mean Square Residual (RMR) น้อยกว่า 0.05 12) ค่า Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) น้อยกว่า 0.05 และ 13) ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) น้อยกว่า 0.05 (ยุทธิ โกยวรรณ์, 2556; สังวรณัฏฐ์ วัชรระโท, 2557)

สำหรับตัวแปรที่ใช้ศึกษาในส่วนนี้มีทั้งสิ้น 7 ตัวแปร ประกอบไปด้วย ตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร คือ 1) การบูรณาการสื่อในชุมชน คือ ความถี่ในการที่ผู้สูงอายุมีการค้นหา หรือได้รับข่าวสารด้านการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมจากสื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม และสื่อใหม่ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และ 2) การสื่อสารเนื้อหาที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ความถี่ในการที่ผู้สูงอายุค้นหา หรือได้รับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพ แบบองค์รวม ตัวแปรแทรกกลาง 4 ตัวแปร คือ 1) ทักษะติดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุเห็นถึงความจำเป็นของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุคล้อยตามคำแนะนำ/ความคิดเห็นของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และสามารถมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

แบบองค์รวม คือ การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และ 4) ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ คือ แนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและตัวแปรตาม 1 ตัวแปร คือ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งนี้ ทุกตัวแปรมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1-5 คะแนน เรียงลำดับจากมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale)

อนึ่ง โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง เลขที่โครงการวิจัย xd-015/61 รหัสการรับรอง RU-REC/xd-015/61

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในส่วนของการวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 นั้น ผู้วิจัยพบว่า (1) ปัจจัยด้านผู้ส่งสาร (2) ปัจจัยด้านเนื้อหาสาร (3) ปัจจัยด้านสื่อ/ช่องทางการสื่อสาร และ (4) ปัจจัยด้านผู้รับสาร ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยผลการวิจัยสนับสนุนแต่ละปัจจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) **สรุปผลปัจจัยด้านผู้ส่งสาร (Sender)** จากผลการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยสามารถจำแนกปัจจัยด้านผู้ส่งสารที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุได้ 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1.1) **ปัจจัยความพร้อมของบุคลากร สถานที่ และเครือข่าย** พบว่า หน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งมีจุดเด่น คือ มีความพร้อมทั้งในด้านอาคารสถานที่ ที่เอื้ออำนวยต่อการให้ผู้สูงอายุมาทำกิจกรรม บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ และเครือข่ายแกนนำผู้สูงอายุมีความรู้ มีจิตใจที่เสียสละ ตลอดจนมีเครือข่ายการทำงานทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่ เช่น เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี กระทรวงต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจนเครือข่ายต่างประเทศ เช่น องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency) หรือ JICA ประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น และ 1.2) **เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม** พบว่า เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุมีส่วนร่วมโดยตรง ทั้งในระดับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ผลิต/ผู้นำกิจกรรม/วิทยากร และผู้วางแผน/กำหนดทิศทาง ได้แก่ **การมีส่วนร่วมในระดับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น** อาทิ เวลาที่ศูนย์ฯ ต้องการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็มักจะสำรวจความเห็นจากผู้เข้าประชุมเสมอ ส่วนการมีส่วนร่วมแบบไม่เป็นทางการมักเกิดในการประชุม/หารือระหว่างแกนนำผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ในชุมชนในเรื่องการจัดกิจกรรม โดยมีคณะกรรมการผู้สูงอายุของชุมชนพิจารณาอีกทีว่าอะไรควรทำ หรือไม่ควรทำ ในส่วนของการมีส่วนร่วมในระดับของการเป็นผู้นำกิจกรรม/วิทยากร แกนนำผู้สูงอายุที่มีความสามารถในด้านต่าง ๆ มีความยินดีในการนำความเชี่ยวชาญส่วนตัวของตน ในขณะที่ยังทำงานอยู่มาถ่ายทอดให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้รับทราบ อาทิ การลงชุมชน และให้ความรู้กับผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงร่วมกับเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญในการสอนภาษาอังกฤษ ก็นำความรู้ภาษาอังกฤษมาถ่ายทอด หรือแกนนำผู้สูงอายุบางท่านที่มีพรสวรรค์ด้านการเต้นแอโรบิก สามารถออกแบบท่าเต้นจากการค้นหาในยูทูป และเลือกเพลงประกอบการออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง ในส่วนของการมีส่วนร่วมในระดับสูงสุด คือ **ระดับการวางแผน/กำหนดทิศทาง/นโยบาย** พบว่า แกนนำผู้สูงอายุมีการมีส่วนร่วมในระดับผู้วางแผน/กำหนดทิศทาง เช่น ในกรณีที่ชุมชนต้องการจะเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนในการทำกิจกรรมกับกลุ่มผู้สูงอายุจากหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. แกนนำผู้สูงอายุในชุมชนก็ต้องมาประชุมร่วมกันว่า ในแต่ละรอบจะขอทุนสนับสนุนในการทำกิจกรรมประเภทใด กลุ่มเป้าหมายคือใครบ้าง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คอยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลวิชาการ ให้คำปรึกษาในการเขียน หรือการปรับแก้โครงการเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแหล่งทุน

