



ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองของจังหวัดระนอง
FACTORS AFFECTING HEALTH BEHAVIOURS AMONG MENOPAUSAL WOMEN IN
RANONG PROVINCE

เอริช มุกสง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2566

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสื่อและนวัตกรรมสื่อสาร
วิทยาลัยนวัตกรรมสื่อสารสังคม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

FACTORS AFFECTING HEALTH BEHAVIOURS AMONG MENOPAUSAL WOMEN IN
RANONG PROVINCE



A-RICH MUKSONG

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF ARTS
(Media and Communication Innovation)
College of Social Communication Innovation, Srinakharinwirot University
2023
Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง
ของ
เอริช มุกสง

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสื่อและนวัตกรรมการสื่อสาร
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก	 ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริรัฐ ภัคดีรัตนชาติ)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียาภรณ์ เจริญบุตร)
	 กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรวณ แพทยานนท์)

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง
ผู้วิจัย	เอริช มุกสง
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2566
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีรัฐ ภัคดีธนิต

งานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง” ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพตนเองของสตรีวัยทองในภาคใต้ของไทยที่จังหวัดระนอง กับตัวแปรอื่น ๆ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทองจำนวน 375 คนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระนองในปี 2564 ผลการวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง จังหวัดระนอง ปัจจัยด้านการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส ความรักสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทองในเชิงบวกอย่างมีนัยยะ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าไม่สอดคล้องทางสมมติฐาน คือ กลุ่มสตรีวัยทองที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามวิจัยจะมีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในระดับปานกลางถึงสูง ในเงื่อนไขที่ไม่จำเป็นต้องจบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดยจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แต่มีพฤติกรรมการรับสื่อสุขภาพในระดับสูง ในขณะที่ความสอดคล้องเชิงสถิติกับผลทางพฤติกรรมสุขภาพกลับอยู่ในระดับต่ำ โดยที่ปัจจัยเรื่องรายได้กลับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกมากกว่า ดังนั้นการให้ความรู้และการสนับสนุนให้สตรีวัยทองแสวงหาความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์และออฟไลน์ แม้จะมีความสำคัญแต่ขณะเดียวกันปัจจัยเรื่องรายได้และการขยายบริการพื้นฐานให้ครอบคลุมและเท่าเทียมกันมากขึ้นนั้นสำคัญยิ่งกว่า ทั้งนี้เพื่อลดความสำคัญของปัจจัยเชิงรายได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, สตรีวัยทอง, จังหวัดระนอง, พฤติกรรมสุขภาพ

Title	FACTORS AFFECTING HEALTH BEHAVIOURS AMONG MENOPAUSAL WOMEN IN RANONG PROVINCE
Author	A-RICH MUKSONG
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2023
Thesis Advisor	Assistant Professor Srirath Pakdeeronachit , Ph.D.

This research explores the factors influencing the health behaviors of postmenopausal women in Ranong Province, southern Thailand. It examines the relationships between their self-care behaviors and various variables. The study aims to analyze how education, income, marital status, and health literacy relate to the health care behaviors of 375 postmenopausal women receiving outpatient services at Ranong Hospital in 2021. The analysis reveals that education, income, marital status, and health awareness significantly correlate with positive self-care behaviors among postmenopausal women in Ranong Province. However, the findings suggest inconsistency with the hypothesis that the respondents, despite achieving only compulsory education, exhibit moderate to high levels of health knowledge. Despite this, their adherence to health media is high, but a statistical alignment with health behavioral outcomes remains low. Notably, income demonstrates a stronger association with positive health behaviors than anticipated. Therefore, while enhancing health literacy through online and offline channels is crucial, addressing income disparities and expanding equitable basic services are even more critical. These efforts aim to mitigate the impact of income disparities on health behaviors among postmenopausal women, ensuring more comprehensive and equitable health outcomes.

Keyword : Health Belief Model, Menopausal in Women, Ranong Province, Health Behavior

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง เพื่อการสำเร็จการศึกษาของข้าพเจ้าระดับปริญญาโท สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีรัฐ ภักดีรัตนจิต อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดีผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์ อรุณ เจ๊ะแว (สูติมะเร็งนารีเวชวิทยา) ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมงานวิจัย ขอขอบคุณนางสาว อรชร โททวี ที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชชาติชาย มุกสง พี่ชายของข้าพเจ้าที่ให้คำแนะนำและผลักดันทุกด้านให้กับผู้วิจัย ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุมัติงบประมาณเพื่อการนำเสนองานวิจัยของข้าพเจ้าในงาน The 4Th Kyoto Conference on Arts Media Communication & Culture (KAMC2023) สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอริช มุกสง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตในการศึกษา.....	6
1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา	6
1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร.....	6
1.5.3 ขอบเขตด้านตัวแปร.....	6
1.6 สมมติฐานการศึกษา.....	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.8 นิยามศัพท์	7
1.9 วิธีการและกรอบแนวคิดในการศึกษา.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 ทฤษฎีประชากรศาสตร์.....	9
2.1.1 รายได้ (Income)	10

2.1.2 การศึกษา (Education).....	10
2.1.3 สถานภาพสมรส (Marital status).....	10
2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	11
2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	11
2.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ (ด้านสุขภาพ).....	12
2.3 ความรักสุขภาพ (Health Consciousness).....	14
2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรักสุขภาพ	14
2.3.2 ระดับความรักสุขภาพและอิทธิพลของแนวคิดความรักในสุขภาพ.....	15
2.3.4 กระบวนการเกิดความรักสุขภาพ	16
2.4 ความหมายของสตรีวัยทองกับปัญหาสุขภาพ (Menopause)	17
2.4.1 โรคที่เกี่ยวข้องกับสตรีวัยทอง	20
2.5.1 แนวคิดว่าด้วยพฤติกรรมสุขภาพ.....	23
2.5.2 ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ	24
2.6 ทฤษฎีการเปิดรับสื่อและการเลือกรับสื่อ	25
2.6.1 การเปิดรับสื่อ (Media Exposure).....	25
2.6.2 การเลือกรับสื่อ (Media Selective Exposer).....	27
2.6.3 การเปรียบเทียบสื่อบแบบดั้งเดิม (Traditional Media) และสื่อใหม่ (New Media) ..	28
2.6.4 กระบวนการสื่อสาร (Communication Process)	30
2.7 การสื่อสารด้านสุขภาพ (Health Communication)	32
2.7.1 ทฤษฎีการสื่อสารด้านสุขภาพ	33
2.8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	34
2.8.1 ความหมายและการนิยามปัจจัยศึกษาในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	36
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	38

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
3.2 ตัวแปรในการศึกษา	47
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย	59
4.1 สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
4.2 ผลการวิจัย.....	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	74
5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล	75
5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล	75
5.3 สรุปผลการศึกษา	76
5.4 อภิปรายผล.....	78
5.5 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	86
5.6 การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์	86
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก.....	99
ประวัติผู้เขียน.....	107

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์จากผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญ.....	51
ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n = 375) โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะร่วม คือ เป็นสตรีวัยทองอายุ 45 – 59 ปี สัญชาติไทย อาศัยอยู่จังหวัดระนอง และเป็นผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลระนอง จำนวน 375 ราย.....	61
ตารางที่ 3 ข้อสรุปแบบสอบถามเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ.....	62
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรักสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ พฤติกรรมการรับสื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง	64
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรักสุขภาพ.....	65
ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	66
ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อ	68
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมสุขภาพ.....	69
ตารางที่ 9 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรระดับการศึกษา กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติ Chi-square	70
ตารางที่ 10 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรสถานภาพสมรส กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติ Chi-square	71
ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ รายได้ ตัวแปร ลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ ตัวแปรพฤติกรรมการใช้สื่อ ได้แก่ สื่อออนไลน์ และสื่อออฟไลน์ กับ พฤติกรรมสุขภาพของ สตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) 72	

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แผนภูมิแสดงกระบวนการเกิดความรักสุขภาพ	17
ภาพประกอบ 2 แผนผังอธิบายกระบวนการสื่อสารแบบ SMCR.....	31
ภาพประกอบ 3 แบบแผนการทำงานของแบบจำลอง Health Belief Model.....	36



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีความกังวลต่อสถานะสังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบรรจุเป็นวาระแห่งชาติเป็นระยะ โดยครั้งล่าสุดที่กล่าวถึงภาวะสังคมผู้สูงอายุให้เป็นวาระชาตินั้น เกิดขึ้นในปี 2566 ในสมัยรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา โดยมีนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เสนอวาระดังกล่าว (ผู้จัดการออนไลน์, 2566) ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าภาวะสังคมผู้สูงอายุเป็นวาระที่รัฐบาลไทยให้ความสนใจ ซึ่งภาวะดังกล่าวแม้จะถูกบรรจุเป็นวาระแห่งชาติมาอย่างต่อเนื่อง แต่ข้อบ่งชี้ทางสถิติกลับแสดงให้เห็นความน่าตระหนกถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับสังคมไทยโดยรวมต่อไปในอนาคต

สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เป็นภาวะที่สัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยในประเทศไทยนับตั้งแต่ปี 2548 มาจนถึงปี 2565 มีจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนร้อยละ 20 และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ในปี 2574 ทำให้ไทยซึ่งตกอยู่ในภาวะสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) โดยปรากฏการณ์นี้มีได้เกิดขึ้นในไทยเท่านั้น แต่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยมีการประเมินตั้งแต่ปี 2555 โดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nation Population Fund: UNFPA) ว่าประชากรโลกร้อยละ 12.3 จะกลายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุในปี 2558 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.5 ในปี 2573 (TCDC, 2558, p. 3) ข้อมูลชุดนี้แสดงให้เห็นว่าทั้งโลกกำลังเข้าสู่หรืออยู่ในภาวะสังคมผู้สูงอายุแล้ว

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสังคมผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ทั่วโลก คือ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้อายุขัยของมนุษย์ยืนยาวขึ้นอย่างมีนัยยะ ดังรายงานของ Our World in Data ได้ระบุว่าในปีพ.ศ. 2443 มนุษย์มีอายุขัยเฉลี่ยแค่เพียง 32 ปี แต่ในปี 2564 มนุษย์มีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นถึง 71 ปี (Dattani, Rodés-Guirao, Ritchie, Ortiz-Ospina, & Roser, 2021) ซึ่งรายงานฉบับดังกล่าวสอดคล้องกับสถิติโครงสร้างประชากรโลกโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ซึ่งรายงานว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลก ในปี 2562 สำหรับเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 70.2 ปี เพศหญิง มีอายุขัยเฉลี่ย 75.4 ปี (World Health Organization, 2019) ในส่วนของประเทศไทยพบว่า อายุขัยเฉลี่ยของเพศชาย คือ 66.75 ปี ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยของเพศ

หญิงคือ 70.75 ปี (TDRI, 2562, p. 7) ข้อบ่งชี้อีกประการในสถิติของ WHO และสำนักงานสถิติแห่งชาติ คือ เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุขัยยืนยาวกว่าเพศชาย ประกอบกับสถิติสำมะโนประชากรไทยที่เพศหญิงมีส่วนมากเพศชาย โดยจำนวนประชากรเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 51.17 ของประชากรประเทศไทย (การเคหะแห่งชาติ, 2566, p. 5) เมื่อเอาสถิติด้านอายุขัยและอัตราส่วนประชากรตามเพศมาประกอบกันจะพบว่าการศึกษาในประเทศไทยมีประชากรเพศหญิงจำนวนมากและมีอายุขัยยืนยาวจึงนำไปสู่ภาวะทางร่างกายที่ประเทศต้องดูแลสุขภาพสตรีซึ่งการเปลี่ยนแปลงหลักที่สำคัญของร่างกายคือการหมดประจำเดือน หรือวัยทอง ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงร่างกายในระบบอื่นๆตามมามากมาย ซึ่งโดยเฉลี่ยทั่วโลกสตรีจะเข้าสู่วัยทองประมาณอายุ 50 ปี ในขณะที่อายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 75 ปี ดังนั้น สตรีจะมีชีวิตอยู่ในวัยทองเป็นเวลาประมาณ 25 ปี หรือเกินเวลา 1 ใน 3 ของช่วงชีวิต

“วัยทอง” หมายถึง อายุในช่วง 45-59 ปี ซึ่งอยู่ระหว่างวัยเจริญพันธุ์และวัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ความสามารถในการผลิตฮอร์โมนเพศลดน้อยลงจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพได้ง่าย (โรงพยาบาลกรุงเทพ, 2561) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย อธิบายเหตุของการเข้าสู่วัยทองในสตรี ในเชิงชีววิทยาว่า วัยที่สตรีมีการหยุดผลิตไข่ในรังไข่ของเพศหญิงและมีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศหญิงลดลงอย่างมาก (อัมรินทร์ สุวรรณ, 2563) โดยเป็นความเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในช่วงอายุประมาณ 48-52 ปี (กัลยรัตน์ โอภาสวานิช, 2564) ฮอร์โมนนี้มีบทบาทที่เข้าใจทั่วไปว่าจำเป็นต่อการตั้งครรภ์ แต่ในความเป็นจริงฮอร์โมนเอสโตรเจนส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพของเพศหญิงโดยรวม เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหลอดเลือดและหัวใจ จึงทำให้สตรีที่เข้าสู่วัยทองเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจหลายอย่างและอาจเกิดอาการต่างๆ จากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน

การเข้าสู่วัยทองของแต่ละบุคคลมีระดับอาการที่ต่างกัน ตั้งแต่มีอาการเพียงเล็กน้อยในระยะเวลานั้น ๆ ไปจนถึงการมีอาการรุนแรงจนส่งผลต่อชีวิตประจำวัน และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้หากขาดความรู้ ความเข้าใจ เช่น การเกิดมะเร็งในระยะแรกส่งผลให้มีเลือดออกเล็กน้อย แต่มีความเข้าใจผิดว่าเป็นอาการปกติของวัย จนละเลยการตรวจสุขภาพ หรือความเข้าใจเกี่ยวกับประจำเดือนว่าเป็นการถ่ายของเสีย จึงไปหาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ เพื่อรับประทานให้ประจำเดือนมาเป็นปกติ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดออกผิดปกติ หรือปวดท้องน้อย เป็นต้น (สุกรี สุนทรามร, 2557)

