

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณ และการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

Health Belief Model of the Retirees and Reducing Sodium Intake Campaign

Received: July 13, 2021 / Received in revised form: August 1, 2021 / Accepted: August 2, 2021

วันวิสา เวชประสิทธิ์ Wanwisa Wechprasith

ธีรดา จงกลรัตน์ Teerada Chongkolrattanaporn

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ ทศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ และสารโน้มน้าวใจในการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม รวมถึงการศึกษาความแตกต่างด้านดังกล่าวในลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลวัยเกษียณที่อาศัยในกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการฝากลิงก์บนสื่อออนไลน์และอาศัยการบอกต่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความแตกต่างและความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า การเปิดรับสื่อรณรงค์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ สื่อออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ และยูทูบ โดยมีทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจระดับสูงมาก สารที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนสูง ได้แก่ ข้อความรณรงค์บอกความรุนแรงของโรค และข้อความรณรงค์ที่สามารถปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด จากการหาความแตกต่างทางประชากรพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีระดับการศึกษาและแหล่งรายได้ต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการหาความสัมพันธ์พบว่าทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: การลดบริโภคเค็ม, การสื่อสารโน้มน้าวใจ, บุคคลวัยเกษียณ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วันวิสา เวชประสิทธิ์ (นศ.ม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563; email: Nan.wechprasith@gmail.com) และ ธีรดา จงกลรัตน์ (PhD, Macquarie University, 2013) ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของ/ปรับปรุงจากวิทยานิพนธ์เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณ และการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม ของวันวิสา เวชประสิทธิ์ ซึ่ง ผศ.ดร.ธีรดา จงกลรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา (ผลการประเมินการสอบวิทยานิพนธ์ระดับดีมาก)

Abstract

The purposes of this quantitative research were to study the media exposure, attitude, Health Belief Model (HBM) of retired people and persuasive messages to reduce salty consumption campaigns. The respondents include 400 senior citizens who live in Bangkok, Thailand. Questionnaires were distributed randomly via social media and via snowball technique. Both descriptive and inferential statistical analysis were applied to find the differences and correlation among variables with the significance level at 0.05. The results showed that the respondents were mostly exposed to campaign social media such as Facebook, Website and YouTube. Their attitude toward persuasive messages were rated at the high level. They preferred the campaign messages focusing on the severity of the disease and on adaptability in a daily life. Moreover, their Health Belief Model (HBM) was rated at the high level. It was also demonstrated that retired persons, who had different education and income, had the different level of Health Belief Model (HBM) with statistical significance level of 0.05. Moreover, it was found that their attitude toward persuasive messages were correlated with the Health Belief Model (HBM) with statistical significance level at 0.01. Lastly, the media exposure was correlated with the Health Belief Model (HBM) with statistical significance level at 0.01.

Keywords: Reducing Sodium Intake, Persuasive Message, Retired People, Health Believe Model

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดโดยกรมการปกครองภายใน พ.ศ. 2559 พบว่า จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อันดับที่ 1 กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุ 936,856 ราย อันดับที่ 2 นครราชสีมา จำนวน 400,496 ราย อันดับที่ 3 เชียงใหม่ จำนวน 284,497 ราย อันดับที่ 4 ขอนแก่น จำนวน 276,209 ราย อันดับที่ 5 นครศรีธรรมราช จำนวน 240,522 ราย และจังหวัดที่มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่สุดคือ ระนอง จำนวน 23,543 ราย การมีอายุยืนและแข็งแรงได้เป็นสิ่งสำคัญของผู้สูงอายุเพราะสังคมและวิถีชีวิตในปัจจุบันแตกต่างจากอดีต โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางคนอยู่โดยลำพังจึงต้องดูแลรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง ดังนั้นต้องมีร่างกายที่แข็งแรงเพื่อดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพด้วยตนเอง สิ่งที่คุณสูงอายุต้องใส่ใจคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลร่างกายให้มีสุขภาพที่ดี (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2551) ส่วนผู้สูงอายุที่เกษียณจากงานประจำ ต้องปรับตัวในหลายด้าน เช่น การเตรียมพร้อมด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วยการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ การปรับตัวเข้ากับสังคม การเรียนรู้และเท่าทันเทคโนโลยี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

จากการสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พบว่าคนไทยบริโภคเครื่องปรุงรสสูงกว่าปริมาณที่แนะนำ ซึ่งเป็นแหล่งของโซเดียม ซึ่งคนไทยมีการบริโภคมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ น้ำปลา 11.59 กรัมต่อวัน ซีอิ๊วขาว 3.15 กรัมต่อวัน เกลือ 3.05 กรัมต่อวัน กะปิ 2.91 กรัมต่อวัน และซอสหอยนางรม 2.17 กรัมต่อวัน รวมถึงผงชูรส และผงปรุงรสต่าง ๆ (มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ซึ่งคนไทย 1 ใน 3 บริโภคอาหารสำเร็จรูป และมากกว่า 90% บริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมากถึงวันละ 8 ล้านซอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) จากการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย ปี 2550 พบว่า ประชากรไทยได้รับโซเดียมสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัม ต่อคนต่อวัน โดยมาจากเครื่องปรุงรสต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 80.3 ของโซเดียมทั้งหมด ซึ่งเกินปริมาณที่

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าไม่ควรบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเทียบเท่าปริมาณเกลือ 5 กรัม (WHO, 2013) นำไปสู่ภาวะโภชนาการเกินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยลำดับต้นๆ ของคนในสังคมเมือง

กรมการแพทย์ (2549) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพหลายด้าน เช่น เขตกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 47 รองลงมาเป็นภาคกลางร้อยละ 41.6 น้อยที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 25.9 และเมื่อพิจารณาโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเทียบกับภาคอื่น ๆ พบว่ามีสัดส่วนสูงกว่าทุกภาค คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.8 และโรคหัวใจ ร้อยละ 11 ตามลำดับ และผลการสำรวจล่าสุดในปีพ.ศ. 2561 กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 136,418 ราย ผู้ป่วย โรคเบาหวาน 79,362 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 44,693 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30,748 ราย ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ (กรมควบคุมโรค, 2562) โดยการล้างช่องท้องหรือฟอกเลือดเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งถ้ารวมงบประมาณ สำหรับผู้ป่วยในการใช้สิทธิต่าง ๆ เช่น ประกันสังคมหรือสวัสดิการของข้าราชการ รัฐต้องใช้งบกว่า 10,000ล้านบาทต่อปี และเนื่องจากประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงขึ้นตามไปด้วย โดยคาดว่าจะอีก 15 ปีข้างหน้าจะมีค่าใช้จ่ายถึง 1.4 ล้านล้านบาท (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2561)

จากสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับนานาชาติ องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้การลดเกลือและโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลก โดยกำหนดให้ลดปริมาณเกลือและโซเดียมร้อยละ 30 ในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ภายในพ.ศ. 2558 (WHO, 2013) ที่ผ่านมามีประเทศไทยได้มีแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง จนถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ในปัจจุบัน และมีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในด้าน

การสร้างเสริมสุขภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ จัดทำโครงการส่งเสริมโภชนาการตลอดช่วงชีวิตเพื่อแก้ไขโภชนาการทุกระดับและส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมในทุกวัย (นพวรรณ เปียชื่อ, 2561) รวมทั้งมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 8 มีนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งกรมควบคุมโรค สำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่ายลดการบริโภคเค็ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และหน่วยงานกว่า 20 องค์กร จัดทำร่างยุทธศาสตร์ในการรณรงค์สื่อสารเชิงนโยบาย สร้างการตระหนัก การรับรู้ และเผยแพร่ความรู้กับประชาชนทุกช่วงวัยให้เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติตาม (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

หน่วยงานและองค์กรเหล่านี้เป็นสื่อกลางที่สำคัญในการสื่อสารด้านสุขภาพ แม้ว่าจะมีการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ แต่พบว่า ผู้สูงอายุมักมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารโดยปรุงก่อนชิม อาหารรสจัด เช่น รสหวาน รวมถึงอาหารหมักดอง และอาหารที่มีไขมันสูง (นวนิตย์ จันทร์ขุม, 2556) ดังนั้นกลยุทธ์การสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการจูงใจให้ผู้รับสารเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือพฤติกรรม การสื่อสารโน้มน้าวใจที่มักเห็นบ่อยครั้งในการรณรงค์ด้านสุขภาพ คือ การใช้ความกลัว แต่ความกลัวระดับสูงอาจทำให้ผู้รับสารเกิดการหลีกเลี่ยง เพิกเฉย หรือลดความสำคัญของเรื่องนั้น ทำให้ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงเกิดความเจ็บป่วยและการสูญเสียเพิ่มขึ้นทุกปี Miller (1963 อ้างถึงใน; นริรัตน์ งาม ประดิษฐ์ 2553) จึงใช้ทฤษฎีเป็นกรอบในการวางแผนการสร้างข่าวสาร คือ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย เนื่องจากต้องการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงความเสี่ยงด้วยการส่งข้อความที่ทำให้ผู้อ่านรู้สึกว่ามี ความเสี่ยง (Perceived risk) การทำความเข้าใจการรับรู้ต่อ ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และ อุปสรรคของกลุ่มผู้รับสาร เป็นโอกาสในการพัฒนาการรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Donadiki et al., 2014).

ปัจจุบันการศึกษาสารโน้มน้าวใจในรูปแบบแบบจำลองคู่ขนานเชิงขยายในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางให้กับ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน โรงพยาบาล และองค์กรต่าง ๆ ที่ใช้การสื่อสารเพื่อรณรงค์ด้านสุขภาพ ให้กับประชาชน ดังนั้นการสื่อสารด้านข้อความที่ส่งผ่านสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่นั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพ จนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อและทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณอายุที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์บริโภคลดเค็มในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างทางประชากรของบุคคลวัยเกษียณต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสารโน้มน้าวใจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้การเปิดรับสื่อและทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ
6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้การเปิดรับสื่อและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

สมมติฐานที่ 2 สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ด้าน

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

สมมติฐานที่ 3 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภค

เค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 4 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภค

เค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561 โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณมี 5 ด้านประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ คือ บุคคลวัยเกษียณอายุ 51-70 ปี ที่อาศัยอยู่จังหวัดกรุงเทพมหานคร เป็นผู้ตอบแบบสอบถามทุกข้อด้วยตนเอง

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณ และการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม” โดยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ

การโน้มน้าวใจ คือ กระบวนการที่ผู้ส่งสารใช้ชักจูงผู้รับสารให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทัศนคติ หรือพฤติกรรมไปในทางใดทางหนึ่ง รวมถึงลักษณะการโน้มน้าวใจในสื่อต่าง ๆ (Perloff, 2010) ซึ่งวิธีการโน้มน้าวใจในสื่อแต่ละประเภทมีดังนี้ (Borchers, 2005)

1. การพูด เป็นสื่อที่สามารถเห็นหน้าของผู้ส่งสารและผู้รับสารได้ ตลอดจนการโน้มน้าวใจด้วยการเล่าเรื่องไปยังผู้รับสาร

2. สื่อสิ่งพิมพ์ ช่วยอธิบายความคิดเชิงนามธรรม และจัดกลุ่มความคิดได้ เพราะสามารถแสดงหลักฐานในการสนับสนุนข้อสรุปและเหตุผลให้กับผู้รับสาร

3. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยในการสร้างความรู้สึกร่วม ส่วนร่วม ประสบการณ์ สถานที่ หรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องเผชิญด้วยตนเอง

4. สื่ออินเทอร์เน็ต ผู้โน้มน้าวใจสามารถเป็นผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารจำนวน และผู้รับสารมีอำนาจในการควบคุมการสื่อสาร และสามารถแสดงปฏิกิริยาตอบกลับไปยังผู้ส่งสารได้อย่างรวดเร็ว

การสร้างสารเพื่อโน้มน้าวใจ

อรวรรณ ปิณฑน์โอวาท (2546) ได้แบ่งแนวทางการสร้างสารเพื่อการจูงใจ ออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. จูงใจโดยใช้ความกลัว (Fear Appeals) ความกลัวในระดับต่ำมีผลในทางโน้มน้าวใจมากกว่าความกลัวระดับสูง ถ้าความกลัวมีมากเกินไป ผู้รับสารอาจกระวนกระวาย และสนใจความกระวนกระวายมากกว่าสาร

2. จูงใจโดยใช้อารมณ์ (Emotional Appeals) การโน้มน้าวใจโดยการโดยใช้ภาษาที่เจืออารมณ์เพื่อบรรยายสถานการณ์ให้ผู้รับสารเกิดความตระหนัก โดยอาจเชื่อมโยงกับความคิดเก่าหรือใหม่ของผู้รับสารก็ได้

3. จูงใจโดยใช้ความโกรธ (Angry Appeals) วิธีนี้ผู้ส่งสารสร้างความโกรธหรือความคับข้องใจให้แก่ผู้รับสาร แล้วจึงเขียนหรือพูดเพื่อลดหรือเพิ่มความเครียดแก่ผู้รับสาร

4. จูงใจโดยใช้อารมณ์ขัน (Humorous Appeals) วิธีนี้โน้มน้าวใจโดยการลดความเครียด อาจทำได้โดยวิธีเขียนประตดแตกดัน

5. จูงใจโดยใช้รางวัล (Reward as Appeals) สารที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับสารจะประสบความสำเร็จมากกว่าสารที่ไม่ได้ให้คำสัญญากับสิ่งใดกับคนฟัง โดยเฉพาะสารที่มีรางวัลตอบแทน