2) **สรุปผลปัจจัยด้านเนื้อหาสาร (Message)** จากผลการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยสามารถจำแนกเนื้อหาสารเพื่อการสื่อสารสุขภาพแบบองค์รวมของ

ผู้สูงอายุได้ดังนี้ 2.1) เนื้อหาที่มุ่งเน้นเชิงร่างกาย อาทิ ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อน ก็จะเน้นการให้ความรู้เรื่องการเลือกอาหารการกินเพื่อป้องกันการท้องเสีย หรือการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจจำเป็นต้องสื่อสารในเชิงขู่ให้เห็นถึงโทษหากไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการกิน หรือทานยาให้ครบตามกำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวเกิดความกลัว ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเอง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน 2.2) เนื้อหาที่มุ่งเน้นเชิงจิตใจ อาทิ เนื้อหาประเภท คำชมเชยจากคนในชุมชนด้วยกันในชุมชนว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แข็งแรง หุ่นดี ไม่อ้วนลงพุง ทั้งที่ในความเป็นจริงอายุเยอะแล้ว เป็นต้น หรือแม้แต่คำชมที่มาจาก บุคลากรทางการแพทย์ว่า ผู้สูงอายุมีผลการตรวจสุขภาพที่ดี เป็นที่น่าพอใจ โดยสิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และมีกำลังใจในการดูแลตนเองให้สุขภาพ ดียิ่งขึ้น 2.3) เนื้อหาที่มุ่งเน้นเชิงการเข้าสังคม เกิดจากการที่ทางคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ได้จัดทำโครงการต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาสื่อมัลติมีเดีย โดยใช้กระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มจิตอาสา ซึ่งคนในชุมชนมีส่วนร่วม ในการแต่งเนื้อเพลงและขับร้อง และเผยแพร่ในรูปแบบมิวสิกวิดีโอผ่านช่องทางยูทูบ โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อสาธารณะประโยชน์ ตลอดจนสะท้อนอัตลักษณ์ของกลุ่มจิตอาสา 2.4) เนื้อหาที่มุ่งเน้นเชิงจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุมองว่า การปฏิบัติสมาธิ การเจริญสติเป็นหลักธรรมสากลที่ทุกศาสนาสามารถ เอาไปปฏิบัติได้ ทำที่ไหนก็ได้ มากไปกว่านั้นผู้สูงอายุบางกลุ่มยังนำเรื่องบันปลายของ ชีวิตมาพูดคุยในเชิงสนุกสนาน โดยไม่ถือว่าเป็นเรื่องอัปมงคล อาทิ จะจัดงานศพ ที่วัดไหน กี่วัน จะเลี้ยงอาหารอะไรในงาน เป็นต้น และ 2.5) เนื้อหาที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ การสื่อสารเนื้อหาสาระที่เน้นการดูแลสุขภาพทั้งในมิติด้าน ร่างกาย จิตใจ การเข้าสังคม และการเข้าถึงความสงบสุขของชีวิตในคราวเดียวกัน ซึ่งรูปแบบการนำเสนอเนื้อหาด้านการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย และสอดคล้องกับ สถานการณ์ ตลอดจนบริบททางสังคมของแต่ละชุมชน ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถ ดูแลสุขภาพตนเองได้ครบทั้ง 4 มิติ อยู่เสมอ