จากงานศึกษาของ สุกรี สุนทรามร (2557) ในชื่อ *สตรีวัยทอง* ได้มีการระบุถึงปัญหาสุขภาพของสตรีวัยทองที่พบเป็นวงกว้างว่า ผู้ป่วยมักเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ทั้งสิ้น แต่ปัญหาที่สำคัญนั้นเกิดจากภาวะที่รัฐต้องแบกรับภาระการดูแลสุขภาพประชากรวัยทอง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดภาวะขาดแคลน และบริการสุขภาพไม่ทั่วถึง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยทองที่ควรจะสามารถป้องกันได้แต่กลับกลายเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินปัสสาวะ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระนองแผนกสูตินารีเวชตั้งแต่ปี 2562–2564 มีจำนวนสตรีวัยทองที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases; NCD) เรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคมะเร็งนารีเวชวิทยา) ในแต่ละปีคิดเป็น ร้อยละ 22.5 , 26.1 และ 28.6 ตามลำดับ ในขณะที่การเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เช่น ท้องอืด เวียนศีรษะ มีจำนวนเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น (โรงพยาบาลระนอง, 2564) ซึ่งภาวะของการป่วยเรื้อรังของสตรีวัยทองมิได้ส่งผลแต่ในด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงภาวะด้านเศรษฐกิจที่ต้องแบกรับบรรดาผู้ป่วยที่อาการทรุดหนักลงจากการละเลยในการป้องกันโรคเรื้อรังเหล่านี้ จนกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบกันไปมาระหว่างด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ดังนั้นเพื่อให้เกิดกระบวนการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทอง เพื่อลดภาระด้านสาธารณสุขของรัฐ รวมถึงป้องกันความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมาในระดับครอบครัวไปจนถึงประเทศ

จากสภาพปัญหาดังกล่าว รวมถึงจำนวนสตรีวัยทองที่มีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับการจัดระบบบริการสุขภาพที่ยังมีปัญหาด้านความไม่เพียงพอ และการเกิดโรคระบาด เช่นกรณีล่าสุดของการระบาดของโรคโควิด-19 ยิ่งซ้ำเติมปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยผู้ป่วย จากการเรียนรู้ด้วยตนเองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยสิ่งนี้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560–2564) ข้อที่หนึ่ง ความว่า “**ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง**” (กระทรวงสาธารณสุข, 2559, p. 37) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพคือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อคัดกรองข้อมูลจนมีความน่าเชื่อถือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559, p. 28) สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ที่มุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับด้านสุขภาพของรัฐ เพื่อส่งเสริม

ให้นโยบายของรัฐประสบผล รวมทั้งมีการมุ่งเน้นจากรัฐบาลมากขึ้นในการ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และ ไม่ก่อภาระต่อสังคม ในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว (โรงพยาบาลแม่สรวย, 2566)

ผู้ศึกษามีความเห็นพ้องกับข้อเสนอดังกล่าวในแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขว่าการเข้าถึงองค์ความรู้ที่ถูกต้อง จะมีส่วนช่วยในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพโดยประชากรเอง และจะส่งผลให้สังคมสูงวัยในไทยมีความเข้มแข็งมากขึ้นทั้งในทางสุขภาพและเศรษฐกิจ โดยจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้อง คือ การกระจายช่องทางการเข้าถึงข้อมูลให้มีความกว้างและง่าย ในอดีตช่องทางการเข้าถึงข้อมูลนั้นถูกจำกัดด้วยเทคโนโลยีและการคมนาคม ซึ่งเป็นอุปสรรคของการเผยแพร่ข้อมูลในรูปแบบออฟไลน์ (offline) หรือทางกายภาพ (physical) เช่น การรณรงค์โดยอาสาสมัคร การประกาศเสียงตามสาย แผ่นป้าย โบชัวร์ แต่ในปัจจุบันการขยายตัวของเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้อินเทอร์เน็ตเข้าถึงประชากรเกือบทุกพื้นที่ในไทย จากการเก็บข้อมูลของ Global Economy ในปี 2559 พบว่าคนไทยมากกว่าร้อยละ 86.96 เข้าถึงบริการและสัญญาณอินเทอร์เน็ต (The Global Economy, 2016) ทำให้การเผยแพร่ทางออนไลน์ (online) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรับองค์ความรู้ด้านสุขภาพของประชากร และความต้องการในการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพและเศรษฐกิจนั้นมีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับแนวคิด **“แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ”**

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) เป็นแนวคิดในวงการวิจัยทางสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกาที่เริ่มในปี 2493 มีการพัฒนาแบบจำลองทางจิตวิทยาที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา รวมถึงการผนวกกับหลักประชากรศาสตร์ เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เพศ ชาติพันธุ์ และอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการใช้บริการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน แม้ว่าลักษณะทางประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจสังคมไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยความรู้ด้านสุขศึกษา แต่มีการตั้งสมมติฐานว่าลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่อาจปรับเปลี่ยนได้อื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบพฤติกรรมที่ด้านสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการศึกษา นำไปสู่เปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพในระดับประชากร (Abraham & Sheeran, 2015, p. 30)

โดยการกำหนดปัจจัยขั้นพื้นฐาน ของการวิจัยด้วยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้จำเป็นต้องกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาอย่างชัดเจน เพื่อกำหนดขอบเขตและตัวแปรอื่นในงานศึกษา และเพื่อให้งานวิจัยตอบสนองต่อปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นที่จะต้องเลือกตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษา เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ และมีแนวโน้มที่กำลังจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในสังคม

งานวิจัยชิ้นนี้จึงได้เลือกกลุ่มสตรีวัยทอง เป็นตัวแปรหลักในการศึกษา เนื่องจากต้องการที่จะเลือกประเด็นการศึกษาให้แคบเพื่อกำหนดขอบเขตของการศึกษา ทำให้ลักษณะของการนำเสนอมีความลึกซึ้งในประเด็นที่กำหนด เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มเป็นสำคัญ โดยงานศึกษานี้จะศึกษาผ่านแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อกระบวนการสร้างความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งต่อไปให้กับกลุ่มประชากร โดยมีการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ เพื่อให้ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของตัวแปรมีความชัดเจน จนนำไปสู่ข้อเสนอแนะด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อไป โดยงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อให้สอดคล้องกับการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป้าหมายของงานวิจัยชิ้นนี้จึงเป็นการทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของตัวแปรที่กำหนด และทำความเข้าใจถึงประสิทธิภาพในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพตามช่องทางต่าง ๆ ว่ามีการประชาสัมพันธ์ถูกต้องและทั่วถึงหรือไม่ เพื่อเกิดเป็นข้อเสนอแนะในการสื่อสาร อันจะนำไปสู่แบบแผนความเข้าใจทางสุขภาพของประชากรต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1. สตรีวัยทองจังหวัดระนอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างไรและปัจจัยใดส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง จังหวัดระนอง 2562-2564

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนองเพื่อนำไปสู่การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรู้เท่าทันสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความรอบรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่ประโยชน์ตั้งแต่ระดับครอบครัวชุมชนจนถึงระดับประเทศ

1.5 ขอบเขตในการศึกษา

การกำหนดขอบเขตของการวิจัยนี้จะอธิบายประเด็นหัวข้อดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองในจังหวัดระนอง โดยครอบคลุมปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ลักษณะจิตวิทยาและพฤติกรรมการใช้สื่อ

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสตรีที่หมดประจำเดือน (วัยทอง) และเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดระนองไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 375 คน

1.5.3 ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

ลักษณะทางประชากรศาสตร์

- ระดับการศึกษา
- รายได้
- สถานภาพสมรส

ลักษณะทางจิตวิทยา

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ความรักสุขภาพ
- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการใช้สื่อ

- สื่อออนไลน์
- สื่อออฟไลน์

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง

1.6 สมมติฐานการศึกษา

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยด้านการศึกษา และการกระจายสื่อสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์และออฟไลน์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้สาธารณสุขเชิงป้องกันตามโมเดลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีความสำคัญอย่างมากต่อการมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของสตรีวัยทอง

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนองจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ (รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส) ลักษณะจิตวิทยา (ความรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ) พฤติกรรมการใช้สื่อ (สื่อออนไลน์ สื่อออฟไลน์) ในการวางแผนและการสร้างสรรค์สื่อเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพวัยทองจังหวัดระนอง อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลการวิจัยไปปรับใช้เป็นแนวทางในการเผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพต่อไป

1.8 นิยามศัพท์

สตรีวัยทอง หมายถึง สตรีที่มีอายุ 45 - 59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศในร่างกายลดลง ทำให้สตรีมีระดับไม่สม่ำเสมอและหมดไปในที่สุด

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อความรู้สึกที่พร้อมจะแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟู

ความรักสุขภาพ หมายถึง ระดับของความตระหนักและการให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดการดูแลตัวเองให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง เป็นการดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการแพทย์แผนโบราณ และแผนปัจจุบัน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่เชื่อว่ามีผลต่อการเจ็บป่วยและการร่วมมือในการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค

พฤติกรรมการใช้สื่อ หมายถึง พฤติกรรมที่สตรีมีการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อ ดังนี้

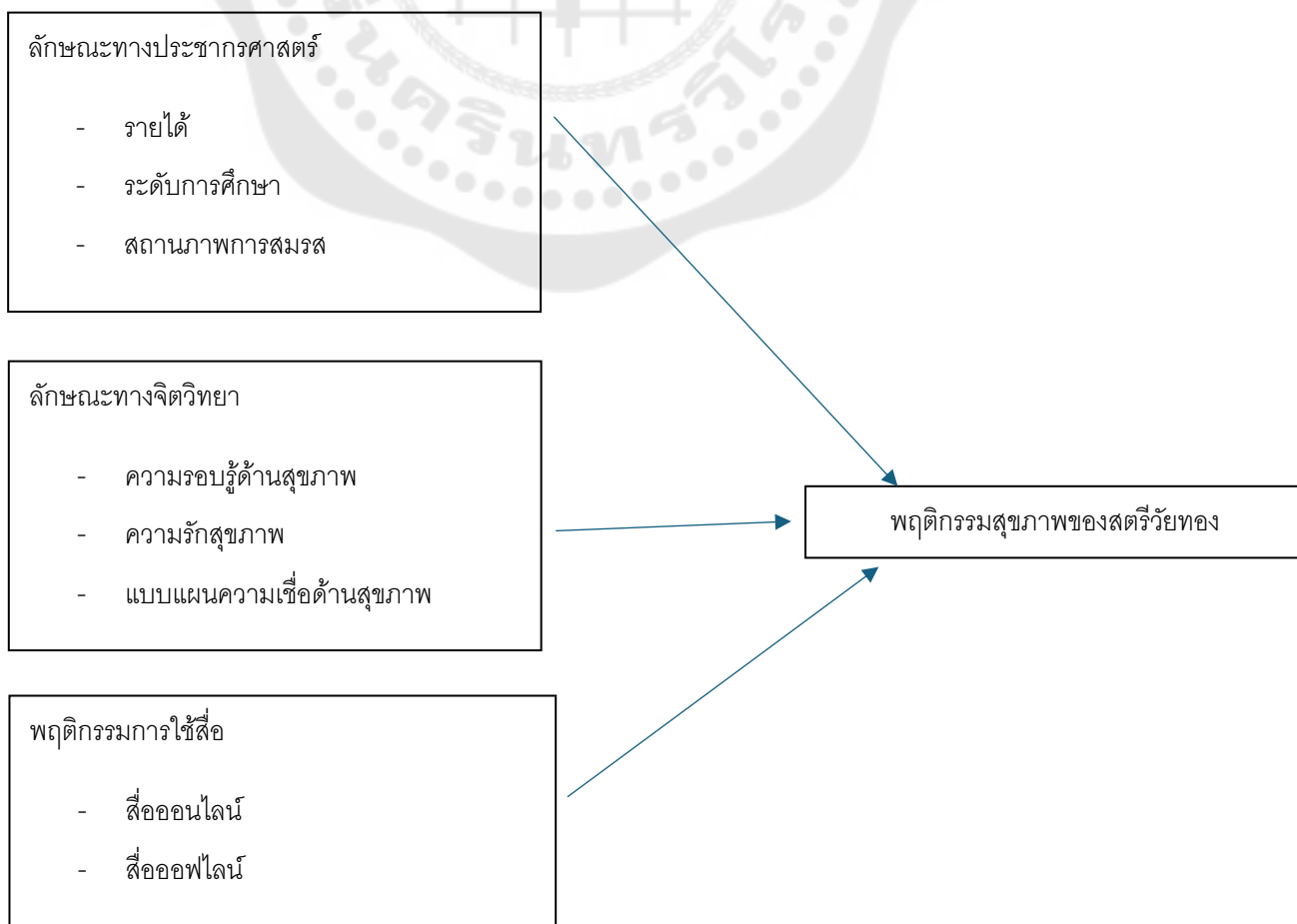
สื่อออนไลน์ หมายถึง การสื่อสารที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ในการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อใช้สื่อสารระหว่างกันบนเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ผ่านทางเว็บไซต์และโปรแกรมประยุกต์บนสื่อใด ๆ ที่มีการเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต โดยเน้นให้ผู้ใช้ทั้งที่เป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารมีส่วนร่วม (Collaborative) อย่างสร้างสรรค์ในการผลิตเนื้อหาขึ้นเองในรูปของข้อมูล ภาพ และเสียง

สื่อออนไลน์ หมายถึง รูปแบบการสื่อสารที่ไม่ต้องพึ่งพาอินเทอร์เน็ต โดยอาศัยสื่อแบบเก่าสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายและเป็นจำนวนมาก เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ ป้ายโฆษณา วิทยุ โรงภาพยนตร์

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่ 1 เป็นการกระทำ (Action) ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ลักษณะที่ 2 เป็นการไม่กระทำ (Non Action) ได้แก่ การงดเว้นไม่กระทำ หรือไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสีย (ธนวรรณ อัมสมบุญ, 2546)