6. จูงใจโดยใช้แรงจูงใจ (Motivational Appeals) แท้ที่จริงแล้วจูงใจทุกชนิดที่กล่าวมา ถือว่าเป็นแรงจูงใจ แต่มีแรงจูงใจบางอย่างที่มนุษย์เรียนรู้เมื่อมีประสบการณ์ผ่านเข้ามาในชีวิต แรงจูงใจเหล่านี้ ได้แก่ ความรักชาติ ความรักในเพื่อนมนุษย์ ศาสนา และค่านิยมต่าง ๆ

ทั้งนี้ การใช้จุดจูงใจด้านต่าง ๆ มักใช้ในวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน โดยเฉพาะการโน้มน้าวใจโดยใช้ความกลัว (Fear Appeals) มักใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพและความเสี่ยง เพื่อให้ผู้รับสารรู้สึกกลัวด้วยการแสดงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อเปลี่ยนทัศนคติหรือพฤติกรรม แต่การแสดงให้เห็นถึงอันตรายหรือความน่ากลัวตามที่ผู้ส่งสารต้องการไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะผู้รับสารคิดว่าผลกระทบที่ดูร้ายแรงนั้นอาจไม่เกิดขึ้นกับตนเองหรือมีโอกาสน้อย (กรณีการ์ อัสวตศเตหา, 2550)

แบบจำลองกระบวนการการคู่ขนานเชิงขยาย

แบบจำลองที่พัฒนามาจาก 3 ทฤษฎี คือ การใช้ความกลัวเป็นแรงขับ แบบจำลองการตอบสนองคู่ขนาน และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Lucy Popova, 2012) โดยโครงสร้างของข้อความโน้มน้าวใจตามแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายมี 2 องค์ประกอบ คือ

1. การรับรู้ภัยคุกคาม ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภัยคุกคามและการรับรู้ความเสี่ยงต่อภัยคุกคาม โดยข้อความที่ออกแบบมาให้รับรู้ภัยคุกคามที่สูงจะทำให้ระดับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการรับรู้สูงขึ้น

2. การรับรู้ประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของการตอบสนองการป้องกันภัยคุกคาม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองตามที่สารแนะนำ

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงเลือกศึกษาสารโน้มน้าวใจด้วยความกลัวที่พัฒนามาเป็นสารตามรูปแบบของแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย ซึ่งสามารถสร้างประสิทธิภาพให้กับข้อความไปยังผู้รับสารได้มากขึ้น ประกอบด้วย 1)ข้อความที่มีการรับรู้ภัยคุกคาม ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภัยคุกคามและการรับรู้ ความเสี่ยงต่อภัยคุกคาม 2)ข้อความที่มีการรับรู้ประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของการตอบสนองการป้องกันภัย คุกคามและการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเกษียณอายุ

บุญเทือง โพธิ์เจริญ (2551) ให้ความหมายว่า การเกษียณอายุ หมายถึง ผู้ที่รับราชการมีกำหนดเวลาการ

ทำงานจนถึงอายุ 60 ปี จากนั้นจึงเกษียณอายุ คือ ไม่ต้องทำงานอีกต่อไป และได้รับบำเหน็จหรือบำนาญ ส่วนใหญ่จะเกษียณอายุเมื่อประมาณ 60 ปี สำหรับผู้ที่ทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ธนาคาร ฯลฯ จะมีกำหนดให้เกษียณอายุแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหน่วยงานนั้น ๆ นอกจากนี้ กุลยา ตันติผลชีวะ (2551) กล่าวว่ากำหนดอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การพักงานประจำที่เคยปฏิบัติ โดยทั่วไปกำหนดอยู่ระหว่างอายุ 55-65 ปี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคของวัยเกษียณ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

เป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับระบบตลาดและราคาของอาหาร ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะเป็นผู้ผลิตอาหารได้มาก แต่อาหารทุกประเภทยังต้องขึ้นอยู่กับฤดูกาลการผลิต และการคมนาคมขนส่งอาหารไปยังที่ต่าง ๆ จึงทำให้ราคาอาหารมีราคาถูกไม่เท่ากัน ซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผลิตและการแปรรูปอาหาร ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับค่าใช้จ่ายในเรื่องอาหาร พบว่าครอบครัวที่มีรายได้มาก ซื้ออาหารที่มีปริมาณเท่าครอบครัวที่มีรายได้ปานกลาง แต่มักจะซื้ออาหารที่มีคุณภาพมากกว่า ส่วนครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมักซื้ออาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายมากกว่าคุณภาพอาหาร รายได้จึงเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

ณรงค์ เส่งประชา (2532) อธิบายว่าปัจจุบันนี้วัฒนธรรม คือ ความเชื่อ และวิถีในการกระทำทุกสิ่งทุกอย่างซึ่งมนุษย์ได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกของสังคม และได้มีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง

1. วัฒนธรรม มี 2 ประเภท คือ

1.1 วัฒนธรรมทางความคิด (Ideas – thinking) หมายถึง วัฒนธรรมที่เกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึก ซึ่งอาจถูกหรือผิดก็ได้ เช่น เชื่อว่ากินปลาแล้วฉลาด กินผักบุ้งแล้วตาสวย เป็นต้น

1.2 วัฒนธรรมทางบรรทัดฐาน (Norms - doing) ได้แก่ ระเบียบแบบแผนหรือประเพณีที่ บุคคลในสังคม

ยึดถือ หรือปฏิบัติร่วมกัน เช่น เชื้อชาติ ศาสนา และขนบธรรมเนียม ประจําชาติ หรือความเชื่อในแต่ละครอบครัว รวมทั้งนิสัยที่สืบเนื่องมาหลายชั่วอายุคน ก็เป็นตัวกำหนดในการบริโภคเช่นเดียวกัน

2. การศึกษา ความรู้จะช่วยให้ผู้บริโภครู้จักเลือกและจัดการอาหารที่มีคุณค่าให้กับตนเอง ทั้งความเหมาะสม ปริมาณและคุณค่าอาหารที่ควรได้รับตามที่ร่างกายต้องการ เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกซื้อของผู้บริโภคเช่นกัน

3. ลักษณะการบริโภค การกินเป็นวัฒนธรรมทางสังคมที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะของสุขภาพ ความคุ้นเคย ความชอบ และความเชื่อเกี่ยวกับอาหารในวัยที่ผ่านมา มีผลกระทบต่อการกิน เมื่อความ เชื่อและความคุ้นเคยรวมกันจะทำให้ตนเองเลือกกินแต่อาหารที่ตนพอใจเท่านั้น และเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในวัยเกษียณ มักจะมองข้ามคุณค่าและความสำคัญของอาหารที่ร่างกายต้องการลดลง