3) สรุปผลปัจจัยด้านสื่อ/ช่องทางการสื่อสาร (Media/Channel)
จากผลการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยพบว่า รูปแบบของสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ

แบบองค์รวมของผู้สูงอายุ มีความหลากหลาย และมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการใช้สื่อดั้งเดิม ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อกิจกรรม สื่อเฉพาะกิจ สื่อบุคคล สื่อท้องถิ่น หรือสื่อใหม่ แต่อย่างไรก็ดี **สื่อบุคคล** นับว่าเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการสื่อสารสุขภาพแบบองค์รวมกับผู้สูงอายุ นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่นับว่าเป็น “สื่อบุคคล” ที่สำคัญในการสื่อสารสุขภาพแบบองค์รวมกับกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ยังมีสื่อบุคคลอีกมากมายด้วยกันที่มีบทบาทในการสื่อสารสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ 3.1) **แกนนำผู้สูงอายุที่เป็นวัยเดียวกัน** และมีความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่สมัยยังทำงาน ได้นำความรู้ติดตัวมาถ่ายทอดให้กับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน อาทิ แกนนำผู้สูงอายุที่เชี่ยวชาญในการสอนภาษาอังกฤษ ก็นำความรู้ภาษาอังกฤษมาถ่ายทอดในฐานะ “อาจารย์จิตอาสา” โดยไม่คิดเงิน หรือแกนนำผู้สูงอายุบางท่านที่มีพรสวรรค์ด้านการเต้นแอโรบิก ก็ยินดีเป็นแกนนำในการนำผู้สูงอายุออกกำลังกายโดยไม่คิดเงิน หรือได้ค่าตอบแทน 3.2) **ผู้สูงอายุที่เคยเจ็บป่วยแล้วหาย/อาการดีขึ้น** ก็มาร่วมถ่ายทอดประสบการณ์ว่าตนเองปฏิบัติตัวอย่างไรจึงหาย หรือมีอาการที่ดีขึ้นจากโรคดังกล่าว มากกว่านั้น ยังมีสื่อบุคคลประเภท 3.3) **พระ** ที่มีบทบาทมากในการสื่อสารด้านความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุปล่อยวาง รู้สึกดีใจ ปิดดีที่ได้รับพร วัตถุมงคล และฟังธรรมจากพระ นอกจากนั้น ยังพบว่า แกนนำผู้สูงอายุท่านหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้เพราะ 3.4) **ลูกของผู้สูงอายุ** ที่นำเอกสารแผ่นพับ ใบปลิว ที่กล่าวเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่มาวางให้อ่านทุกวัน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้นั้น มาจากการนึกถึงความห่วงใยที่มาจากลูกและครอบครัว มากกว่าเลิกบุหรี่เพราะการคำนึงถึงโทษภัยของบุหรี่ นอกจากนั้น สื่อบุคคลยังสามารถ “บูรณาการทำงานร่วมกับสื่ออื่น ๆ” ทั้งสื่อดั้งเดิม และสื่อใหม่ได้เป็นอย่างดี อาทิ ในบางกรณีการใช้สื่อใหม่ จำเป็นต้องใช้ควบคู่กับสื่อบุคคล เช่น การบอกต่อข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ได้รับผ่านสื่อสังคมออนไลน์ไปยังผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้ใช้สื่อดังกล่าว หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุบางท่านแชร์ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะโทรไปคุย หรือแชตคุยในไลน์ส่วนตัว เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วยความสุภาพ