1.9 วิธีการและกรอบแนวคิดในการศึกษา

งานวิจัยว่าด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง เป็นงานศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามกับ ที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายชัดเจน คือ กลุ่มสตรีวัยทองในจังหวัดระนอง เพื่อนำไปสู่ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการรับรู้และความเข้าใจต่อแบบแผนด้านสุขภาพโดยมีผ่านกลุ่มคำถามที่มีรายละเอียด 3 ระดับได้แก่ 1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์ 2. ลักษณะทางจิตวิทยา 3. พฤติกรรมการใช้สื่อ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยนำเสนอผ่านหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 ทฤษฎีประชากรศาสตร์
- 2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.3 ความรักสุขภาพ
- 2.4 ความหมายของสตรีวัยทองกับปัญหาสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.6 ทฤษฎีการเปิดรับสื่อและการเลือกรับสื่อ
- 2.7 การสื่อสารเพื่อสุขภาพ
- 2.8 ความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎีประชากรศาสตร์

ทฤษฎีประชากรศาสตร์ (Demography Theory) หรือ "ทฤษฎีประชากรวิทยา" หมายถึง การศึกษาและการวิเคราะห์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในประชากรของสังคม รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด การเสียชีวิต และการย้ายถิ่นฐานของบุคคลในประชากร โดยมักจะใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มและการเตรียมการด้านการจัดทำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับประชากร (United Nations, 2019, p. 21) ทฤษฎีประชากรศาสตร์ 'หมายถึง ศาสตร์วิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับประชากร คำว่า "Demo" หมายถึง "People" แปลว่า ประชาชน หรือ ประชากร "Graphy" หมายถึง "Writing Up" หรือ "Description" แปลว่าลักษณะ ดังนั้น Demography จะมีความหมายว่าวิชาที่เกี่ยวข้องกับประชากร ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ เป็นต้น (กอบกาญจน์ เจริญทอง, 2556)

จุดมุ่งหมายของทฤษฎี มีเพื่ออธิบายว่าประชากรจัดสรรและควบคุมตนเองในลักษณะของระบบอย่างไร โดยมีปัจจัยจากทรัพยากรที่มีอยู่ ทฤษฎีประชากรศาสตร์จึงเป็นการสำรวจในทางทฤษฎีว่าประชากรเติบโตเมื่อใด อย่างไร และทำไมจึงเติบโต โดยอิงจากรูปแบบที่สังเกตได้จากเชิงประจักษ์ (empirically observed patterns) (Kolk, 2019, p. 245) โดยการสังเกตนั้นมุ่งไปที่การวิเคราะห์

ประชากรในเรื่องขนาดโครงสร้างการกระจายตัว และการเปลี่ยนแปลงประชากรในเชิงที่สัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอื่นๆ ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ เป็นต้น (พรเทพ สิงหกุล, 2564, pp. 7-8) โดยในงานวิจัยนี้ขออนุญาตถึงปัจจัยในการศึกษาประชากรศาสตร์ 3 ปัจจัย ได้แก่ รายได้ การศึกษา และสถานภาพการสมรส เนื่องจากเป็นเงื่อนไขตั้งต้นที่ใช้คัดกรองตัวแปรในการสร้างแบบสอบถาม

2.1.1 รายได้ (Income)

ตัวแปรด้านรายได้เป็นตัวแปรสำคัญ ผู้ที่มีรายได้ดีจะเป็นผู้ที่ได้รับโอกาสต่าง ๆ ที่ดีกว่าหลายการศึกษาพบว่า รายได้สูงขึ้นสัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีกว่า งานที่จ่ายเงินดีทำให้รายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงการเข้าถึงโภชนาการที่ดีและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และยังหมายถึงการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างเพียงพอ ในขณะที่รายได้น้อยเกินไป เพิ่มความอ่อนไหวต่อความเครียดทางจิตใจของบุคคล ทำให้เกิดความสามารถในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพลดน้อยลงไปด้วย

2.1.2 การศึกษา (Education)

เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความคิด ค่านิยม ทักษะและพฤติกรรมแตกต่างกัน คนที่มีการศึกษาสูงจะได้เปรียบอย่างมากในการรับรู้สารที่ดี เพราะเป็นผู้มีความกว้างขวางและเข้าใจสารได้ดี แต่จะเป็นคนที่ไม่เชื่ออะไรง่ายๆ ถ้าไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลเพียงพอ ในขณะที่คนมีการศึกษาน้อย มักจะใช้สื่อประเภทวิทยุ โทรทัศน์และภาพยนตร์ หากผู้มีการศึกษาสูงมีเวลาว่างพอก็จะใช้สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ แต่หากมีเวลาจำกัดก็มักจะแสวงหา ข่าวสารจากสื่อสิ่งพิมพ์มากกว่าประเภทอื่น

2.1.3 สถานภาพสมรส (Marital status)

บุคคลจะเปลี่ยนผ่านอะไรบางอย่างได้ดีหรือไม่ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมของตัวบุคคลเอง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือคู่สมรส ซึ่งคู่สมรสจะเป็นผู้ให้กำลังใจ ยกย่องชมเชยในความอดทนที่จะเรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพต่อกัน

โดยสรุปทฤษฎีประชากรศาสตร์เป็นการศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของประชากรโดยอ้างอิงถึงปัจจัยทางทรัพยากร ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวเกิดจากการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยในงานศึกษานี้ได้กำหนดตัวแปรการศึกษาเชิงประชากรศาสตร์ไว้ 3 ปัจจัย คือ รายได้ สถานะการศึกษา และสถานภาพสมรส เพื่อให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาในงานวิจัยนี้ คือ แบบแผนความเชื่อ

ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบจำลองการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นการหาแนวโน้มนำความเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับหลักประชากรศาสตร์ที่ศึกษาความเปลี่ยนแปลงของประชากร

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความหมายที่เข้าใจเป็นวงกว้าง คือ ระดับที่บุคคลมีความสามารถในการรับ ประมวลผล เข้าใจข้อมูล และบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม (CDC, 2020) อย่างไรก็ตามข้อเสนอของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) ได้เสนอในการปรับเปลี่ยนความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ปัจเจกบุคคลบุคคลควรที่จะมีความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพ มากกว่าแค่ทำความเข้าใจ และการตัดสินใจด้านสุขภาพควรตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ครบถ้วน มากกว่าความเหมาะสม และมีความรู้ว่าองค์กรด้านสาธารณสุข หน่วยงานใดที่ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของปัจเจกบุคคลด้านใดบ้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถสร้างความไว้วางใจและพัฒนาความเท่าเทียมสุขภาพได้ เนื่องจากจะส่งผลต่อความเต็มใจของปัจเจกบุคคลในการดำเนินพฤติกรรมทางสุขภาพ ยังรวมถึงความไว้วางใจในสถานพยาบาล สถาบันสาธารณสุข และชุมชน โดยการสื่อสารควรดำเนินการผ่านการใช้ภาษาธรรมดาที่เข้าใจง่าย ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เป็นที่นิยม และเป็นรูปแบบการนำเสนอที่เหมาะสมด้านวัฒนธรรม (CDC, 2020)

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine; IoM) ได้กำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 2 ประการ คือ 1. มองว่าการรู้หนังสือเป็นรากฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะสื่อกลางระหว่างบริบทด้านสุขภาพและปัจเจกบุคคล บุคคลในกรอบการทำงานนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างทักษะการรู้หนังสือของแต่ละบุคคลและบริบทด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังช่วยให้เห็นภาพความเชื่อมโยงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Parnell, 2014, pp. 6-7) กรอบการทำงานที่สองที่แสดงโดย IoM ช่วยให้เห็นภาพปฏิสัมพันธ์และความรับผิดชอบของสามภาคส่วนหลัก (วัฒนธรรมและสังคม ระบบการศึกษา และระบบการดูแลสุขภาพ) รวมถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคม ระบบการศึกษา และระบบการดูแลสุขภาพ หลังจากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดด้านสุขภาพ คณะกรรมการ IoM เห็นพ้องกันว่าระบบสุขภาพไม่ได้มีหน้าที่รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวในการปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างสามภาคส่วนหลัก

นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นปัจจัยกำหนดในการอธิบายความเชื่อมโยงระหว่าง การศึกษากับสุขภาพ (Parnell, 2014, p. 18)

นอกจากนิยามที่เกิดจากวาระการประชุมของคณะกรรมการ IoM แล้ว David W. Baker ได้ ระบุในงานศึกษาของเขาในชื่อ The Meaning and Measure of Health Literacy ลงในวารสาร *Journal of General Internal Medicine* Bake (2006) โดยได้แบ่งขอบเขตความรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็นความรู้แบบปากต่อปาก (oral literacy) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความรู้ด้านการพิมพ์ที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (print literacy) ดังที่ได้จัดทำในรายงานของ IoM การวัดความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมใหม่ ๆ จะแสดงอยู่ในแบบจำลอง Baker สรุปว่าความรู้เกี่ยวกับโรค เกี่ยวเนื่องกับความ ซับซ้อนเชิงโครงสร้างที่ต้องอาศัยศักยภาพของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข (Bake, 2006)

Paasche-Orlow and Wolf (2007) ได้มีข้อสรุปในงานศึกษาของพวกเขาที่สอดคล้องกับ Baker เช่นกัน คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนั้นสอดคล้องกับความสามารถในการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข โดยมีผลตั้งแต่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไปจนถึงประสิทธิภาพในการ รับการประเมินอาการและรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสภาพแวดล้อมทางสังคม เชื้อชาติ ภาษา และอายุมีส่วนต่อความสามารถในการเข้าถึงความรู้ด้วย (Parnell, 2014, p. 20)

สรุปความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า ความสามารถของปัจเจกบุคคล เป็นตัวแปรสำคัญในการเข้าถึงความรู้ โดยความสามารถนั้นหมายถึงศักยภาพทางเศรษฐกิจ ระดับ การศึกษา ภาษา และวัฒนธรรม โดยการทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแพร่กระจายไป จำเป็นต้องมีช่องทางการสื่อสารและภาษาที่ง่าย รวมทั้งมีการสื่อสารที่เหมาะสมด้วย โดยในส่วนต่อไป ของงานวิจัยจะเป็นการกล่าวถึงรายละเอียดของปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูล ซึ่งส่งอิทธิพลต่อ ความสามารถในการรับและการสื่อสาร

2.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ (ด้านสุขภาพ)

จากการอธิบายของผู้วิจัยว่าด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจ การดูแลสุขภาพ หรือความสามารถในการรับรู้โรคนั้นเชื่อมโยงกับสิ่งที่เรียกว่า “เศรษฐกิจและสังคม” (Socioeconomic) โดยทั้งสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ออก ซึ่งหากจะพิจารณา ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้โดยรวมแล้ว สามารถกล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น สถานภาพทางสังคม ระดับการศึกษา ครอบครัว สภาพแวดล้อมทางสังคม และระดับของรายได้ เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็น

ปัจจัยที่ส่งผลถึงกันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผู้ศึกษาจะอธิบายในส่วนถัดไปของงานศึกษาว่า เศรษฐกิจและสังคมส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพอย่างไร

จากการนำเสนอถึงแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้น ผู้วิจัยได้อธิบายในงานวิจัยแล้วว่า ศักยภาพของปัจเจกบุคคลนั้นมีส่วนอย่างมากในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งการเข้าถึงความรู้และแบบแผนด้านสุขภาพ ในงานวิจัยชื่อ *Health Literacy, Socioeconomic Status and Self-Rated Health in Japan* ในวารสาร *Health Promotion International* (2013) ได้ข้อสรุปว่าทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นต้นและเชิงลึก ต่างมีความสัมพันธ์กับวงสังคมและความสามารถในการวิเคราะห์ โดยจากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มพนักงานออฟฟิศ แม้งานศึกษาจะมีข้อจำกัดที่มีการกล่าวถึงเองในงานศึกษาถึงข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่าง แต่ข้อสรุปของงานศึกษาทำให้ทราบว่า การสื่อสารภายในวงสังคมนั้นมีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มพนักงานออฟฟิศซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับสูง และมีความสามารถในการวิเคราะห์ ทำให้เกิดการกระจายข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งนำไปสู่การบริโภคและแบบแผนการใช้ชีวิตที่ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพในวงสังคมนั้นได้ (Furuya, Kondo, Yamagata, & Hashimoto, 2013, p. 510)

ความสำคัญของวงสังคมในการแพร่กระจายความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นสามารถต่อยอดได้ถึงการศึกษาระดับวัฒนธรรม โดยงานศึกษาชื่อ *The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management* ในวารสาร *Immigrant Minority Health* (2008) ซึ่งกล่าวถึงชุดความรู้ในวัฒนธรรมนั้น ๆ ว่ามีผลอย่างไรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยชุดความรู้แบบใหม่อาจขัดแย้งกับชุดความรู้เดิมในกลุ่มวัฒนธรรม จนกลายเป็นการตีกลับด้านความเชื่อว่าชุดความรู้ใหม่นั้นเป็นการครอบงำทางวัฒนธรรม (Shaw, Huebner, Armin, Orzech, & Vivian, 2008, p. 6) จึงถือได้ว่าวงสังคม-วัฒนธรรม ถือเป็นพื้นที่ทางสังคมที่ส่งอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมาก

นอกจากนี้ความสามารถในการเข้าใจและเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับรายได้ของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่ม จากงานวิจัยชื่อ *Associations of Health Literacy with Socioeconomic Position, Health Risk Behavior, and Health Status: A Large National Population-Based Survey Among Danish Adults* ในวารสาร *Public Health* (2020) ได้นำเสนอความสามารถในการเข้าใจและเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีปัจจัยเรื่องรายได้ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้อพยพ ปัจเจกบุคคล และกลุ่มบุคคล โดยมีข้อสรุปว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาและมีรายได้ต่ำกว่ามาตรฐาน จะมีแนวโน้มขาดความเข้าใจและไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดย

กลุ่มตัวอย่างที่ขาดการศึกษาและมีรายได้ต่ำมากกว่าร้อยละ 39.12 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าค่าเฉลี่ย รวมถึงการขาดความตระหนักถึงความร้ายแรงของโรค และการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาโรค (Svendsen et al., 2020, pp. 1, 11)

งานศึกษาของไทยโดย นัชชา เรื่องเกียรติคุณ ในงาน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในวารสาร *กรมการแพทย์* (2565) เองได้นำเสนอในสิ่งที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ งานศึกษาดังกล่าวต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผลลัพธ์นั้นสอดคล้องกับสมมติฐานว่าการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งวิธีการสำรวจข้อมูลที่ใช้ในงานศึกษาดังกล่าวยังใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ หมายความว่าอย่างน้อยที่สุดผู้ตอบแบบสอบถามนั้นมีศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลแบบออนไลน์ และมีศักยภาพในการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (นัชชา เรื่องเกียรติคุณ, 2565, pp. 84-85)

จากกลุ่มงานวิจัยและงานศึกษาที่ผู้วิจัยยกมาทำให้ทราบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพคือปัจจัยด้าน เศรษฐกิจและสังคม โดยวงสังคมนั้นทำหน้าที่เป็นพื้นที่ของการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลในวงสังคมนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นแบบแผนที่เหมาะสมหรือไม่ รวมถึงปัจจัยด้านวัฒนธรรมและความเชื่อที่อาจขัดแย้งกับชุดความรู้ทางการแพทย์แบบใหม่ ทำให้ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพมีความจำเป็นอย่างมาก ในการเข้าใจสุขภาพที่แท้จริง โดยในส่วนนี้มีความเกี่ยวเนื่องโดยตรงกับระดับการศึกษาและรายได้

2.3 ความรักสุขภาพ (Health Consciousness)

ความรักสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตที่มีคุณภาพ กล่าวคือความตระหนักของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ ตามศักยภาพของบุคคลที่จะกระทำได้ โดยความตระหนักนี้มีความสัมพันธ์กับสถานะทางสุขภาพในปัจจุบัน เช่น ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังย่อมมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากกว่า รวมทั้งระดับการศึกษาก็เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความรักสุขภาพด้วย (Hassen & Kibret, 2016, pp. 1-2)

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรักสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความรักสุขภาพ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา โดยข้อเสนอสำคัญถึงแนวคิดดังกล่าวปรากฏในงาน *Health as Expanding Consciousness* โดย Margaret

Newman (1993) ในงานศึกษาดังกล่าว Newman ได้เสนอว่าสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นกระบวนการที่เกี่ยวพันและมีพลวัตระหว่างกัน Newman ระบุเพิ่มเติมว่าแบบแผนนี้เป็นส่วนสะท้อนของสำนักด้านสุขภาพของปัจเจกบุคคล ซึ่งสำนักนั้นเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับภาวะแวดล้อม เรียกว่า “โรควิทยา” (Pathologist) อันเป็นภาพรวมพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล หลังได้รับผลกระทบจากปัจจัยเกี่ยวกับโรคเข้ามา โดยแสดงออกทั้งในทางความคิดและหลักปฏิบัติ Newman ให้ความสำคัญกับการประสมความเจ็บป่วยของปัจเจกบุคคลว่าเป็นสิ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อความใส่ใจในสุขภาพ และถือว่าสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยที่เข้าไปขยายสำนักทางสุขภาพของปัจเจกบุคคล จนส่งผลเกี่ยวกับการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ (Newman, 1993, p. 18) นอกจากแบบแผนความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดความใส่ใจในสุขภาพของ Newman ยังมีงานศึกษาอื่น ๆ เช่นงานของ Becker, Maiman, Kirscht, Haefner, and Drachman (1977) Jayanti and Burns (1998) Ling-Yu Wen and Li Shang-Hui (2013) และ ทานตะวัน ตันติพิริวัฒน์ (2557) โดยเนื้อหาสาระหลักทั้งหมดนั้นมีความสอดคล้องกัน คือ การศึกษาพฤติกรรมในลักษณะแบบแผนที่ทำซ้ำ โดยมีเงื่อนไขทางสุขภาพมาเป็นตัวการในการศึกษา

2.3.2 ระดับความรักสุขภาพและอิทธิพลของแนวคิดความรักในสุขภาพ

มีกลุ่มงานศึกษาที่ระบุถึงอิทธิพลของแนวคิดความรักในสุขภาพ ว่ามีผลในเชิงประจักษ์อย่างไรต่อการตัดสินใจที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่นงาน Factors Affecting the Consumers' Willingness to Pay for Health and Wellness Food Products (2020) ที่ศึกษาว่าปัจจัยใดมีผลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภคในการเลือกซื้อสินค้าที่ส่งผลเชิงบวกกับสุขภาพในอินเดีย โดยงานศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อสินค้าของผู้บริโภคซึ่งให้ความสำคัญด้านสุขภาพมากขึ้น มาจากรายได้ในครัวเรือนที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บริโภคที่มีความตระหนักถึงสุขภาพสูงกว่าระดับปกติจะยังมีแนวโน้มในการใช้จ่ายเพื่อสินค้าที่ดีต่อสุขภาพ โดยกลุ่มผู้บริโภคที่มีความเข้าใจในสุขภาพระดับสูงกว่าปกติ และมีแนวโน้มว่าสัมพันธ์กับระดับการศึกษา (Ali & Ali, 2020, pp. 1, 4-5) ข้อเสนอของงานดังกล่าวสอดคล้องกับงาน Cognitive Factors of Using Health Apps: Systematic Analysis of Relationships Among Health Consciousness, Health Information Orientation, Health Literacy, and Health App Use Efficacy (2014) โดยงานศึกษาพยายามหาความเกี่ยวเนื่องระหว่างระดับความรักในสุขภาพกับการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การคำนวณแคลอรี และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ ซึ่งผลปรากฏว่าความรักในสุขภาพมีผลต่อระดับของการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพให้มีสุขภาพดี รวมทั้งบทบาทข้อมูลสุขภาพในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์จะมีความสำคัญขึ้นอย่างมาก (Cho, Park, & Lee, 2014, pp. 125, 132)

ภุขงค์ ตั้งนรกุล (2559) มีการแบ่งส่วนของตลาดโดยแบ่งออกได้ตามระดับความรักสุขภาพ ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการจับจ่ายใช้สอยบริหารเพื่อสุขภาพต่าง ๆ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. **กลุ่มที่มีการรักสุขภาพสูง** เป็นกลุ่มที่มีกำลังทรัพย์ในการใช้จ่ายบริการเพื่อสุขภาพโดยคนกลุ่มนี้มีศักยภาพและความเต็มใจเป็นอย่างมากสำหรับการซื้อบริการเพื่อสุขภาพในทุกรูปแบบ

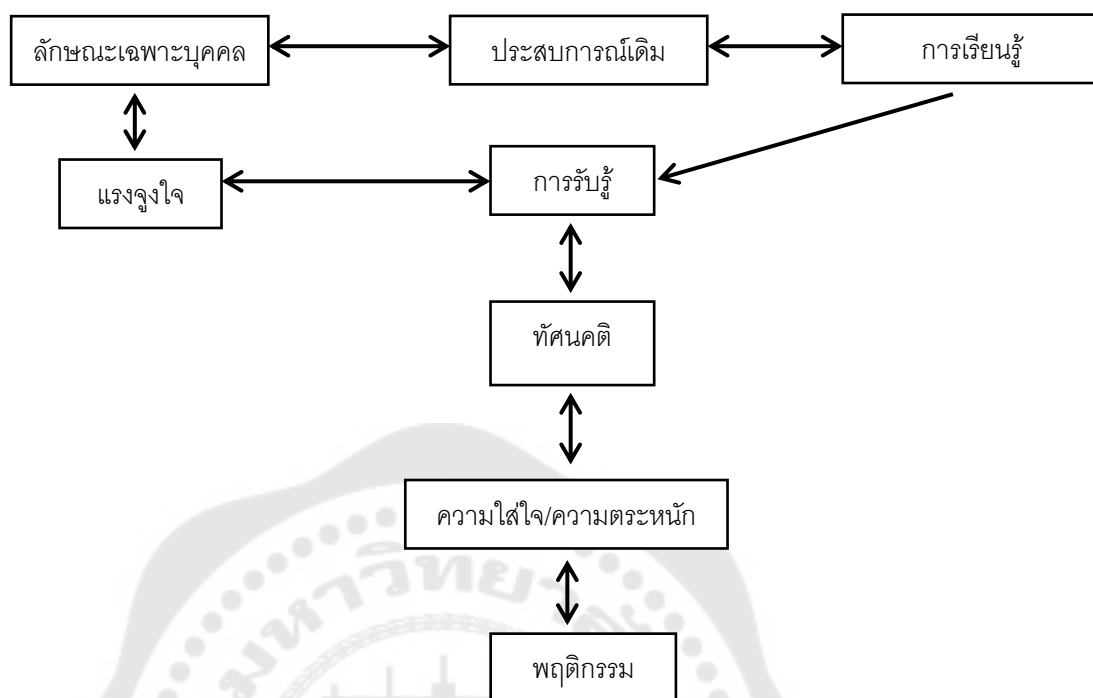
2. **กลุ่มที่รักสุขภาพสูงแต่อาจจะไม่มีเงินมากสำหรับการใช้จ่ายในด้านสุขภาพอย่างเต็มที่** เป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพในราคาประหยัด คนกลุ่มนี้มีความต้องการที่จะได้บริการทางสุขภาพใหม่ ๆ แต่ก็ต้องเผชิญกับค่าบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. **กลุ่มคนที่กำลังทรัพย์เพียงพอในการดูแลสุขภาพแต่ยังไม่ค่อยรักสุขภาพของตนเองมากนัก** เป็นกลุ่มที่มักมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงว่าสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เคยประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ จึงไม่มีความสนใจด้านสุขภาพ หากต้องการเจาะตลาดคนกลุ่มนี้จะต้องกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ สร้างความตระหนักในสุขภาพ และเน้นการให้บริการของการป้องกันมากกว่ารักษา

4. **กลุ่มที่ไม่มีกำลังทรัพย์และไม่รักในสุขภาพ** เป็นกลุ่มที่ต้องการการบริการแบบรักษามาตรฐานพื้นฐาน และเน้นไปที่การประหยัดค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการสุขภาพเป็นหลัก นอกจากการจัดลำดับของความใส่ใจสุขภาพแล้ว

2.3.4 กระบวนการเกิดความรักสุขภาพ

Engel, Kollat, and Blackwell (1968) กล่าวถึงกระบวนการเกิดความรักสุขภาพว่าเกิดจากการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งยอมรับหรือมีการรับรู้ว่าคุณภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ หรือมีค่านิยมทางสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เมื่อรับรู้ทัศนคติและค่านิยมก็จะนำไปสู่การปฏิบัติหรือพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากลักษณะท่าทางหรืออุปนิสัย อันสืบเนื่องมาจากความต้องการหรือสิ่งจูงใจ ตั้งแต่ความต้องการทางด้านร่างกายจนรวมไปถึงความต้องการทางด้านจิตใจ ร่วมกับข้อมูลที่เก็บสะสมไว้หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ที่ผ่านมาหรือเกิดจากการที่บุคคลได้เรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ (Life Long Process) ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ไม่ว่าจะเข้ามาในรูปแบบข่าวสารหรือการรับรู้ข้อมูล หรือการกระทำด้วยตนเอง หรือมีประสบการณ์ด้วยตนเอง นำมาเก็บรวบรวมไว้เป็นความรู้เพื่อใช้ในการพิจารณาแยกแยะและปฏิบัติต่อตัวกระตุ้นต่าง ๆ มาผสมรวมเข้าด้วยกัน ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้



ภาพประกอบ 1 แผนภูมิแสดงกระบวนการเกิดความรักสุขภาพ

ที่มา : Engel, Kollat, and Blackwell (1968)

โดยสรุปแล้วความรักสุขภาพ คือ แบบแผนพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ ร่วมกับความสามารถในการรับรู้ชุดความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมดแสดงออกร่วมกันผ่านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคลโดยสามารถวัดระดับของความเข้มข้นของความรักสุขภาพผ่านการสังเกตเชิงประจักษ์ด้วยตัวแปรทางพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความใส่ใจสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความเกี่ยวเนื่องกับระดับการศึกษาและรายได้ของปัจเจกบุคคลอย่างมีนัยยะสำคัญ เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และความรักสุขภาพที่มีคุณภาพจำเป็นต้องใช้เวลาและความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับตามช่องทางต่าง ๆ

2.4 ความหมายของสตรีวัยทองกับปัญหาสุขภาพ (Menopause)

สตรีวัยทองหรือสตรีวัยหมดประจำเดือน หมายถึง สตรีในวัย 45 – 59 ปี โดยสาเหตุสำคัญที่สตรีวัยทองมักถูกกล่าวถึงในการรณรงค์ทางสุขภาพ เกิดจากภาวะที่ร่างกายกำลังเปลี่ยนแปลงหรือได้

เข้าสู่ช่วงที่ไม่สามารถผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงเนื่องจากรังไข่หยุดทำงาน ซึ่งทำให้สิ้นสุดการมีประจำเดือนอย่างถาวร โดยฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพของสตรี เพราะจำเป็นต่อระบบการทำงานของร่างกาย ไปจนถึงการซ่อมแซมอวัยวะด้วยตัวเองซึ่งอายุเฉลี่ยของผู้หญิงไทยจะเข้าสู่ภาวะวัยทองอายุประมาณ 49.5 ปี (กอบจิตต์ ลิปพยอม, 2543)

วัยทองจึงกลายเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ พร้อมกับความเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันที่เกิดกับร่างกายของสตรีในวัยนี้อาจนำไปสู่การรับรู้แบบแผนทางสุขภาพที่ไม่มีคุณภาพ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวได้ การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนของเพศหญิงส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมคอเลสเตอรอลลดลง โดยหากยังสามารถผลิตเอสโตรเจนได้ จะสามารถควบคุมคอเลสเตอรอลผ่านการเพิ่มปริมาณ ไกลโคโปรตีนความหนาแน่นสูง (High-Density Lipoprotein; HDL) โดย HDL จะทำหน้าที่ดูดซับคอเลสเตอรอลในเลือด และส่งต่อไปที่ตับเพื่อขับออกจากร่างกาย ซึ่งที่ HDL ทำหน้าที่ขับออกคือ ไกลโคโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (Low-Density Lipoprotein; LDL) หากร่างกายมี LDL อยู่ในระดับสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในสมอง เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในร่างกายติดขัด (CDC, 2023)