4. สุขภาพ อาจเป็นความไม่แข็งแรงจากสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยลำบาก ช่วยเหลือตนเองได้ไม่มาก ก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ เกิดอาการซึมเศร้า นำมาซึ่งการเบื่ออาหารและกินอาหารได้น้อยลง หรือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ความเจ็บป่วยบางประการ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นเกิดขึ้นในปี ค.ศ.1950 โดย Hochbaum และ Rosenstock เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการออกแบบโปรแกรมการศึกษาด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันและการใช้บริการสุขภาพ แต่ปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่ยั่งยืนได้ ดังนั้นการโน้มน้าวโดยใช้ความเชื่อจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการสะท้อนถึงความแตกต่างทางประชากรของแต่ละบุคคล และยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกด้วย (Abraham, Samuel Sheeran, P., 2004) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวทางในการพัฒนาการรณรงค์ด้านการสื่อสารสุขภาพและส่งเสริม

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Rosenstock M, 1974) เป็นส่วนหนึ่งที่ชี้ให้เห็นผลลัพธ์ของสื่อ โดยใช้ในการออกแบบ และประเมินผลการสื่อสารการรณรงค์มากที่สุด (Homik และ Yanovitzky, 2003)

ต่อมา Rosenstock (1969) ได้ศึกษาและพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยต้องประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค (Perceived barriers)

ในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock และ Becker เสนอให้เพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) โดย Strecher (1986) ยืนยันว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังและการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ กล่าวคือ กลุ่มเป้าหมายเชื่อว่าจะไม่ต้องเผชิญกับอุปสรรค และเกิดผลลัพธ์ที่ดีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม 7 ตัวแปร (Skinner, Tiro, & Champion, 2008) ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม แต่ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มีมากน้อยแตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยจะมีความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และปฏิบัติตามคำแนะนำ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลประเมินปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้แก่ ชีวิต ความสมบูรณ์ ความเจ็บปวดทรมาน รวมถึงผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สิน และสถานะทางสังคม ซึ่งผลของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิดการ

รับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีการป้องกันและรักษาโรคนั้น

3. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) หมายถึง บุคคลรับรู้เกี่ยวกับผลดี ที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค โดยบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมและสามารถป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง บุคคลรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคหรือ ผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นมาตามหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพราะฉะนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ

5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนั้นจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรคจนสามารถควบคุมสถานการณ์และมีพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคจนสำเร็จได้

6. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมและร่วมมือในการมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรค ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล (Internal cues) ได้แก่ ความรู้สึกถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง 2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล (External cues) ได้แก่ การสื่อสารผ่านสื่อสารมวลชน คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดหรือแพทย์ อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน โดยปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติทั้งที่มาจากภายในบุคคลและภายนอกบุคคลทำหน้าที่คล้ายๆ กับตัวจุดระเบิดที่จะนำบุคคลไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Rosenstock, 1996)

7. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานอื่นๆที่ ส่งผลโดยอ้อมต่อ พฤติกรรมการ ป้องกันและรักษาโรคของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (เช่น ฐานะความเป็นอยู่ การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ฯลฯ) และความรู้ที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับการเกิดขึ้นพร้อมกันของปัจจัย 3 ระดับ ดังนี้ (Rosenstock M, Strecher J, & Becker H, 1988)

1. ความกังวลด้านสุขภาพหรือการมีแรงจูงใจที่เพียงพอ จะทำให้ปัญหาสุขภาพกลายเป็นสิ่งสำคัญ

2. ความเชื่อว่าคนเรามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่รุนแรง หรือผลที่ตามมาของการเจ็บป่วย เรียกว่า การรับรู้การคุกคาม

3. ความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดการรับรู้การคุกคาม และเป็นสิ่งที่ไม่เป็นอุปสรรคจนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

กล่าวโดยสรุปว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคล และบุคคลจะมีพฤติกรรมการเพื่อป้องกันและรักษาโรค หากพวกเขาคิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย (การรับรู้โอกาสเสี่ยง) เชื่อว่าจะมีผลกระทบร้ายแรงตามมา (การรับรู้ความรุนแรง) หากเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวก (การรับรู้ประโยชน์) ถ้าบุคคลมีการรับรู้ผลกระทบเชิงลบบางอย่างเมื่อมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม (การรับรู้อุปสรรค) รวมทั้งปัจจัยร่วมภายในและภายนอกบุคคล และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ นอกจากนี้พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถนำมาปรับใช้กับการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงเลือกบุคคลวัยเกษียณเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพราะเมื่อประเทศก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีจำนวนประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมักได้รับประทานอาหารจาน

ด่วน หรืออาหารสำเร็จรูปที่มีโซเดียมในปริมาณมาก งานวิจัยนี้เลือกศึกษาบุคคลวัยเกษียณที่มีอายุ 51-70 ปี ซึ่งมีความแตกต่างทางด้านประชากร

3. การรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

ปัจจัยด้านอายุที่มากขึ้นทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ จึงพบผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี พฤติกรรมการบริโภคหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคคือ การบริโภคเกลือเกินกำหนด ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไต (มันทนา ประทีปประเสน, 2554) ซึ่งคนไทยปัจจุบันมีการบริโภคโซเดียมเกินกว่าที่แนะนำประมาณ 2 เท่า คนที่รับประทานเค็มจัด มีโอกาสเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากกว่าคนที่รับประทานเค็มอย่างเหมาะสม (วีรณัฐ รอบสันติสุข, 2556) การที่ร่างกายได้รับโซเดียมสูงมีผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานของไตที่มีหน้าที่กำจัดโซเดียม ไตจะทำงานหนักขึ้นและเสื่อมเร็ว ส่งผลให้กระดูกบางและกระดูกพรุน ส่วนผู้ที่ป่วยอยู่แล้ว อาจทำให้การรับประทานยามีประสิทธิภาพน้อยลง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ความเป็นมาของการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย

การสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่เค็มเกินพอดี นับเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนในสังคมไทย โดยพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อเนื่องจำนวนมากขึ้นทุกปี ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง คือ การกินอาหารรสเค็มจัดจากการใส่เครื่องปรุงรสที่คนไทยนิยมกันมาก จึงได้จัดตั้ง โครงการลดการบริโภคเค็มเพื่อรณรงค์การลดบริโภคเค็มและสนับสนุนทุนวิจัยต่าง ๆ โดยอาศัยความร่วมมือจากทั้งหน่วยงานของรัฐบาลและเอกชน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข องค์การอาหารและยา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สมาคมประสาทวิทยา สมาคมโรคหัวใจ สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย เครือข่ายรักหทัย และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานเหล่านี้จะทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ให้ประชาชนผ่านการจัด