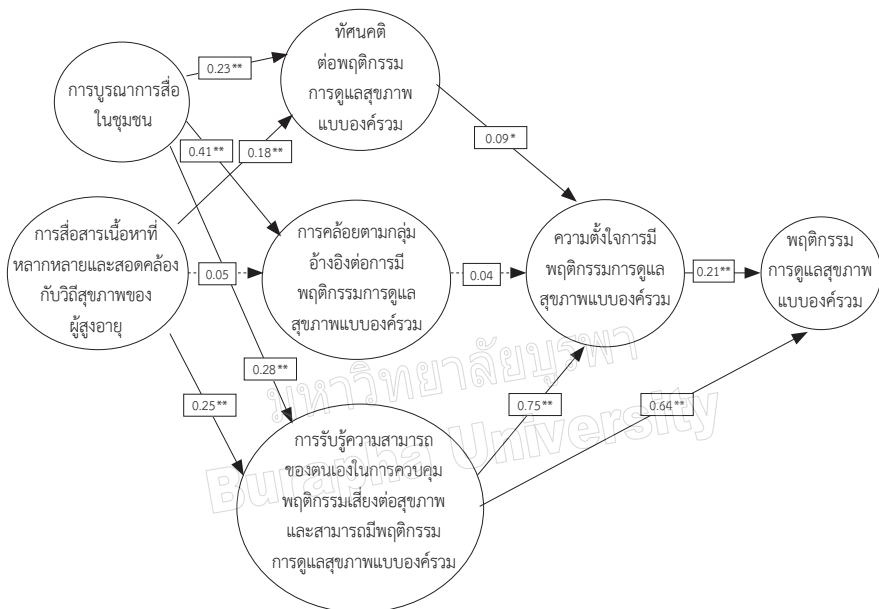
4) **สรุปผลปัจจัยด้านผู้รับสาร (Receiver)** จากผลการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยพบบทบาทด้านผู้รับสารในการสื่อสารสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

4.1) การช่วยตรวจสอบเนื้อหาสารด้านการดูแลสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากทั้ง 4 ชุมชน เป็นชุมชนเมือง ดังนั้น ผู้สูงอายุในชุมชนจึงนิยมใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะแอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้สูงอายุมักใช้ส่งข้อความ รูปภาพ หรือคลิปวิดีโอในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปรากฏอย่างมากมายทั้งข้อความที่เป็นจริงและเท็จปะปนกัน แต่อย่างไรก็ดี ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนผู้สูงอายุในชุมชนต่างช่วยกันตรวจสอบเนื้อหาข่าวสารในไลน์ หากข้อความใดที่เป็นเท็จก็จะถามกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนเพื่อความแน่ใจ หรือมีการบอกกันว่าไม่ให้ส่งต่อ

4.2) ศักยภาพในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ตัวอย่างเช่น แกนนนำผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ ที่ค้นหาข้อมูลผลการวิจัยของเภสัชกรที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในเว็บไซต์กูเกิล (www.google.com) เกี่ยวกับสมุนไพรหนานเฉาเหว่ยว่าสามารถลดน้ำตาล ไขมันในกระแสเลือด และลดอาการปวดข้อได้ หลังจากนั้นจึงนำมาปลูกเองที่บ้าน ทดลองทาน แล้วระดับน้ำตาลในเลือดของภรรยา ก็ลดลง หรือในกรณีที่แกนนำผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรียังสามารถบันทึกคลิปวิดีโอโดยสมาร์ตโฟนขณะเดินไลน์แดนซ์แล้วอัปโหลดคลิปลงยูทูบ เพื่อเผยแพร่ให้ผู้สูงอายุทั่วไปสามารถเดินตามได้