กอบจิตต์ ลิปพยอม (2543) ได้อธิบายระยะของการเข้าสู่วัยทองนั้น แต่ละบุคคลมีอาการแตกต่างกันออกไป ตั้งแต่ไม่มีอาการเลยหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยหรือเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ในขณะที่บางคนอาจมีอาการรุนแรงจนรบกวนวิถีชีวิตประจำวัน หรือบางคนอาจมีอาการของการขาดฮอร์โมนอยู่ยาวนานหลายปีจนทำให้คุณภาพชีวิตเสียไป ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านนี้สามารถอธิบายออกเป็น 3 ช่วงเวลาดังนี้

1. **ระยะก่อนหมดประจำเดือน (Perimenopause)** เป็นการเริ่มการหมดประจำเดือนทำให้สตรีมีประจำเดือนมาผิดปกติ ร่วมกับมีอาการทางร่างกาย เช่น ร้อนวูบวาบ มึนศีรษะ อ่อนเพลีย อารมณ์จะแปรปรวน ซึ่งระยะนี้จะเกิดประมาณ 2-3 ปี

2. **ระยะหมดประจำเดือน (Menopause)** คือ หมดประจำเดือนเป็นเวลา 1 ปี

3. **ระยะหลังหมดประจำเดือน (Post Menopause)** เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่หลังหมดประจำเดือนมาแล้ว 1 ปี ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ช่องคลอดตีบแคบ กระดูกพรุน และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

โดยความเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมนนั้นอย่างที่เราได้ระบุไปก่อนหน้านี้ว่ามีระดับของอาการที่แตกต่างกัน สุกรี สุนทรารณ (2557) ได้ระบุถึงผลกระทบโดยรวมจากการขาดฮอร์โมนไ้ 7 อาการ ดังนี้

1. **การเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน** พบว่าลักษณะของประจำเดือนในสตรีที่เข้าสู่วัยทองมีความแตกต่างกัน เช่น ประจำเดือนจะขาดหายไปเลย บางรายจะค่อย ๆ น้อยลงและหมดไป บางรายจะมานานขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อประจำเดือนมาห่างหรือน้อยลง ทางแพทย์จะถือว่าเป็นปกติ แต่ถ้ามีเลือดออกนานขึ้น (เกิน 7 วัน) หรือออกกะปริบกะปรอย จะต้องถือว่ามีความผิดปกติ และต้องทำการตรวจหาสาเหตุให้ละเอียด

2. **การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ** ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกในตอนกลางคืน อาการร้อนวูบวาบ มักเป็นความรู้สึกที่แผ่จากบริเวณหน้าอกขึ้นไปที่ลำคอและใบหน้า มักเกิดร่วมกับอาการเหงื่อออก และตามมาด้วยอาการหนาวสั่น โดยจะมีอาการประมาณ 3-4 นาที อาการเหล่านี้จะรบกวนชีวิตประจำวัน และถ้าเกิดในตอนกลางคืนอาจรบกวนการนอนหลับ อาการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะคงอยู่ประมาณ 1-2 ปี หลังจากเข้าสู่วัยทอง อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้อาจจะมีจนถึง 10 ปี หรือมากกว่านั้น ในหญิงบางรายเป็นปัญหาหลักที่ทำให้หญิงวัยทองมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษา

3. **ผลต่ออารมณ์และจิตใจ** การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอาจทำให้มีอาการหงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า และซึมเศร้า

4. **ผลต่ออวัยวะสืบพันธุ์สตรี** การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เยื่อช่องคลอดบางลง ขาดความยืดหยุ่นและความชุ่มชื้น ส่งผลให้ช่องคลอดแห้ง คัน อักเสบ อาจมีเลือดออกและบางรายมีอาการเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ จนทำให้ความต้องการทางเพศลดลง

5. **ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ** การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อรอบ ๆ ท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะมีการฝ่อลีบ และหย่อนตัว เกิดอาการปวดแสบปวดร้อนขณะปัสสาวะ รวมทั้งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่กระเพาะปัสสาวะได้ง่ายขึ้น

6. **ผลต่อกระดูก** ภาวะกระดูกพรุน ซึ่งปกติร่างกายจะมีการสร้างกระดูกใหม่โดยเซลล์สร้างกระดูก (Osteoblast) และสลายกระดูกใหม่ โดยมีการสร้างเซลล์กระดูกอยู่ตลอดเวลา ในวัยเด็กและวัยรุ่นการสร้างกระดูกจะเกิดขึ้นมากกว่าการสลายกระดูก การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความหนาของเนื้อเยื่อกระดูกของสตรีจะสูงสุด ที่อายุ 30-34 ปี ความหนาแน่นของกระดูกจะลดลงอย่างช้า ๆ

ประมาณร้อยละ 0.3–0.5 ต่อปี หลังอายุ 35 ปี เนื่องจากการสลายกระดูกเริ่มเปลี่ยนแปลงมากกว่า การสร้าง และลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อสตรีเข้าสู่วัยทอง คือประมาณ ร้อยละ 3–5 ต่อปี ซึ่งการสลาย กระดูกในลักษณะนี้จะเป็นอยู่นานประมาณ 5–10 ปี กระดูกจึงอาจบางลงจนเอาเกิดโรคกระดูกพรุน ได้ ถ้าไม่มีการป้องกันใด ๆ และอาจทำให้กระดูกหักได้แม้เพียงได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย

7. **ผลต่อไขมันและระบบหลอดเลือด** การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลทำให้ระดับของ ไขมัน และ LDL เพิ่มขึ้น HDL จะลดต่ำลง ทำให้การสร้างตะกรัน (Plaque) ที่ไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด ได้มากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณหลอดเลือดของหัวใจ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้

2.4.1 โรคที่เกี่ยวข้องกับสตรีวัยทอง

สืบเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ความสามารถในการผลิต HDL ที่ลดลง ทั้งหมดนี้ทำให้สตรีวัยทองตกอยู่ในภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้ระบุถึงปัญหาสุขภาพ ของสตรีวัยทองว่าจำเป็นต้องเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และยังระบุถึงการตระหนักรู้และ การเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับวัยทองยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญในประเทศส่วนใหญ่ ส่งผลให้เกิดแนวโน้มว่าอาการเจ็บป่วยของสตรีวัยทองจะพัฒนาจากความเจ็บไข้เล็กน้อย กลายเป็น ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว (WHO, 2022) ในส่วนของความเจ็บป่วยที่ สตรีวัยทองอยู่ในภาวะเสี่ยงนั้นได้ระบุถึงไว้ในบทความของ อุไรวรรณ วิลาสวาณิชย์ (2547) ในชื่อ **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ประชากรวัยทอง** โดยสามารถระบุถึงได้ 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ 1. โรคกระดูกพรุน 2. โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด 3. โรคเกี่ยวกับเต้านมที่มีไขมันแข็ง 4. โรคอัลไซเมอร์ (อุไรวรรณ วิลาสวาณิชย์, 2547)

ในส่วนของโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) และโรคกระดูกเปราะบาง (Osteopenia) เกิด จากภาวะการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะ 5 ปีแรกของการหมดประจำเดือน นำไปสู่การสูญเสีย ของเนื้อกระดูกสูงถึงร้อยละ 3–5 ต่อปี ขณะที่ก่อนการหมดประจำเดือนเนื้อกระดูกจะสูญเสียเพียง ร้อยละ 0.5 ต่อปีเท่านั้น สตรีวัยทองจึงอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกเปราะบางและภาวะ กระดูกพรุน เพศหญิงจะมีอัตราการเกิดภาวะนี้มากกว่าเพศชายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุ 45–59 ปี อุบัติการณ์ของกระดูกหักในผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย และภายใน 10 ปีแรกของการหมด ประจำเดือนจะสูญเสียแคลเซียมจากกระดูกถึงร้อยละ 40–60 (ธนพร ศนิบุตร, 2541) นอกจากนี้ยังมี ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกปลายแขน กระดูกสันหลัง ที่สำคัญคือ กระดูกสะโพก ซึ่งถ้าเกิดการหักแล้ว ร้อยละ 10 – 20 จะเสียชีวิตในปีแรก และร้อยละ 50 ไม่สามารถ เดินได้ตามปกติ แม้จะให้การรักษาอย่างดีที่สุดก็ตาม (สุกรี สุนทราภา, 2542) ความสามารถในการ

ผลิตฮอร์โมนในร่างกายสตรียังกระทบกับการจัดการน้ำตาลในร่างกายด้วย คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง ส่งผลให้การตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ในตับอ่อนซึ่งทำหน้าที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ มีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวานของสตรีวัยทองทำได้ยากขึ้น (วีระศักดิ์ ศรีนภากร, 2559)

ต่อมาโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Diseases) เป็นผลมาจากการลดลงของฮอร์โมน ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงได้ง่าย กล่าวคือความสามารถในการผลิตไขมันดี (HDL) ที่ลดลงจนส่งผลต่อการขับไขมันเลว (LDL) ออกจากร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะอุดตันในหลอดเลือด ผลของการขาดฮอร์โมนในสตรีวัยทองส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพอย่างชัดเจน โดยสามารถสังเกตจากอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ซึ่งปกติจะเกิดในผู้ชายจะสูงกว่าผู้หญิง 5-6 เท่า แต่เมื่อสตรีวัยทองเข้าสู่วัยทองจะเริ่มมีอัตราการเกิดโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีซึ่งหมดประจำเดือนเนื่องจากการได้รับการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง จะมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดในอายุเดียวกันถึง 7 เท่า (MacPherson, 1992)

ในส่วนของโรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง พบได้ร้อยละ 30 เช่น ถุงน้ำที่เต้านม (Fibrocystic Disease) ก้อนเนื้อที่เต้านม (Fibroadenoma) มีหินปูนมาจับ (Calcification) แต่พบมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น สาเหตุการเกิดภาวะนี้ไม่ทราบแน่นอน อาจจะเป็นผลจากการไม่สมดุลระหว่างฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน (MRI, 2566) ต่อมาความเสี่ยงของสตรีวัยทองในด้านสุขภาพรวมไปถึงความเสี่ยงต่อระบบประสาทด้วย โดยสตรีวัยทองนั้นเสี่ยงที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer Disease) โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าในช่วงอายุที่ใกล้เคียงกันของเพศชายและหญิง ผู้หญิงมีอัตราส่วนของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มากกว่า ซึ่งอาการของอัลไซเมอร์นั้นเกิดการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างช้า ๆ โดยมีสาเหตุจากโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์ (Beta-amyloid) ซึ่งเป็นโปรตีนที่บั่นทอนและทำลายการทำงานของเซลล์ประสาท ซึ่งมักจะถูกกำจัดในระหว่างการนอน การนอนอย่างมีคุณภาพจะสามารถช่วยในการย่อยสลายเบต้า-อะไมลอยด์ได้ โปรตีนชนิดนี้เป็นสาเหตุโดยตรงที่นำไปสู่การเกิดและกระตุ้นโรคอัลไซเมอร์ เมื่ออายุมากขึ้นจะยิ่งมีโอกาสเป็นสูงขึ้น เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนส่งผลต่อคุณภาพของการนอน นำไปสู่มความสามารถในการย่อยสลายโปรตีนชนิดนี้ได้ลดลง (ลักษณะ อินทร์กลับ, 2557, pp. 1-2)

นอกจากนี้ยังพบกับอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคกระดูกพรุนในวัยทอง ประกอบไปด้วยกระดูกพรุนแบบกระดูก และกระดูกแข็ง ในกลุ่มโรคนี้ นอกจากกระดูกพรุนที่เกิดจากการรับฮอร์โมนเกินขนาด จากความพยายามปรับฮอร์โมนในวัยทอง ทั้งกระดูกพรุนและกระดูกแข็งต่างมี

ที่มาของโรคไม่ชัดเจน แต่มีการสันนิษฐานว่ามียีนส์ประกอบจากพฤติกรรมสุขภาพ และพันธุกรรมในครอบครัว ซึ่งโรคเหล่านี้มักสำแดงโรคในช่วงวัยทอง อันเป็นความเชื่อมโยงที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงในการผลิตฮอร์โมน (จุฑาภรณ์ อุทัยแสน, 2563)

โดยสรุปแล้วสตรีวัยทองสื่อถึงวัยที่คาบเกี่ยวในช่วงอายุที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ร่างกายมีความเปราะบาง และซ่อมแซมตนเองได้น้อยลง จนนำไปสู่กลุ่มโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มสตรีวัยทองประสบปัญหาสุขภาพระยะยาว อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังเหล่านี้สามารถป้องกันได้ ผ่านการจัดการสุขภาพด้วยแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ

2.5 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ ข้อมูลการสำรวจและรายงานทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทัศนคติ ความเชื่อ ฯลฯ ที่ใช้เพื่อส่งเสริม ปกป้อง หรือรักษาสุขภาพ พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพลดความเสี่ยงของอาการต่างๆ ในขณะที่พฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพจะเพิ่มความเสี่ยงของอาการต่างๆ ข้อมูลของพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่แม่นยำ เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้สำหรับประเมินภาวะสุขภาพ และจะถูกใช้เพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Washington State Department of Health, 2023) พฤติกรรมสุขภาพมีความเกี่ยวเนื่องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) โดย HBM เป็นหนึ่งในทฤษฎีที่พัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ และนับเป็นหนึ่งในทฤษฎีเริ่มแรกจากการนำพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ศึกษาความเกี่ยวเนื่องระหว่างสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ชีวิต (Carpenter, 2010) ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับ ลักษณะของส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ลักษณะบุคลิกภาพ รวมทั้งความรู้สึกและอารมณ์ พฤติกรรมเป็นการกระทำและนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการปรับปรุงสุขภาพ ซึ่งเน้นไปที่ปัจเจกบุคคลบุคคล ในที่นี้ความหมายรวมทั้งการกระทำที่สังเกตได้ และด้านจิตใจรวมถึงความรู้สึกซึ่งสามารถวัดและรายงานได้ (Gochman, 1988) โดยมีหมายเหตุสำคัญว่าปัจจัยที่ใช้ชีวิตหรือสังเกตพฤติกรรมสุขภาพสามารถชี้วัดได้ เพื่อนำไปอ้างอิงกับระดับของความใส่ใจในสุขภาพ และปัจจัยอื่นเฉพาะแต่ละบุคคล เช่น สถานะทางสังคม รายได้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม เป็นต้น (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545)