แสดงโดยเดินทางไปยังที่ต่าง ๆ (Roadshow), การเผยแพร่ความรู้ผ่านหน่วยงานสาธารณสุข, การเผยแพร่ความรู้เรื่อง การลดการกินเค็มผ่านสื่อ และสื่อสังคมออนไลน์เว็บไซต์ หลักของการลดเค็มลดโรค www.Lowsaltthai.com และ ยังจัดให้มีการรณรงค์ลดกินเค็มในสัปดาห์ของวันไตโลก วันที่ 14 มีนาคม ของทุกปี นอกจากนี้ยังมีการผลักดัน นโยบายทางกฎหมายในการควบคุมสินค้าในกลุ่มอาหารที่มี รสเค็ม และสนับสนุนอาหารที่มีเกลือและโซเดียมน้อย

สารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561

สารโน้มน้าวใจตามแบบจำลองกระบวนการ คู่ขนานเชิงขยายที่พบในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม ปีพ.ศ. 2561 สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ 1. แทบทุกคนรู้ว่าเป็นโรคนี้โดยไม่รู้ตัว 2. โรคนี้ไม่แสดง อาการ 3. มักพบผู้ป่วยในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร 4. การกินเค็มเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค 5. เกลือมักแฝงอยู่ ในอาหารสำเร็จรูปที่ทานประจำ 6. การเติมเครื่องปรุงมักทำ ให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ 1. แทบทุกคนรู้ว่าเป็นโรคนี้โดยไม่รู้ตัว 2. โรคนี้ไม่แสดง อาการ 3. มักพบผู้ป่วยในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร 4. การกินเค็มเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค 5. เกลือมักแฝงอยู่

ในอาหารสำเร็จรูปที่ทานประจำ 6. การเติมเครื่องปรุงมักทำ ให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา

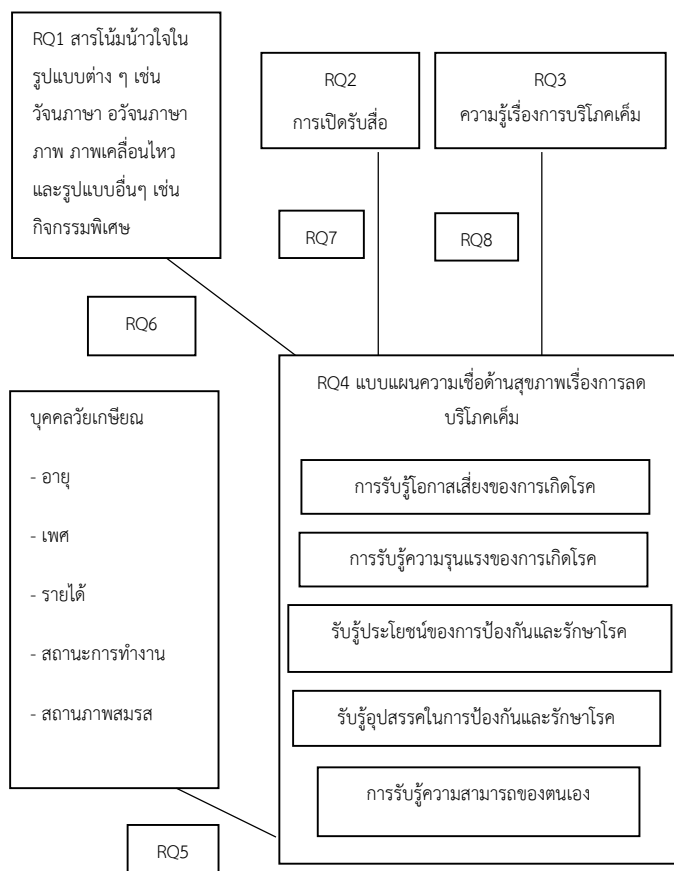
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้แก่ 1. การเกิด โรคทำให้เสียสุขภาพและค่าใช้จ่ายสูงถึง 200,000 บาทต่อปี 2. ผู้ที่มีอาการไตเสื่อมหรือไตวายสูงถึงปีละ 8 ล้านคน 3. การรับประทานโซเดียมมากทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร 4. ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตสูงเป็นอันดับ 3 ของอาเซียน 5. โรคไตติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก 6. หลายคน ต้องฟอกไตตลอดชีวิต

- ประสิทธิภาพของการตอบสนองการป้องกันภัยคุกคาม ได้แก่ 1. ทำอาหารกินเองสามารถคุมโซเดียมได้ 2. ลดการปรุงเค็มที่ละน้อยช่วยให้ลดกินเค็มได้ 3. การลดกิน เค็มควรปฏิบัติอย่างจริงจัง 4. การลดกินเค็มช่วยลดการเจ็บป่วยลงได้ 5. การลดกินเค็มช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการ รักษาโรค

- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน และรักษาโรค ได้แก่ 1. เราสามารถควบคุมการเกิดโรคได้ไม่ ยาก 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินเค็มนั้นไม่ใช่เรื่อง ที่ เป็นไปไม่ได้

ประเภทสารโน้มน้าวใจจากสื่อในการรณรงค์ลด บริโภคเค็มนี้ สามารถใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อสารโน้ ม่น้าวใจในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อทราบถึงระดับทัศนคติต่อสาร โน้มน้าวใจที่ใช้ในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในปัจจุบัน

กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็น

บุคคลวัยเกษียณที่มีอายุ 51-70 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 1,255,572 คน ณ เดือน ธันวาคม 2562 (สำนักสถิติการทะเบียน กรมการปกครอง, 2562) โดยสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของบุคคลวัยเกษียณในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2562

อายุ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
51-55 ปี	434,730	138
56-60 ปี	398,214	127
61-65 ปี	321,610	103
66-70 ปี	101,018	32
รวม	1,255,572	400

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านทางออนไลน์บน google form โดยนำลิงก์แบบสอบถามฝากไว้บนสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่าง ๆ และอาศัยการแนะนำ

ของผู้ให้ข้อมูลต่อกันจนกระทั่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจทางประชากร โดยเก็บรวบรวมปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานการณ์ทำงาน รายได้ แหล่งรายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การวัดตัวแปรที่มีต่อการเปิดรับสื่อได้มาจากความถี่ในการเปิดรับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อกิจกรรม และสื่ออินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจ รูปแบบต่าง ๆ คำถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อสารโน้มน้าวใจ รูปแบบต่าง ๆ ในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

ผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 290 คน (ร้อยละ 72.5) เพศชายจำนวน 110 คน (ร้อยละ 27.5) จำแนกตามอายุพบว่าอายุระหว่าง 51-55 ปี มีจำนวน 138 คน (ร้อยละ 34.50) รองลงมาคือ 56-60 ปี จำนวน 127 คน (ร้อยละ 31.75) สถานภาพสมรสมีจำนวน 231 คน (ร้อยละ 57.8) ระดับการศึกษาที่มากที่สุด คือ การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 208 คน (ร้อยละ 52.0) สถานะการทำงานส่วนใหญ่ คือ กลุ่มที่ยังคงทำงานอยู่จำนวน 231 คน (ร้อยละ 57.8) และไม่ได้ทำงานแล้วจำนวน 169 คน (ร้อยละ 42.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท จำนวน 92 คน (ร้อยละ 33.0) รองลงมาคือ ต่ำกว่า 15,000 บาท มีจำนวน 76 คน (ร้อยละ 19.0) แหล่งรายได้หลักส่วนใหญ่มาจากการทำงานด้วยตนเอง จำนวน 270 คน (ร้อยละ 67.5) รองลงมา คือ บำเหน็จ/บำนาญ จำนวน 53 คน (ร้อยละ 13.3) และส่วน

ใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน มีจำนวน 266 คน (ร้อยละ 66.5)

2. การทดสอบสมมติฐานสามารถจำแนกรายละเอียดได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันพบว่า

1.1 เพศต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

1.2 อายุต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

1.3 สถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

1.4 ระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.5 สถานะการทำงานต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

1.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

1.7 แหล่งรายได้หลักต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.8 การอยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณพบว่า

สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ

สมมติฐานที่ 3 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณพบว่า

การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ โดยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวก และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

สมมติฐานที่ 4 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน พบว่า

1. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

2. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

3. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

4. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

5. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในข้างต้น สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นดังต่อไปนี้

การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561

จากผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับปานกลาง โดย กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่อรณรงค์มากที่สุดจาก เฟซบุ๊ก รองลงมาคือ เว็บไซต์ และยูทูบ ซึ่งเป็นสื่อ ออนไลน์ ส่วนสื่อรณรงค์ที่มีการเปิดรับน้อยที่สุดคือ วิทยุ ซึ่งเป็นสื่อมวลชน รองลงมาคือ สื่อกิจกรรม และโปสเตอร์ ซึ่งเป็นสื่อเฉพาะกิจ แสดงให้เห็นว่าสื่อออนไลน์อย่างเฟซบุ๊ก ที่มีคุณลักษณะสามารถ

เข้าถึงได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ประหยัด สื่อสารกันอย่างอิสระ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประโยชน์ต่าง ๆ จึงเป็นสื่อออนไลน์ที่ผู้คนทั่วโลกนิยมใช้งานกันอย่างแพร่หลาย รวมถึงประเทศไทยโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครที่นิยมการใช้สื่อออนไลน์เฟซบุ๊กมากเป็นอันดับหนึ่ง (สถิติผู้ใช้ดิจิทัลทั่วโลก, 2561) สอดคล้องกับ กันตพล บรรทัดทอง (2557) เรื่องพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และความพึงพอใจของกลุ่มคนผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ใน ระดับพึงพอใจมาก และผู้สูงอายุใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับแรงจูงใจมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อ การแบ่งปันข้อมูล และการรู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ ของ สิริลักษณ์ อุบลรัตน์ (2560) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ เปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจาก เฟซบุ๊กมากที่สุด จึงเห็นได้ว่า เฟซบุ๊ก เป็นอีกหนึ่งช่องทางการรณรงค์ในกลุ่มคนวัยเกษียณที่มีการเปิดรับข่าวสารมากที่สุด เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น

ทัศนคติที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ ลดบริโภคเค็มในระดับสูงมาก โดยผลการวิจัยรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับสูงมากทุกข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อรูปแบบสารโน้มน้าวใจด้านการรับรู้ภัยคุกคาม และด้านการประสิทธิภาพสูง เช่น อยากให้ข้อความรณรงค์บอกความรุนแรงของโรค และอยากให้ข้อความรณรงค์สามารถปรับ ใช้ในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับการวิจัยของ Witte and Allen (2000) พบว่า การโน้มน้าวใจ ด้วยความกลัวในรูปแบบของสารที่มีระดับการคุกคามสูงและมีการรับรู้ประสิทธิภาพสูง จะทำให้ข้อความมีประสิทธิภาพมาก ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเกิดการยอมรับ มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพ ตามคำแนะนำและประสิทธิภาพของตนเอง ในการเกิดพฤติกรรม และผลการศึกษาของ Nachiketas and Bharadhwaj (2017) พบว่า ข้อความที่มีการคุกคามสูง และมี ประสิทธิภาพสูง นำไปสู่ทัศนคติเชิงบวกและความตั้งใจที่ดีต่อการผ่าตัดรักษาต่อกระเจตนา ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาอื่น ๆ อาจมาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเปิดรับข่าวสารของบุคคล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็น รับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ การกินเค็มเป็นประจำมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคไต สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สุขภาพในเรื่องทานเค็มจัดเกินไปทำให้เป็นโรคไต ประเด็นรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ รองลงมาคือ เคลื่อนไหวอยู่ในอาหารทุกประเภท เช่น อาหารกระป๋อง ซอส น้ำจิ้ม และผงฟูในผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือสูง กว่าปริญญาตรี ดังนั้น ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีส่วนสำคัญต่อการรับรู้และความเข้าใจ เรื่องการดูแลปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดีให้มีความเหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าสามารถเข้าถึงเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่มีประโยชน์ได้ดีกว่า (ขวัญดาว กลิ่นรัตน์, 2554) ซึ่ง Hochbaum (1958) ได้กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการ ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด โดยประเด็น รับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ ถ้าเป็นโรคไตอาจทำให้ทรมานจากการล้างไตและสุดท้ายอาจตายได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 87.0 มีการรับรู้ ความรุนแรงต่อภาวะสุขภาพในเรื่องโรคไตส่งผลทำให้ไตวายและเสียชีวิต ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงสามารถทำนายพฤติกรรมมาให้ความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคได้ Becker (1977)

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ หลีกเลี่ยงการกินเค็มจะช่วยป้องกันโรคไตได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาญลักษณ์ โมราษญ์ (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการเลือกทานอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่มีประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการควบคุมภาวะ การเจ็บป่วยที่พบป่วยในผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันการเกิดโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี เหมาะสม และมีประโยชน์ที่สามารถป้องกันโรคได้ จริง จะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติและการให้ความร่วมมือในการรักษา

4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลรัตน์ บุญราศรี (2559) เรื่อง แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมของ พนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ใน ระดับสูง โดยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นความคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อความมุ่งมั่นในการมีพฤติกรรมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลมีความคิดและอารมณ์ทางบวก จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความ สามารถในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (ปานชีวา แลบุญมา, 2551)