4.3) การมีความรู้ติดตัวในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เนื่องจากแกนนำผู้สูงอายุบางท่านมีความรู้ติดตัวมาตั้งแต่สมัยเรียนระดับปริญญาตรี มีการศึกษาที่ดีตั้งแต่ระดับปริญญาตรีจนถึงปริญญาเอก มีอาชีพหน้าที่การงานที่ต้องใช้เวลาหาความรู้ตลอดเวลาผ่านสื่อมวลชน และสื่อสังคมออนไลน์ อาทิ อาจารย์มหาวิทยาลัย ข้าราชการครู ทหาร ตำรวจ ตลอดจนบางท่านจบการศึกษาทางด้านเกษตร หรือพยาบาลมาก่อน ส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ครบทั้ง 4 มิติ อยู่เสมอ และ **4.4) การเป็นผู้นำทางความคิด (Opinion leader) ในการนำสิ่งที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองไปถ่ายทอดกับผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ** แกนนนำผู้สูงอายุมักนำพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วดีต่อสุขภาพของตนเองไปถ่ายทอดกับผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน พอได้มาเดินแอโรบิก ได้เคลื่อนไหวร่างกาย แล้วเกิดผลดีกับสุขภาพของตนเอง ก็จะไปชักชวนผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ ให้มาออกกำลังกายแบบตน

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ



หมายเหตุ: —> มีนัยสำคัญทางสถิติ, ---> ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ภาพที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path coefficients) ของโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

จากภาพที่ 2 สรุปได้ว่า โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากค่าดัชนีผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกเกณฑ์ทั้ง 13 ค่าดัชนี กล่าวคือ 1) ค่า $\chi^2 = 10.07$, $p = 0.07320$ (p มากกว่า 0.05) แสดงให้เห็นว่า โมเดลที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่มีความแตกต่างกัน 2) ค่า $\chi^2/df = 2.014$ (น้อยกว่า 3.00) 3) ค่าดัชนี RMR = 0.013 (น้อยกว่า 0.05) 4) ค่าดัชนี SRMR = 0.016 (น้อยกว่า 0.05) 5) ค่าดัชนี RMSEA = 0.046 (น้อยกว่า 0.05) 6) ค่าดัชนี NFI = 0.99 (มากกว่า 0.95) 7) ค่าดัชนี NNFI = 0.98 (มากกว่า 0.95) 8) ค่าดัชนี CFI = 1.00 (มากกว่า 0.95)

9) ค่าดัชนี RFI = 0.97 (มากกว่า 0.95) 10) ค่าดัชนี IFI = 1.00 (มากกว่า 0.95)
11) ค่าดัชนี AGFI = 0.97 (มากกว่า 0.95) 12) ค่าดัชนี GFI = 0.99 (มากกว่า 0.95)
และ 13) ค่าดัชนี CN = 713.12 (มากกว่า 200)

ในส่วนของค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path coefficients) ของตัวแปรในโมเดล
เชิงสาเหตุพบว่า การบูรณาการสื่อในชุมชนมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อทัศนคติ
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง = 0.23, 0.41 และ
0.28 ตามลำดับ) อีกทั้งยังมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อความตั้งใจในการมีพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
(ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง = 0.25 และ 0.23 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการสื่อสารเนื้อหา
ที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวก
ต่อทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง = 0.18
และ 0.25 ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ดี ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
ต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แต่กลับมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อ
ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
แบบองค์รวม (ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง = 0.21 และ 0.21 ตามลำดับ)

นอกจากนั้น ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการรับรู้
ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ยังมีอิทธิพลทางตรง
เชิงบวกต่อความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (ค่าสัมประสิทธิ์
เส้นทาง = 0.09 และ 0.75 ตามลำดับ) ในขณะที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการมี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งยังไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แต่อย่างไรก็ดี การรับรู้ความสามารถของตนเองใน
การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมเชิงบวกต่อ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง = 0.64 และ 0.15
ตามลำดับ) ในส่วนความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมพบว่า

มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง = 0.21)