2.5.1 แนวคิดว่าด้วยพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ เกิดจากความพยายามศึกษาด้านสุขภาพโดยนักพฤติกรรมศาสตร์ ผ่านการใช้แบบจำลองและทฤษฎีเพื่อทำความเข้าใจหรือเข้าไปมีอิทธิพลกับพฤติกรรมสุขภาพ เมื่องานศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพพัฒนาขึ้น นักวิจัยเริ่มกำหนดเป้าหมายไปที่การทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่นำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม มากกว่าการตัดสินใจของปัจเจกบุคคลกับการเผชิญหน้ากับปัญหาแบบเฉพาะ กล่าวคือความสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มิได้อยู่ที่พฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งเป็นการเฉพาะ แต่เป็นเหตุที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลแทน โดยแบบแผนการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพมีทั้งรูปแบบที่มุ่งเน้นศึกษาไปที่ความต้องการเชิงชีววิทยา (ปัจจัยภายใน) กับแบบจำลองทางสังคมและนิเวศวิทยา (ปัจจัยภายนอก) (Rejeski & Fanning, 2019, p. 1008)

ในส่วนของทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพมีกลุ่มทฤษฎีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือ Health Belief Model (HBM) ที่งานวิจัยชิ้นนี้กล่าวถึงแล้ว นอกจากรูปแบบ HBM ยังมีรูปแบบการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม (Social Cognitive Theory; SCT) แบบป้องกันการกำเริบของโรค (Relapse Prevention Model; RP) และทฤษฎีการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล (Self Determination Theory; SDT) เป็นต้น (Rejeski & Fanning, 2019, p. 1008) ในทฤษฎีกลุ่มแบบจำลองทางสังคมและนิเวศวิทยา เช่น HBM และ SCT ทฤษฎีเหล่านี้มุ่งกำหนดปัจจัยการศึกษาไปที่ปัจจัยที่อยู่ล้อมรอบปัจเจกบุคคล เช่น จิตวิทยาสังคม (Psychosocial) และวัฒนธรรม (Rejeski & Fanning, 2019, p. 1008) นอกจากกลุ่มทฤษฎีที่ใช้หลักแบบจำลองทางสังคมและนิเวศวิทยา รูปแบบการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพได้มีการพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความซับซ้อนของปัจเจกบุคคล ผ่านรูปแบบการศึกษาพฤติกรรมแบบ SDT และ RP ซึ่งการพัฒนานี้เกิดจากข้อจำกัดของงานรูปแบบการศึกษาที่มุ่งศึกษาปัจจัยภายนอกเป็นหลัก กล่าวคือพฤติกรรมสุขภาพบางประการเกิดจากความต้องการทางชีววิทยา ซึ่งอาจเกิดในกรณีเฉพาะแต่ละบุคคล โดยมีอิทธิพลมาจากประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติเช่นนั้น รวมทั้งอาจเกิดจากความต้องการทางอารมณ์ คือ การสัมผัสกับประสบการณ์ที่เกิดจากพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การดื่มสุราเพื่อเข้าสังคม การสูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติด เป็นต้น (Rejeski & Fanning, 2019, pp. 1009-1010)

โดยสรุปแล้วแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการศึกษาในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ โดยปัจจัยในการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1. ความต้องการเชิงชีววิทยา 2. แบบจำลองทางสังคม

และนิเวศวิทยา ซึ่งเป็นการศึกษาผ่านปัจจัยภายใน และภายนอกตามลำดับ อย่างไรก็ตามวิธีการใช้รูปแบบการศึกษาแต่ละแบบนี้มีข้อจำกัดอยู่บ้าง กล่าวคือรูปแบบการศึกษาที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ มักมุ่งศึกษาปัจจัยภายใน หรือปัจจัยภายนอกอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นเฉพาะ ทำให้เกิดข้อจำกัดในข้อสรุปของงานวิจัย รวมทั้งหากการศึกษามุ่งศึกษาทั้งปัจจัยภายในและภายนอกย่อมเกิดปัญหาในการควบคุมตัวแปรการวิจัย ไปจนถึงขอบเขตของงานวิจัย

2.5.2 ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ

จากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอถึงความหมายและแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสะท้อนไปถึงความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ โดยการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่ความเข้าใจว่าพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนนั้นได้รับอิทธิพลจากอะไร โดยมีปัจจัยใดเป็นแรงผลักดันสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่การนำเสนอแบบแผนของพฤติกรรมทางสุขภาพอันพึงประสงค์สู่ประชาชน อันจะเกิดเป็นผลดีแก่รัฐ คือ เป็นการลดภาระของระบบสาธารณสุข โดยมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพบนพื้นฐานขององค์ความรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งยังเป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชน และลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพไปพร้อมกัน ซึ่งความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1. พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อปัญหาสาธารณสุข 2. พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญเพราะมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพ (ธนวรรณ อิมสมบุญ, 2546)

ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพกับปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนเกิดเป็นปัญหาในระดับกว้างกว่าตัวบุคคล เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมให้โรคติดต่อแพร่กระจาย โดยการเมินเฉยต่อข้อบังคับหรือแบบแผนทางสุขภาพที่เหมาะสม หรือการที่สังคมมีความเชื่อทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แต่ความเชื่อนั้นขยายเป็นวงกว้างจนนำไปสู่ความเจ็บป่วยของประชาชน ด้วยเหตุนี้รัฐจึงควรให้ความสนใจกับพฤติกรรมสุขภาพ ไปจนถึงสาเหตุแห่งพฤติกรรมนั้น เพื่อทำความเข้าใจความเชื่อด้านสุขภาพในสังคม และนำเสนอแบบแผนทางสุขภาพด้วยวิธีการนำเสนอที่เหมาะสมแก่สังคม นอกจากนี้ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหาสุขภาพ เป็นส่วนที่มีความเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมสุขภาพกับปัญหาสาธารณสุขโดยตรง

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ย่อมเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลตัดสินใจทางการแพทย์ผิดพลาด จนเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น การซื้อยามารับประทานเองโดยไม่รู้แน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคอะไร หรือเมื่อแพทย์ให้ยามารักษาแล้วแต่ไม่ได้รับประทานยาให้ถูกต้องและครบถ้วนก็จะทำให้โรคไม่หายและในบางครั้งหรือในบางโรคก็จะทำให้เกิดการดื้อยา

ของเชื้อโรคด้วย จึงเป็นข้อสรุปว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความสำคัญยิ่ง และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในทุกภาคส่วนของสังคมในการนำเสนอแบบแผนสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีพื้นฐานจากการทำการศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องและแม่นยำ เพื่อเป็นรากฐานของนโยบายทางสาธารณสุขเกี่ยวกับแบบแผนทางสุขภาพต่อไป

2.6 ทฤษฎีการเปิดรับสื่อและการเลือกรับสื่อ

จากการนำเสนอในงานวิจัย ทำให้ทราบว่าวิธีการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อนำเสนอการสื่อสารเพื่อนำเสนอแบบแผนสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งกระบวนการที่จะทำให้การสื่อสารมีคุณภาพ จำเป็นต้องทำความเข้าใจว่าความหมายของการสื่อสาร ไปจนถึงกระบวนการรับสื่อ และทฤษฎีการสื่อสาร เพื่อนำไปสู่แนวทางการสื่อสารทางสุขภาพต่อไป ในส่วนของความหมายการสื่อสาร การสื่อสารเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ ความคิดเห็นระหว่างบุคคล การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารนับเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล อย่างไรก็ตามบุคคลจะไม่เปิดรับสื่อทั้งหมด เนื่องจากการเลือกรับสื่อของบุคคลมีความเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อ ประสบการณ์ และความรู้เดิม ในส่วนนี้เรียกว่ากระบวนการเลือกรับสื่อ (Selective Perception) อันเป็นผลทำให้พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป (Ratzan, Payne, & Mills, 1996) โดยอิทธิพลจากความเชื่อเดิมของบุคคลนั้นมีผลอย่างมากต่อความสามารถในการรับสาร แม้การสื่อสารจะเตรียมการอย่างดี และน่าเชื่อถือก็อาจล้มเหลวในการสื่อสารหากสารที่ส่งไปนั้นไม่สอดคล้องกับทัศนคติหรือความต้องการของผู้รับสาร (พิชามญชุ์ ธีระพันธ์, 2559)

2.6.1 การเปิดรับสื่อ (Media Exposure)

การเปิดรับสื่อ หมายถึง ขอบเขตความสามารถของปัจเจกบุคคลในการรับสื่อ โดยในความหมายอย่างง่ายแล้ว เป็นการกล่าวถึงศักยภาพของปัจเจกบุคคลที่สามารถรับสื่อได้กว้างและลึกหรือไม่ อย่างไรก็ตามนิยามนี้ถูกตั้งคำถามว่า หากวัดเพียงความสามารถในการรับสื่อที่สามารถเข้าถึงง่าย แต่ปัจเจกบุคคลไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นเลย จะสามารถนับเป็นการรับสื่อได้หรือไม่ จึงเป็นไปได้ยากที่จะวัดศักยภาพการเข้าถึงสื่อ ผ่านความสามารถในการรับสื่อ เพราะจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับความสามารถในการรับสื่อนั้นด้วย เช่น ความสนใจต่อสื่อนั้น หรือบุคคลนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวด้วยหรือไม่ อย่างไรก็ตามยังคงมีแนวทางที่ใช้กันทั่วไปในการศึกษาเกี่ยวกับระดับของการเปิดรับสื่อ เช่น การตั้งใจรับสารเพื่อทำความเข้าใจสาระโดยรวม ไปจนถึงการมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้น โดยการอธิบายถึงเนื้อหาสาระโดยละเอียด (Vreese & Neijens, 2016, pp. 70-71)

แนวทางการศึกษาเรื่องการเปิดรับสื่อที่ใช้ทั่วไปในงานศึกษา คือ ทฤษฎีการใช้สื่อเพื่อประโยชน์และความพึงพอใจ (Uses and Gratifications Theory; UGT) โดยมีการริเริ่มผ่านการศึกษาด้านพฤติกรรมศาสตร์ ในปี 2483 ผ่านงานศึกษาของ Paul Lazarsfeld (1940) นักวิชาการด้านพฤติกรรมศาสตร์ชาวอเมริกันสัญชาติออสเตรีย ในชื่อ โดยกล่าวถึงพฤติกรรมการใช้วิทยุ เพื่อหารูปแบบความพึงพอใจของผู้ใช้วิทยุ รวมทั้งการรับมือของผู้บริโภคในช่วงเวลาที่มีการนัดหยุดงานของบรรดานักหนังสือพิมพ์ ที่แสวงหาสื่อทางเลือกจากหนังสือพิมพ์ โดยศึกษาว่าทางเลือกของผู้บริโภคกลุ่มนี้มักเลือกแสวงหาสื่อแบบใด งานศึกษานี้เป็นการบุกเบิกการตีความทางด้านจิตวิทยาในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งทฤษฎีหรือแนวทางการศึกษาพฤติกรรมศาสตร์นี้ ยังมีได้มีชื่อเรียกที่เข้าใจร่วมกันของนักวิจัย แต่มีความเข้าใจร่วมกันว่าเป็นการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคในการเลือกรับสื่อ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคล

แนวทางการศึกษาพฤติกรรมศาสตร์ดังกล่าวถูกพัฒนาเรื่อยมา และเริ่มมีแบบแผนการศึกษาที่ชัดเจน จากการศึกษาของ Elihu Katz ในชื่อ Uses and Gratifications Research (1973) ในวารสาร *Public Opinion Quarterly* โดย Katz กล่าวถึงความเชื่อมโยงระหว่างความพึงพอใจที่ผู้รับสื่อคาดหวัง กับสิ่งเป็นจริงที่ได้รับ หลักการของทฤษฎี UGT จึงเป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมของการเสพสื่อ ผ่านทางจิตวิทยาโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับสื่อ ด้วยคำถามว่าทำไมจึงกลับมาชมรายการเดิม อะไรเป็นเหตุให้ผู้รับสื่อเปลี่ยนช่อง ไปจนถึงเหตุแห่งการเลือกรับสื่อ เช่น การเสพสื่อในช่วงเวลานั้น ๆ อาจมีความเกี่ยวเนื่องกับภาวะทางจิตวิทยา ตั้งแต่บรรยากาศที่สันโดษทำให้ต้องการสื่อ เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศโดยรอบ ไปจนถึงการใช้สื่อเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ หรือหาข้อมูลตามความต้องการของผู้รับสื่อ (Straubhaar, LaRose, & Davenport, 2012, p. 414)

นอกจากแนวทางการศึกษาการเปิดรับสื่อแบบ UGT ยังมีงานศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับสื่อ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการรับสื่อ โดยมุ่งศึกษาไปที่ลักษณะการใช้สื่อที่ต่างกันของกลุ่มผู้รับสื่อ ในงานของ Alan M. Rubin ชื่อ Ritualized and Instrumental Television Viewing (1984) ในวารสาร *Journal of Communication* โดยงานศึกษานี้มุ่งไปที่บทบาทของผู้รับสื่อที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อสื่อนั้น Rubin ได้แบ่งกลุ่มผู้ชมในงานศึกษาของเขาไว้ 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ใช้เวลากับสื่อเป็นเวลานาน (กิจวัตร) และ 2. กลุ่มที่ใช้เวลากับสื่อชั่วคราว (กาลเฉพาะ) เหตุที่ Rubin ได้แยกกลุ่มผู้รับสื่อออกจากกัน เนื่องจากเขาต้องการศึกษาแรงจูงใจของผู้รับสื่อนั้น โดยกลุ่มที่ใช้เวลากับสื่อเป็นกิจวัตรถูกระบุว่าเป็นกลุ่มผู้ใช้สื่อแบบเป็นพิธีกรรม (Ritualistic) ซึ่งเป้าหมายการเสพสื่อของกลุ่มนี้เป็นการเสพสื่อเพื่อเติมเต็มช่องว่างความต้องการทางจิตวิทยา โดยไม่มีเป้าประสงค์ประโยชน์นิยมเชิง