5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด โดย

ประเด็นรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ ตนเอง สามารถลดกินเค็มได้แม้ว่าจะไม่มีคนคอยสนับสนุน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สายหยุด มูลเพชร (2558) เรื่อง การสำรวจปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะและปัจจัยที่มีผลต่อการกินเค็มใน กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตำบลอนแก้ว อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนนิสัยการบริโภคอาหารไม่ทำให้บริโภคเค็ม ตัวเองเป็นสิ่งสำคัญ ที่สุด ไม่ได้ขึ้นกับบุคคลอื่น มีการรับรู้ความสามารถในการลดเค็ม อยู่ในระดับดีมาก รวมถึงการวิจัยของ หทัยกานต์ ห้องกระจก (2559)

สมมติฐานที่ 1 บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.1 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านเพศแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Baker & Maiman (1974) ที่กล่าวว่า โอกาสเสี่ยงในความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน คือ ความ เชื่อมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจึง มีแบบแผนความเชื่อในการป้องกันและรักษาโรคที่แตกต่างกันออกไป และไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Courtenay (2000) ได้นำเสนอแนวทางการสร้างสังคมในเรื่องเพศและสุขภาพซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ชาย มองว่าการจัดการกับปัญหาสุขภาพเป็นสัญญาณของความเป็นผู้หญิงหรือความอ่อนแอ และผู้หญิงถูก สังคมมองว่าเป็นเพศที่สามารถดูแลตนเอง และให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเพศหญิงจึงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูงกว่าเพศชาย

1.2 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านอายุแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพที่ไม่แตกต่าง

กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Soleymani et al. (2015) ว่าเพศมีความเหมือนกันในแง่ พฤติกรรมโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ American Cancer Society (2013) เรื่อง ผลของการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการคัดกรอง มะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50-70 ปี ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และผลประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค

1.3 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านสถานภาพแตกต่างกัน มีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ Charlotte N. Markey et al. (2005) เรื่อง สถานภาพการสมรสและแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ กรณีศึกษาความสัมพันธ์ที่ แตกต่างกันสำหรับชายและหญิง ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่เป็น หม้ายหรือแต่งงานแล้วมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากที่สุด แต่พบว่าผู้หย่าร้างมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาก กว่าผู้ชายโสด ดังนั้นเพศจึงเป็นตัวควบคุมความ สัมพันธ์สถานภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเช่นกัน

1.4 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนัส บุญประกอบ และ พรณี บุญประกอบ (2549) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานภายหลังเกษียณอายุของข้าราชการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการเกษียณที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีแบบแผนความเชื่อในการรับรู้ ความ สามารถของตนเองต่างกัน โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก

จะมีการรับรู้ ความ สามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัสรา อวรณ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบ ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความ สามารถในการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญาถึงปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมาก กว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา

1.5 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานะการทำงานต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านสถานะการทำงานแตกต่างกัน มีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแรงจูงใจในการเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงภาวะสมอง เสื่อม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลวัยก่อนเกษียณอายุ 51-65 ปี และบุคคลวัยหลังเกษียณอายุ 65 ปีขึ้นไป ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.6 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rivandi SH et al. (2018) เรื่อง ผลกระทบของการศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรักษาโรคในวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านไม่ความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจากงานวิจัยสรุปได้ว่า บุคคลที่มีรายได้ต่ำและรายได้สูงมีแบบแผนความเชื่อใน แต่ละด้านไม่แตกต่างกัน

1.7 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพที่

แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านแหล่งรายได้หลักแตกต่างกัน มีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลลดา บุตรวิศา (2561) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุใน ชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่มีแหล่งที่มาของรายได้ต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพ โดย สอด คล้องกับแนวคิดของศรีทิพย์ รัตนโกศล (2547 อ้างถึงใน จันทนา สารแสง 2561) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้าน ประกันรายได้ เมื่อเข้าสู่วัยชราจะสามารถช่วยให้ตนเองดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข

1.8 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะการอยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกัน มีแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ไม่สอดคล้องกับงาน วิจัยของ Raheleh Soltani et al. (2016) เรื่อง ปัจจัยเบื้องหลังการบริโภคผักและผลไม้ในผู้สูงอายุที่ มีอาการท้องผูกจากการทำงานกรณีศึกษาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการดำรงชีพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงในระดับ ปานกลาง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ดังนั้นครอบครัวและญาติจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการบริโภค

สมมติฐานที่ 2 สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

2.1 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Umi Athiyah (2017) เรื่อง การ ดิตยาในผู้ป่วยสูงอายุผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภัยคุกคามจากผลข้างเคียงของยา มีความสัมพันธ์เชิง บวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

2.2 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Courtney L Scherr (2017) เรื่อง รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและการส่งเสริมการฉีดวัคซีนในช่วงที่มีการระบาด ผลการวิจัยพบว่า การออกแบบการสื่อสารที่เน้นระดับภัยคุกคามและมีประสิทธิภาพสูง มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวโดยสรุปคือ กลุ่มตัวอย่างจะเกิดความกังวลเกี่ยวกับโรคมมากขึ้นและลดอุปสรรคในการ ป้องกันและรักษาโรค เพื่อกระตุ้นความตั้งใจและพฤติกรรมในส่งเสริมการป้องกันสุขภาพ

2.3 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

2.4 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่ง เป็นไปตามสมมติฐาน

ที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hui-Ting Huang (2016) ผู้่อ่ง ปัจจัยโครงสร้างที่มีผลต่อความตั้งใจในพฤติกรรม การตรวจสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุในประเทศไต้หวันที่ได้รับข้อมูลสนับสนุนทางสังคมในการตรวจรักษา สุขภาพเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Witte & Allen (2000) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นใน ความ สามารถของตนเองนั้นจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรค จนสามารถควบคุมสถานการณ์และมีพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคจนสำเร็จได้

2.5 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rashmi Thapaliya (2018) เรื่อง แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อ สุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อ่านสารโน้มน้าวใจที่มีข้อความกล่าว ถึงการรับรู้ประสิทธิภาพในการออกกำลังกายและทานอาหารที่มีประโยชน์ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง กล่าวได้ว่า เมื่อสารโน้มน้าวใจมี การรับรู้ประสิทธิภาพสูงกว่าการรับรู้อุปสรรคจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และ สอดคล้องกับการวิจัยของ Witte & Allen (2000) พบว่า การโน้มน้าวใจโดยจัดกระทำสารที่มีระดับ การรับรู้ประสิทธิภาพมากกว่าระดับการคุกคาม ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเกิดการยอมรับ มีความเชื่อมั่น ในประสิทธิภาพตามคำแนะนำและประสิทธิภาพของตนเองในการเกิดพฤติกรรม