อภิปรายผลการวิจัย

ในส่วนของการอภิปรายผล ผู้วิจัยจะเริ่มจากการแสดงผลการวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก และสนับสนุนการอภิปรายผลด้วยแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรการบูรณาการสื่อในชุมชน และการสื่อสารเนื้อหาที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็น 2 ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีความสำคัญต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผ่านตัวแปรแทรกกลางต่าง ๆ อันได้แก่ ทักษะติดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และสามารถมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มากไปกว่านั้น ผลการวิจัยยังเป็นไปในทิศทางเดียวกับข้อค้นพบของนักวิชาการด้านการสื่อสารสุขภาพทั้งชาวไทย (กัจร หลุยยะพงศ์, 2553; กัตติกา ธนะกว้าง และคณะ, 2555; จารุวรรณ ศิลา, 2546; ชลธิชา จันทศิริ, 2555; ดวงพร คำณวนวัฒน์ และคณะ, 2553; Kachentawa & Cheyjunya, 2017) และต่างประเทศ (Prasad, 2009; Suggs & Ratzan, 2012; Malikhaio, 2016) ที่สนับสนุนว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นนั้น

1) การบูรณาการสื่อในชุมชน ทั้งสื่อดั้งเดิม และสื่อใหม่เข้าด้วยกัน อาทิ การใช้สื่อบุคคลที่มีชื่อเสียงสื่อสารประเด็นการดูแลสุขภาพผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ หรือนิตยสาร การใช้สื่อพื้นบ้านในการถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และมีการนำเสนอผ่านสื่อมวลชนท้องถิ่น หรือสื่อสารผ่านสื่อใหม่ เช่น เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม เว็บไซต์ อีเมล เป็นต้น ประกอบกับ **2) การสื่อสารเนื้อหา** ที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งเนื้อหาที่มุ่งเน้นในการดูแล

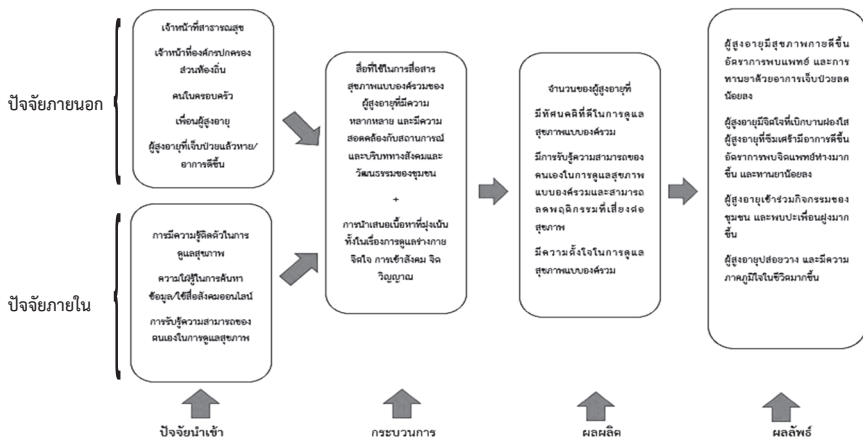
ร่างกายผ่านการออกกำลังกาย และการทานอาหารที่มีประโยชน์ เนื้อหาที่มุ่งเน้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต เนื้อหาที่มุ่งเน้นการรวมกลุ่มทางสังคม ทั้งกิจกรรมในร่มและกิจกรรมกลางแจ้ง และเนื้อหาที่มุ่งเน้นการเข้าใจสัจธรรมของชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังยืนยันข้อค้นพบของสุรพงษ์ โสชนะเสถียร (2533); Berlo (1960) ที่สนับสนุนว่า 1) องค์ประกอบการสื่อสาร อาทิ คุณสมบัติของผู้ส่งสาร เนื้อหาสาร ช่องทางการสื่อสาร และความคิดเห็นของผู้รับสารต้ององค์ประกอบดังกล่าว นอกจากนี้ 2) การที่บุคคลได้รับข่าวสารต่าง ๆ ทั้งจากสื่อบุคคล สื่อมวลชน หรือ แม้กระทั่งสื่อใหม่ ย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และนำไปสู่การปฏิบัติตาม พฤติกรรมที่ผู้ส่งสารคาดหวัง