ประจักษ์รองรับ และกลุ่มที่ใช้เวลาชั่วครู่ถูกระบุเป็นกลุ่มประโยชน์นิยม (Instrumental) โดยกลุ่มนี้มีเป้าหมายเชิงประโยชน์นิยมชัดเจน และมุ่งใช้สื่อเพื่อรับสารอะไรบางอย่างเพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจดำเนินการกิจกรรมอื่น (Rubin, 1984, pp. 68-69)

งานวิจัยได้พยายามอธิบายความหมายและที่มาของการศึกษาเรื่องการเปิดรับสื่อ จึงมีขึ้นเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการรับสื่อ เพื่อเป็นหลักการอ้างอิงในแนวทางการสื่อสารกับกลุ่มคนจำนวนมาก ซึ่งจำเป็นที่จะต้องกำหนดทั้งเป้าหมาย และวิธีการสื่อสารให้มีความชัดเจน ผ่านความเข้าใจในธรรมชาติของกลุ่มผู้รับสื่อ

2.6.2 การเลือกรับสื่อ (Media Selective Exposer)

เมื่อศึกษาพฤติกรรมของการเปิดรับสื่อว่ามีแรงผลักดันทางจิตวิทยาอย่างไร ซึ่งมีการตั้งคำถามเชิงลึกถึงกระบวนการเลือกรับสื่อ โดยในเรื่องของการรับสื่อ สามารถศึกษาพฤติกรรมการรับสื่อของผู้รับสื่อผ่าน ตามข้อเสนอของทฤษฎีการเลือกรับสื่อแล้ว บุคคลมักเลือกที่จะเปิดรับข้อมูลที่สนับสนุนแนวคิดของตนมากกว่าข้อมูลที่สนับสนุนหลักการอื่น ๆ โดยยิ่งบุคคลมีพฤติกรรมนิยมการอ่าน ฟัง หรือรับข้อมูลมากเท่าไร ยิ่งเป็นการแสวงหาข้อมูลที่สนับสนุนความคิดเห็นของตนเองเท่านั้น (Garrett, 2009, pp. 677-678) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกปิดกั้นข้อมูลนั้น มีปัจจัยสำคัญมาจากตัวบุคคลเอง ที่หาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดของตนเองมากกว่า ในงานศึกษาของ R. Kelly Garrett ชื่อ Politically Motivated Reinforcement Seeking: Reframing the Selective Exposure Debate (2009) ในวารสาร *Journal of Communication* ได้มีการระบุถึงประสบการณ์ของผู้รับสื่อที่รับสื่อจากช่องทางที่มีแหล่งข้อมูลหรือการนำเสนอที่หลากหลาย มักจะพบข้อมูลที่ขัดแย้งกับความเชื่อของตนน้อยกว่า ในขณะที่ข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเสนออย่างแคบ จะมีแนวโน้มที่พบกับข้อมูลที่ตรงข้ามกับความคิดของตนมากกว่า โดยสรุปแล้วยังบุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่มีความกว้างมากเท่าใด ยิ่งมีโอกาสที่จะพบกับข้อมูลที่สนับสนุนความคิดเห็นเท่านั้น ซึ่งข้อสรุปนี้สอดคล้องกับพฤติกรรมการเลือกรับสื่อว่า ผู้รับสื่อมักเลือกรับสื่อที่สนับสนุนความคิดของตน (Garrett, 2009, p. 678)

นอกจากทฤษฎีการเลือกรับสื่อจากงานศึกษาของ Garrett ยังมีแนวทฤษฎีเกี่ยวกับการเลือกรับสื่ออื่น คือ ทฤษฎีการปลูกฝัง (Cultivation theory) โดย George Gerbner ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ด้านวิชาการสื่อสาร Gerbner มุ่งความสนใจไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารมวลชน กับความเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม Gerbner มุ่งความสนใจไปที่บทบาทของโทรทัศน์ เนื่องจากในช่วงเวลาที่ใช้ศึกษาของ Gerbner คือราวทศวรรษที่ 1960 โทรทัศน์เป็นแหล่งกระจายสื่อที่ทรงพลังที่สุดในทาง

การเล่าเรื่องทางวัฒนธรรมมวลชน และการส่งเสริมในเชิงพาณิชย์ ยิ่งกว่าหนังสือพิมพ์และวิทยุ Gerbner นำเสนอถึงความเชื่อมโยงระหว่างระบบอุตสาหกรรมแบบการผลิตจำนวนมาก ว่าเป็นไปในลักษณะเดียวกัน คือ มีการผลิตสื่อเพื่อการบริโภคในแนวคิดเดียวกับการผลิตแบบอุตสาหกรรม โดยผลผลิตของการสื่อสารมวลชนเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากอุดมการณ์ทางความคิด และเป้าประสงค์ของผู้ผลิต ไม่ว่าจะเป็นทางวัฒนธรรม หรือพาณิชย์ จนเบียดบังพื้นที่ของเรื่องเล่าแบบอื่นในสังคมด้วยพลังการผลิตแบบอุตสาหกรรม โดยท้ายที่สุดพลังของสื่อเหล่านี้ ได้สร้างพฤติกรรมการเลือกรับข่าวสารให้ผู้รับสื่อ ผ่านการผลิตซ้ำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนไม่ว่าจะเป็นทางความคิดหรือพาณิชย์ และกระบวนการผลิตสื่อ มักจะมีลักษณะของการผลิตซ้ำ เพื่อสร้างค่านิยมทางความคิดให้กับผู้รับสื่อ และไปสร้างพฤติกรรมการเลือกรับสื่อที่สนับสนุนความคิดของตนในที่สุด (Morgan, Shanahan, & Signorielli, 2016, pp. 1-2)

จากงานศึกษาเกี่ยวกับการเลือกรับสื่อที่ผู้วิจัยได้ยกมา ทำให้ทราบว่าปัจจัยในการเลือกรับสื่อว่ามีลักษณะแบบใดบ้าง และในกลุ่มงานศึกษา 2 แนวคิดที่ผู้วิจัยยกมา ยังแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างขององค์ประธานในงานศึกษา กล่าวคือในข้อเสนอที่ Garrett ยกมามีแนวโน้มว่าอำนาจในการเลือกรับสื่อนั้นเป็นของปัจเจกบุคคล โดยปัจเจกสามารถเลือกรับสื่อจากหลายแหล่ง และเลือกใช้ข้อมูลที่สนับสนุนทางความคิดของตนได้ ในขณะที่ข้อเสนอกของ Gerbner ให้น้ำหนักไปที่ผู้ผลิตสื่อ ในฐานะผู้สร้างค่านิยมในการบริโภคสื่อของสังคมมีอำนาจเหนือปัจเจกบุคคล และเชื่อว่าความสามารถในการเลือกรับสื่อของผู้รับสื่อนั้นด้อยกว่า อำนาจของผู้สร้างสื่อ ซึ่งเป็นผู้กำหนดทิศทางของเรื่องเล่าในสังคม อย่างไรก็ตามทั้งงานศึกษาของ Garrett และ Gerbner มีข้อจำกัด คือ ใช้ตัวแปรการศึกษาหลักเป็น โทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ การทำความเข้าใจความเปลี่ยนแปลงของสื่อ จึงมีความสำคัญเพื่อนำทฤษฎีมาปรับปรุง ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงของสื่อในส่วนถัดไปของงานวิจัย

2.6.3 การเปรียบเทียบสื่อแบบดั้งเดิม (Traditional Media) และสื่อใหม่ (New Media)

จากที่งานวิจัยนี้ได้ระบุถึงอิทธิพลของสื่อต่อพฤติกรรมของผู้รับสื่อ ตั้งแต่กิจวัตรประจำวันไปจนถึงพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งความหมายของการเปิดรับสื่อและการเลือกรับสื่อ ทำให้ทราบว่าสื่อนั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อการกำหนดทิศทาง แบบแผน และพฤติกรรมในสังคม ด้วยเหตุนี้ การศึกษาบทบาทของสื่อจึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคสมัยปัจจุบันที่สื่อมีวิวัฒนาการตาม

เทคโนโลยีสารสนเทศ หากจะกล่าวถึงเป็นการเฉพาะ คือ เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต และระบบฐานข้อมูลแบบดิจิทัล ความเปลี่ยนแปลงนี้นำไปสู่การแบ่งแยกระหว่างสื่อแบบดั้งเดิม และสื่อใหม่ ซึ่งสะท้อนทั้งความเปลี่ยนแปลงทางลักษณะของสื่อ ไปจนถึงผู้ผลิต และวิธีการของสื่อ ซึ่งในส่วนนี้ของงานวิจัยจะเป็นการอธิบายลักษณะของสื่อดั้งเดิม และสื่อใหม่ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และส่งผลกระทบอย่างไรต่อทฤษฎีการสื่อสาร

สื่อแบบดั้งเดิมและสื่อใหม่ มีจุดตัดระหว่างกันอย่างชัดเจน คือ ความเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี โดยสื่อแบบดั้งเดิมเกิดขึ้นก่อนช่วงเวลาที่เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตและระบบข้อมูลแบบดิจิทัลจะแพร่กระจายทั่วไป โดยลักษณะของสื่อดั้งเดิมมักมีลักษณะเป็นกายภาพ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อกระจายเสียงกระจายสัญญาณ สื่อกลางพื้นที่สาธารณะ สื่อภาพยนตร์ และกลุ่มสื่อที่ใช้เทคโนโลยีนาฬิกา (Study MassCom, 2023b) อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีได้เข้าไปเปลี่ยนแปลงวิธีการนำเสนอของสื่อดั้งเดิมบางส่วน เช่น การเกิดขึ้นของทีวีดิจิทัล การย้ายพื้นที่การนำเสนอสื่อสิ่งพิมพ์ไปบนพื้นที่ในโลกออนไลน์ หรือกำเนิดพื้นที่รับชมสื่อภาพยนตร์ออนไลน์ (สตรีมมิง) ในส่วนนี้เองที่นิยามของสื่อใหม่ได้ถูกอธิบายอย่างชัดเจน สื่อใหม่นั้นถูกอธิบายว่าแตกต่างจากสื่อแบบดั้งเดิมในประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้รับสื่อ กล่าวคืออำนาจของผู้รับสื่อถูกทำให้เพิ่มขึ้นอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน จากช่วงเวลาก่อนหน้าที่ผู้รับสื่อทำหน้าที่เป็นผู้รับทางเดียวในสื่อแบบดั้งเดิม แต่ในสื่อใหม่ผู้รับสื่อสามารถมีส่วนร่วม ต่อเนื้อหาที่ถูกนำเสนอได้ในทันที เช่น การแสดงความเห็นต่อหัวข้อประเด็นต่าง ๆ ในพื้นที่ Facebook และ Twitter เป็นต้น การมีส่วนร่วมนี้ยังรวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลที่ได้รับผ่านการแชร์ในพื้นที่ออนไลน์ของผู้รับสื่อ ไปจนถึงการร่วมผลิตเนื้อหาในพื้นที่ออนไลน์ (Rajendran & Thesinghaja, 2014, p. 609)

การเข้ามาของสื่อใหม่ ได้เปลี่ยนแปลงข้อสรุปของงานศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการสื่อสารหลายประการ เช่น ประเด็นเรื่องอำนาจของผู้ผลิตสื่อในทฤษฎีการปลูกฝัง อย่างไรก็ตามความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอำนาจของผู้รับสื่อนั้น ถูกงานศึกษาใหม่อธิบายว่าแม้สื่อใหม่จะคล้ายว่าได้มอบอำนาจให้กับผู้รับสื่อ อย่างไรก็ตามกระบวนการรับสื่อของบุคคลนั้นมีลักษณะเป็นลำดับตลอดชีวิต โดยมีปัจจัยเรื่องประสบการณ์ ความเชื่อ และค่านิยม เป็นแรงผลักดัน ทำให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่เลือกรับสื่อซึ่งสนับสนุนความคิดของตน และอำนาจที่มาจากความสามารถในการมีส่วนร่วมกับการผลิต มีแนวโน้มว่าจะใช้ผลิตสื่อที่สนับสนุนแนวคิดและความเชื่อของตนที่ได้รับการปลูกฝังมาแต่เดิม ประกอบกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่มากขึ้นกับทฤษฎีการเลือกรับสื่อของ Garrett ที่ยังบุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้หลากหลาย ยังมีแนวโน้มที่จะรับข้อที่สนับสนุนความคิดและ

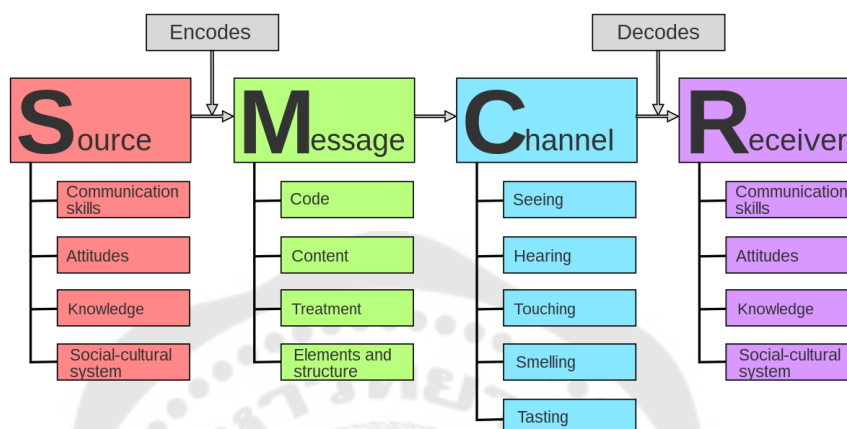
ความเชื่อของตน ทำให้พื้นที่ของการสร้างและรับสื่อนั้นกลายเป็นพื้นที่ห้องสะท้อนเสียง (echo chamber) ที่สะท้อนความคิดและความเชื่อแบบเดิมของผู้รับและสร้างสื่อให้มีความเชื่อเช่นนั้นมากขึ้นไปอีก (Cinelli, Morales, Galeazzi, Quattrociocchi, & Starnini, 2021, pp. 2-4)