สมมติฐานที่ 3 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของศึกษาการประเมินประสิทธิภาพของข้อความที่มีภัยคุกคามทางสื่อออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่า ข้อความที่มีภัยคุกคามและมีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยอธิบายว่า ข้อความเกี่ยวกับสุขภาพมีผ่านสื่อหลายแห่ง เช่น สื่อมวลชนรวมทั้งโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โบรชัวร์ โปสเตอร์ มักมีความสัมพันธ์โดยตรง กับการรับรู้ความรู้ และทัศนคติของแต่ละบุคคล สื่อมวลชนสามารถเผยแพร่ข้อมูลได้อย่างกว้างขวาง ส่วนด้านสื่อออนไลน์นั้นมีความจำเป็นในการจัดทำข้อมูลที่มีการรับรู้ด้านภัยคุกคาม และการรับรู้ประสิทธิ ภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น เว็บไซต์สำหรับองค์กรสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Boster and Mongeau (1984) พบว่า งานที่ศึกษาที่มีการจัดระดับความกลัวหรือภัยคุกคามในสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ต่อระดับทัศนคติ

สมมติฐานที่ 4 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

4.1 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญาดา โตอุตขมน (2560) เรื่อง รูปแบบเชิงเหตุผลของปัจจัยที่มีผลระยะเวลาก่อนการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ผลการวิจัยพบว่า บทความในวารสาร หนังสือพิมพ์ สื่อมวลชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าความสัมพันธ์ ระดับต่ำ โดยมีข้อเสนอแนะในการวางแผนการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค โดยผลิตสื่อสุขศึกษาที่เน้น เนื้อหาเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรง

ของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค

4.2 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Diane McKay (2004) เรื่อง การสื่อสารความเสี่ยงในการเกิดโรค หัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิง ขยายเพื่อพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ ผลการวิจัยพบว่า สื่อแผ่นพับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคของผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.3 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐพร อยู่ปาน (2558) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติอย่างสื่อโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.4 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Muhmmad Saqlain (2020) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แหล่งข้อมูลและอุปสรรคในการควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศปากีสถาน ผลการวิจัยพบว่า คนส่วนใหญ่หาข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษา

โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ เช่น เชื่อว่าไม่สวมหน้ากากอนามัยและไม่ล้างมือ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการติดโรค และหน้ากากอนามัยที่มีจำนวนจำกัดทำให้ประชาชนติดเชื้อง่ายขึ้น โดยสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุในสังคมไทย กรณีศึกษาเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้สูงอายุมีความสำคัญค่อนข้างมาก เนื่องจาก สามารถลดช่องว่างระหว่างความสัมพันธ์ของบุตรหลานกับผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการเรียนรู้ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้สูงอายุยังขาดทักษะและ ประสบการณ์ในการใช้งาน ไม่สามารถแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้งานได้ด้วยตัวเอง ขาดความเข้าใจในหน้าจอของระบบขั้นตอน การทำงาน ของสื่อสังคมออนไลน์อีกทั้งนี้สื่อสังคมออนไลน์ยังมีข้อจำกัดในการใช้งานอยู่ค่อนข้างมาก ส่งผลให้ ผู้สูงอายุในบางรายเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ค่อนข้างยาก (มนัสสินี บุญมีศรีสง่า และ มนิตรา สดชื่น ,2560)

4.5 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตาม

สมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ Taejin Jung and Maria Brann (2555) เรื่อง การวิเคราะห์แบบจำลองกระบวนการ คูชนานแบบขยายและโครงสร้างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ในการส่งข้อความขณะขับรถ ผลการศึกษาพบว่า การเปิดรับสื่อ เช่น โทรทัศน์ และ หนังสือพิมพ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ปัจจัยด้านการศึกษาระดับที่สูงกว่าจะสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐ เอกชน โรงพยาบาล และองค์กรต่าง ๆ ควรเน้นประเด็นของการส่งสารโน้มน้าวใจตามแบบจำลองกระบวนการคูชนานเชิงขยายไปสู่กลุ่มบุคคลที่มีการศึกษาในระดับเทียบเท่ามัธยมหรือต่ำกว่า เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มากขึ้นจนไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมควบคุมโรค. (2562). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยปี 2559-2561*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กันตพล บันทัดทอง. (2557). *พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และความพึงพอใจของกลุ่มคน ผู้สูงอายุใน เขต กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยกรุงเทพ,
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2551). *สุขภาพกับวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เรือนปัญญา.
- ณรงค์ เส็งประชา. (2538). *มนุษย์กับสังคม*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ธัญลักษณ์ โมราชฎี. (2548). *ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ การดูแล ตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นพวรรณ เปียชื่อ. (2561). *การดูแลโภชนาการเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- บุญเทือง โพธิ์เจริญ. (2551). *แผนที่ชีวิตวัยเกษียณ*. กรุงเทพฯ: ฐานบุ๊คส์.
- ปานชีวา แลบุญมา. (2551). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานอนามัยบ้านแม่ป้อ อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิไลรัตน์ บุญราศรี. (2559). แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วน ลงพุง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
- ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา,
- สายหยุด มูลเพชร. (2558). การสำรวจปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะและปัจจัยที่มีผลต่อการกินเค็มในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัด เชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- หทัยการ์ต ห้องกระจก. (2559). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภาษาอังกฤษ

- Abraham C, & P, S. (2004). *Health belief model. Behavior Predicting Health*, 28-80.
- Nachiketas Nandakumar, & Sivakumaran, B. (2017). Threat, efficacy and message framing in consumer healthcare. *Marketing Intelligent & Planning*, 35, 442-457.
- Rosenstock M, Strecher J, & Becker H. (1988). Social leaning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2). 175-183.
- Rosenstock M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education, Monographs*, 2, 328-335.
- Skinner C, Tiro J, & Champion V. (2015). *Theory research, and United Nations Development Programme*. Discussion paper: addressing the social determinants of noncommunicable diseases. Health behavior and health education.
- Soleymani L, & L, S. (2015). Knowledge, attitude and practice declaration of elderly in Ahram city toward nutrition behavior in 201. *Iranian South Medical Journal*, 18(2), 70-82.
- Soltani R, Torabi A, Hasanzadeh A, & G, S. (2017). Behind Fruit and Vegetable Consumption Among the Elderly with Functional Constipation: A Study Based on the Health Belief Model. *Mod Care Journal*, 18(1). doi:10.5812/modernc.63387.
- Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, & IM, R. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73-92.
- Taejin Jung, & Brann, M. (2555). Analyzing the extended parallel process model and health belief model constructs in texting while driving news coverage in leading U.S. news media outlets. *International Journal of Health Promotion and Education*. 52(4). 210-221.
- Thapaliya, R. (2018). *An Extension of The Extended Parallel Process Model (Eppm) To promote healthy behaviors*. University of oklahoma Graduate College,
- World Health Organization, (2007). *Reducing salt intake in populations - Report of a WHO Forum and Technical Meeting*. Organization.