แต่อย่างไรก็ดี ผลการวิจัยเชิงปริมาณกลับพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจ ในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนข้อค้นพบของ Jitramontree (2003) ที่พบว่า การสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิง (Normative belief) เช่น การแนะนำ ของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท หมอ/พยาบาลที่ดูแล ไม่ส่งอิทธิพล ทั้งทางตรงต่อทั้งความตั้งใจที่จะออกกำลังกาย และอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ขณะที่โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ก็สามารถอธิบายได้ด้วยผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า 1) รูปแบบของสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย และมีความสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการใช้สื่อดั้งเดิม ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อกิจกรรม สื่อเฉพาะกิจ สื่อบุคคล สื่อท้องถิ่น หรือสื่อใหม่ หรือแม้กระทั่งการบูรณาการสื่อทั้งสื่อมวลชนดั้งเดิมและ สื่อใหม่ กอปรกับ 2) การนำเสนอเนื้อหาที่มุ่งเน้นทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพ จิตใจ การเข้าสังคม และจิตวิญญาณ ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังต้องอาศัยตัวแปรที่กำหนดความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม อันได้แก่ 3) การที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อาทิ ผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน พอได้มาเดินแอโรบิก ได้เคลื่อนไหวร่างกาย

แล้วเกิดผลดีกับสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการเข้าสังคม ก็จะไปชักชวนผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ ให้มาออกกำลังกายแบบตน 4) ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงพบว่า บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อน/แกนนำผู้สูงอายุที่เป็นวัยเดียวกัน มีบทบาทในการเป็นผู้นำทางความคิด (Opinion leader) เพื่อนำสิ่งที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองไปถ่ายทอดให้กับผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ 5) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ การที่แกนนำผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ตลอดจนการทำให้จิตใจให้เบิกบานผ่องใส การเข้าสังคม หรือการใช้หลักคำสอนของพระพุทธเจ้ามาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตในเรื่องของการปล่อยวาง เพื่อให้มีความทุกข์น้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับที่ Ajzen (1985) พบว่า ความเชื่อมั่นเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนมาจากประสบการณ์ในอดีตทั้งการศึกษาและอาชีพการงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ครบทั้ง 4 มิติ อยู่เสมอ

ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์ หลังจากนั้นจึงสรุปเป็นข้อเสนอแนะปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ได้ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ข้อเสนอแนะปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่ประยุกต์มาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

องค์กรด้านสื่อ หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ ผ่านสื่อที่หลากหลายทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่ เนื่องจากผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า การบูรณาการสื่อในชุมชน ทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่เข้าด้วยกัน ประกอบกับการสื่อสารเนื้อหาที่หลากหลายและสอดคล้องกับความวิถีสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับ “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2” (พ.ศ. 2545-2564) ในยุทธศาสตร์ **ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ** ในส่วนของมาตรการส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรพัฒนาศักยภาพของแกนนำผู้สูงอายุ แกนนำจิตอาสา รวมทั้ง “**ผู้สูงอายุที่เคยเจ็บป่วยแล้วหาย/อาการดีขึ้น**” “**คนในครอบครัว**” และ “**พระ**” ในการสื่อสารสุขภาพ เนื่องจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แกนนำผู้สูงอายุส่วนมากมีต้นทุนเดิมด้านการสื่อสารที่ดีอยู่แล้ว กล่าวคือ มีความรู้ติดตัว (Tacit knowledge) กล่าวพูด มีความเป็นผู้นำ และเป็นที่ศรัทธาไว้วางใจของผู้สูงอายุในชุมชน โดยถ้าบุคคลเหล่านี้ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารตามหลักการนิเทศศาสตร์ จะสามารถทำให้ชุมชนมีความสำเร็จในการสื่อสารสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน อีกทั้งคนกลุ่มนี้ยังสามารถเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่ข้างเคียงได้

2. เนื่องด้วยผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า มีการส่งต่อข้อความและคลิปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในแอปพลิเคชันไลน์เป็นจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งข้อความและคลิปที่เป็นจริงและเท็จปะปนกัน ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาควรจัดคอร์สอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับ “การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ” โดยอาจมีเนื้อหาการอบรมเกี่ยวกับหลักการรู้เท่าทันข้อความและคลิปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุว่าควรส่งต่อ/ไม่ส่งต่อ การค้นหาแหล่งข้อมูล

ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ และทักษะการผลิตสื่อเบื้องต้น เพื่อลดการส่งต่อข้อความที่ไม่น่าเชื่อถือ อีกทั้งผู้สูงอายุยังสามารถผลิตสื่อและข้อความที่น่าเชื่อถือได้ด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทคณะ จากคณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2559*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- กัตติกา ธนะขว้าง, ผ่องใส กันทเสณ และรัตนกร ยศอินทร์. (2555). การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองประยุกต์กับฟ้อนมอญเชิงเมืองน่าน ต่อศักยภาพทางกายของผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 81-93.
- กำจร หลุยยะพงศ์. (2553). *การสื่อสารกับวาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทย*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชานิเทศศาสตร์, คณะนิเทศศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- จารุวรรณ ศิลา. (2546). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำเชิงโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2558). ผลโปรแกรมการใช้สื่อเพลงสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองต่อความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(4), 15-30.
- ดวงพร คำบุญวัฒน์, เนตร หงส์ไกรเลิศ, กุลธิดา จันทร์เจริญ, ดวงแข บัวประโคน, สุนิดา ศิวปฐมชัย, สิรินทร พิบุลภาณุวัฒน์ และธีรพงษ์ บุญรักษา. (2553). สื่อพื้นบ้านเพื่อสุขภาพของเยาวชน. *วารสารภาษาและวัฒนธรรม*, 29(2), 89-110.
- นภัส แก้ววิเชียร และเบญจพร สุธรรมชัย. (2553). ดูแลสุขภาพให้เป็นองค์กรวม. ใน เทวัญ ธาณิรัตน์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ* (หน้า 24-30). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

- นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์ และกฤษณา ตริยมณีรัตน์. (2553). เมื่ออย่างเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ. ใน เทวัญ ธาณิรัตน์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ* (หน้า 10-14). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ยุทธิ โกยวรรณ. (2556). *การวิเคราะห์สถิติสำหรับงานวิจัยหลายตัวแปร* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สังวรณั จัดกระโทก. (2557). *โมเดลสมการโครงสร้างสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (เอกสารประกอบการสอน). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุรพงษ์ โสธนะเสียร. (2553). *การสื่อสารกับสังคม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณณ ปิลันธน์โอวาท. (2554). *การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Ajzen, I. (1985). From intention to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Berlo, D. K. (1960). *The process of communication: An introduction to theory and practice*. New York, NY: Halt Rinehart and Winston.
- Jitramontree, N. (2003). *Predicting exercise behavior among Thai elders: Testing the theory of planned behavior*. Doctoral dissertation in Nursing, The University of Iowa.
- Kachentawa. K., & Cheyjunya. P. (2017). Factors promoting participatory communication to create health communication behavior in the community. *International Journal of Behavioral Science*, 12(1), 13-28.
- Malikhao, P. (2016). *Effective health communication for sustainable development*. Hauppauge, New York, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Prasad, K. (2009). *Communication for development. Reinventing theory and action*. Vol. 1-Understanding communication. Delhi: B.R. Publishing Corporation.

- Richard, J. C. & Turner, N. T. (2010). *Essential social psychology* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Suggs, L. S. & Ratzan, S. C. (2012). Global e-health communication. In R. Obregon & S. Waisbord (Eds.), *The handbook of global health communication* (pp. 250-260). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University