ข้อสรุปของความแตกต่างระหว่างสื่อแบบดั้งเดิมและสื่อใหม่ จึงมีประเด็นสำคัญไปที่บทบาทและอำนาจของผู้รับสื่อ ที่มีบทบาทมากขึ้นอย่างชัดเจนในสื่อใหม่ อย่างไรก็ตามทฤษฎีของการเปิดรับสื่อไปจนถึงการเลือกรับสื่อ ยังคงมีบทบาทสำคัญในการศึกษาพฤติกรรมการเลือกรับสื่อของผู้รับสื่อ แม้จะมีความต่างกันบางประเด็น คือ ทฤษฎีเหล่านี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาของสื่อดั้งเดิม ในช่วงเวลาที่บทบาทของผู้รับสื่อยังเป็นเพียงผู้รับสื่อทางเดียวเท่านั้น ทว่า บทบาทของผู้รับสื่อจะเพิ่มมากขึ้นจนเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นในการผลิตสื่อในยุคของสื่อใหม่ แต่การศึกษาพฤติกรรมการรับและผลิตสื่อ ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้รับสื่อยังคงได้รับอิทธิพลจากอำนาจในการกำหนดเรื่องเล่าของสื่อมวลชนที่มีอำนาจในอุตสาหกรรมสื่อสาร และมีแนวโน้มที่ผู้รับสื่อจะเป็นปัจจัยสนับสนุนเรื่องเล่านั้น ผ่านการผลิตเนื้อหาสาระที่ได้รับอิทธิพลจากสื่อนั้นในพื้นที่ของตน

2.6.4 กระบวนการสื่อสาร (Communication Process)

จากการอธิบายในงานวิจัยนี้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเปิดรับและเลือกรับสื่อ ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจของสื่อที่มีต่อสังคมและผู้รับสื่อ ที่นำไปสู่ค่านิยมในสังคม จนถึงพฤติกรรมการบริโภคและเลือกรับสื่อ ทั้งหมดนี้ได้ชี้ไปถึงอีกกระบวนการสำคัญเกี่ยวกับสื่อ นั่นคือ กระบวนการสื่อสาร ซึ่งเป็นส่วนของภาคปฏิบัติในการผลักดันให้ข้อความหรือเรื่องเล่าที่อุตสาหกรรมสื่อสารมวลชนต้องการจะนำเสนอเกิดขึ้นจริง ในการศึกษากระบวนการสื่อสาร ได้มีการจัดทำรูปแบบการศึกษาอย่างเป็นระบบขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 50 โดย David Berlo นักทฤษฎีสื่อสารชาวอเมริกัน Berlo แบ่งองค์ประกอบของการสื่อสารเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1. แหล่งข้อมูล หรือ Source 2. สารหรือ Message 3. ช่องทาง หรือ Channel และ 4. ผู้รับ หรือ Receiver ทฤษฎีของ Berlo จึงมีคำย่อว่า SMCR ซึ่งแบบแผนการสื่อสาร SMCR นำเสนอกระบวนการสื่อสารที่ง่าย จึงมีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับปัจจัยเพิ่มเติมในกระบวนการสื่อสาร เช่น ปัจจัยรบกวน (noise) ตั้งแต่การบิดเบือนข้อความ ไปจนถึงบริบทในระดับสังคมหรือบุคคล ในการตีความข้อความเดียวกัน (Study MassCom, 2023a) อย่างไรก็ตามแบบแผนกระบวนการสื่อสารของ Berlo ชี้ให้เห็นถึงลำดับของการสื่อสาร ตั้งแต่กระบวนการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้กลายเป็นข้อความ จนถึงการส่งต่อเข้าสู่ช่องทางการสื่อสาร และบทบาทของผู้รับสื่อในการรับข้อความนั้น เพื่อตีความผ่านบริบทของการสื่อสารในกระบวนการ แม้แบบแผนการสื่อสาร SMCR ของ Berlo จะมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจกระบวนการสื่อสารที่

ซับซ้อนลงไป แต่ข้อเสนอของ Berlo ได้กลายเป็นรากฐานของการศึกษากระบวนการสื่อสาร เพื่อต่อยอดต่อไป



ภาพประกอบ 2 แผนผังอธิบายกระบวนการสื่อสารแบบ SMCR

ที่มา: https://en.wikipedia.org/wiki/Source%E2%80%93message%E2%80%93channel%E2%80%93receiver_model_of_communication#/media/File:SMCR_model_-_full.svg

ในการต่อยอดงานศึกษาของ Berlo ทำให้จำเป็นต้องทำความเข้าใจสื่อที่เรียกว่า ปัจจัยรบกวนในการสื่อสาร (Communication Noise) โดยผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยรบกวนออกเป็น 2 ประเภท เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างง่าย คือ 1. ปัจจัยรบกวนทางกายภาพ และ 2. ปัจจัยรบกวนทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยรบกวนทางกายภาพ (Physical Noise) เป็นปัจจัยรบกวนการสื่อสารที่เกิดจากกิจกรรม พฤติกรรม และภาวะแวดล้อมทางกายภาพของผู้รับสาร โดยอาจเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่อำนวยความสะดวกในการรับสาร เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ที่มีกิจกรรมรบกวน ตั้งแต่การดำเนินไปของกิจกรรมอื่นรอบตัว ปรากฏการณ์ธรรมชาติ อุปกรณ์การสื่อสารขัดข้องไม่เหมาะสม หรือปัญหาสุขภาพกายและจิตของผู้รับเป็นเหตุให้ไม่สามารถรับและวิเคราะห์การสื่อสารอย่างเป็นปกติได้ เป็นต้น (Lumen, 2017)

2. ปัจจัยรบกวนทางสังคม (Social Noise) เป็นปัจจัยรบกวนการสื่อสารที่ไม่ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรม โดยการเกิดขึ้นของปัจจัยรบกวนทางสังคมนั้น เกิดขึ้นภายใต้จิตใจได้สำนึกของผู้รับสาร

เป็นผลมาจากประสบการณ์ อุดมการณ์ และความเชื่อ เป็นเหตุให้แต่ละสังคมและบุคคลสามารถทำความเข้าใจสารเดียวกัน ในความหมายที่ต่างกันได้ ซึ่งความเข้าใจนั้นอาจจะสอดคล้องหรือตรงข้ามกับวัตถุประสงค์ของสารในตอนต้นนั้น (Lumen, 2017)

โดยสรุปแล้วกระบวนการสื่อสาร เป็นหนึ่งในกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากการเป็นผู้นำวาระของการสื่อสาร เข้าสู่กระบวนการภาคปฏิบัติ โดยกระบวนการดังกล่าวสามารถทำความเข้าใจผ่านแบบแผนการสื่อสาร SMCR ของ Berlo และเนื่องจากข้อจำกัดของงาน Berlo เกี่ยวกับปัจจัยรบกวนการสื่อสาร ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยรบกวนในการสื่อสาร และจำแนกออกมาได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยรบกวนทางกายภาพ และทางสังคม โดยความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารและปัจจัยที่รบกวนการสื่อสาร จะส่งผลให้กระบวนการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพได้ผลลัพธ์ และเพิ่มประสิทธิภาพในการนำเสนอแบบแผนทางสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป ซึ่งในส่วนถัดไปของงานวิจัย ผู้วิจัยมีความต้องการอธิบายถึงอิทธิพลของสื่อกับสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ไปจนถึงโครงสร้าง

2.7 การสื่อสารด้านสุขภาพ (Health Communication)

การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นสาขาการศึกษาและการปฏิบัติแบบสหสาขาวิชาชีพที่ใช้หลักการสื่อสาร กลยุทธ์ ทฤษฎี และความคิดสร้างสรรค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม นโยบาย และแนวปฏิบัติที่พัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลและประชากร แม้การรณรงค์หรือการสื่อสารด้านสุขภาพจะดำเนินการมาก่อนนานแล้ว แต่การสื่อสารด้านสุขภาพถูกกล่าวถึงอย่างเป็นทางการในปี 2518 โดยสมาคมการสื่อสารระหว่างประเทศ และในปี 2540 ถือเป็นความเข้าใจอย่างเป็นทางการโดยการประกาศของสมาคมสาธารณสุขแห่งอเมริกา (American Public Health Association; APHA) โดยจัดให้การสื่อสารด้านสุขภาพ ถือเป็นสาขาวิชาของการศึกษาด้านสาธารณสุข (SHC, 2016)

ในความเข้าใจทั่วไปแล้วการสื่อสารด้านสุขภาพ ควรจะมีรายละเอียดไม่แตกต่างกับวิธีการสื่อสารเพื่อวัตถุประสงค์อื่นมากนัก แต่ในความเป็นจริงการสื่อสารด้านสุขภาพมีความลึกซึ้งในเชิงหลักการมากกว่าการสื่อสาร แต่เป็นหนึ่งในวาระหลักของวงการสาธารณสุขทั่วโลก เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุข ความท้าทายประการหลัก คือ การสื่อสารด้านสุขภาพกับประชากรกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาส โดยประชากรกลุ่มเปราะบาง คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงทางสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงกลุ่มผู้มีความพิการทางร่างกายหรือสติปัญญา ซึ่งมีแนวโน้มสูงที่จะถูกละเลยหรือเลือกปฏิบัติในสังคมโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม และอีกกลุ่ม คือ กลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส การด้อยโอกาสนี้เป็นผลมาจากปัจจัยทางภูมิศาสตร์ (พื้นที่ห่างไกล) เป็นสมาชิกของกลุ่มชาติพันธุ์ หรือชุมชน

เฉพาะที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพหรือชุมชนและโครงสร้างพื้นฐานหรือข้อมูลได้อย่างเพียงพอ การสื่อสารด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างมากในฐานะเครื่องมือเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ โดยเป้าหมายของการสื่อสารมีทั้งเป้าหมายในเชิงสุขภาพ คือ การป้องกันหรือนำเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กลุ่มเป้าหมาย และเป้าหมายเชิงเศรษฐกิจ คือ การลดค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในทางสุขภาพ รวมทั้งลดภาระและค่าใช้จ่ายระบบสาธารณสุขมวลชน (Schiavo, 2013, p. 6)

โดยการสื่อสารจะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นที่จะมีความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการ ความเชื่อ ข้อห้าม ทัศนคติ วิถีชีวิต เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม และบรรทัดฐานทางสังคมของกลุ่มและภาคส่วนสำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวข้องหรือควรมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร และต้องทำให้การสื่อสารนั้นง่าย (Schiavo, 2013, p. 6) ด้วยเจตน์นัยการสื่อสารด้านสุขภาพจึงกลายเป็นความท้าทายของวงการสาธารณสุขทั่วโลก

2.7.1 ทฤษฎีการสื่อสารด้านสุขภาพ

การสื่อสารด้านสุขภาพได้ขยายขอบเขตจากการแทรกแซงทางชีวการแพทย์ในระดับบุคคลไปสู่การสื่อสารตามบริบทเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น เช่น ปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล สิ่งเหล่านี้คือปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม นอกเหนือจากปัจจัยกำหนดทางกายภาพ และนโยบายด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Malikhao, 2020, p. 1016) ทฤษฎีการสื่อสารด้านสุขภาพ เริ่มในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มุ่งเน้นไปที่มุมมองการวิจัยเชิงปริมาณ ทฤษฎีเหล่านี้ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากสาขาจิตวิทยาและจิตวิทยาสังคม ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมในการสื่อสารด้านสุขภาพตั้งแต่เรื่อง แนวทาง กลยุทธ์ และแนวทางสู่ความยั่งยืน ระดับภายในบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกลุ่มองค์กร (Malikhao, 2020, pp. 1021-1022) ทฤษฎีการสื่อสารด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนมีลักษณะหรือรูปแบบที่เป็นของตนเอง แม้ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับทฤษฎีการสื่อสารอยู่ เช่น ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม ที่ผู้วิจัยได้ระบุถึงก่อนแล้วในส่วนต้นของงานวิจัยในหัวข้อแนวคิดและทฤษฎีการสื่อสาร แต่ทฤษฎีการสื่อสารด้านสุขภาพที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ โดยแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลในการมีส่วนร่วมหรือมีมติต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมแบบแผนทางสุขภาพที่พึงประสงค์ (Malikhao, 2020, p. 1022)

งานศึกษาด้านทฤษฎีการสื่อสารด้านสุขภาพ มีพัฒนาการการศึกษาในเชิงลึกมากขึ้น โดยเข้าไปขยายแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่มักให้ภาพกว้างเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ข้อจำกัดของวิธีการศึกษาดังกล่าว คือ การนำเสนอปัจจัยแวดล้อมเชิงลึกที่หล่อหลอมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพแบบปัจจุบัน ทำให้การศึกษาด้านการสื่อสารสุขภาพขยายขอบเขตออกไป โดยให้ความสนใจด้านวัฒนธรรมมากขึ้น เช่น งานศึกษาของ Matthew W. Kreuter และ Stephanie M. McClure ชื่อ *The Role of Culture in Health Communication* ในวารสาร *Annual Review of Public Health* (2004) โดยงานศึกษานี้มีความเชื่อมโยงกับข้อเสนอเกี่ยวกับสิ่งรบกวนการสื่อสารในแง่ทางสังคม กล่าวคืออิทธิพลของวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการสื่อสารโดยเฉพาะด้านสุขภาพ โดยค่านิยมหรือแบบแผนทางวัฒนธรรมนั้นส่งผลให้ประสิทธิผลทางการสื่อสารทางสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือลดลง ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องในเชิงหลักการและเนื้อหาของทั้งสองปัจจัย (Kreuter & McClure, 2004, pp. 445-446)

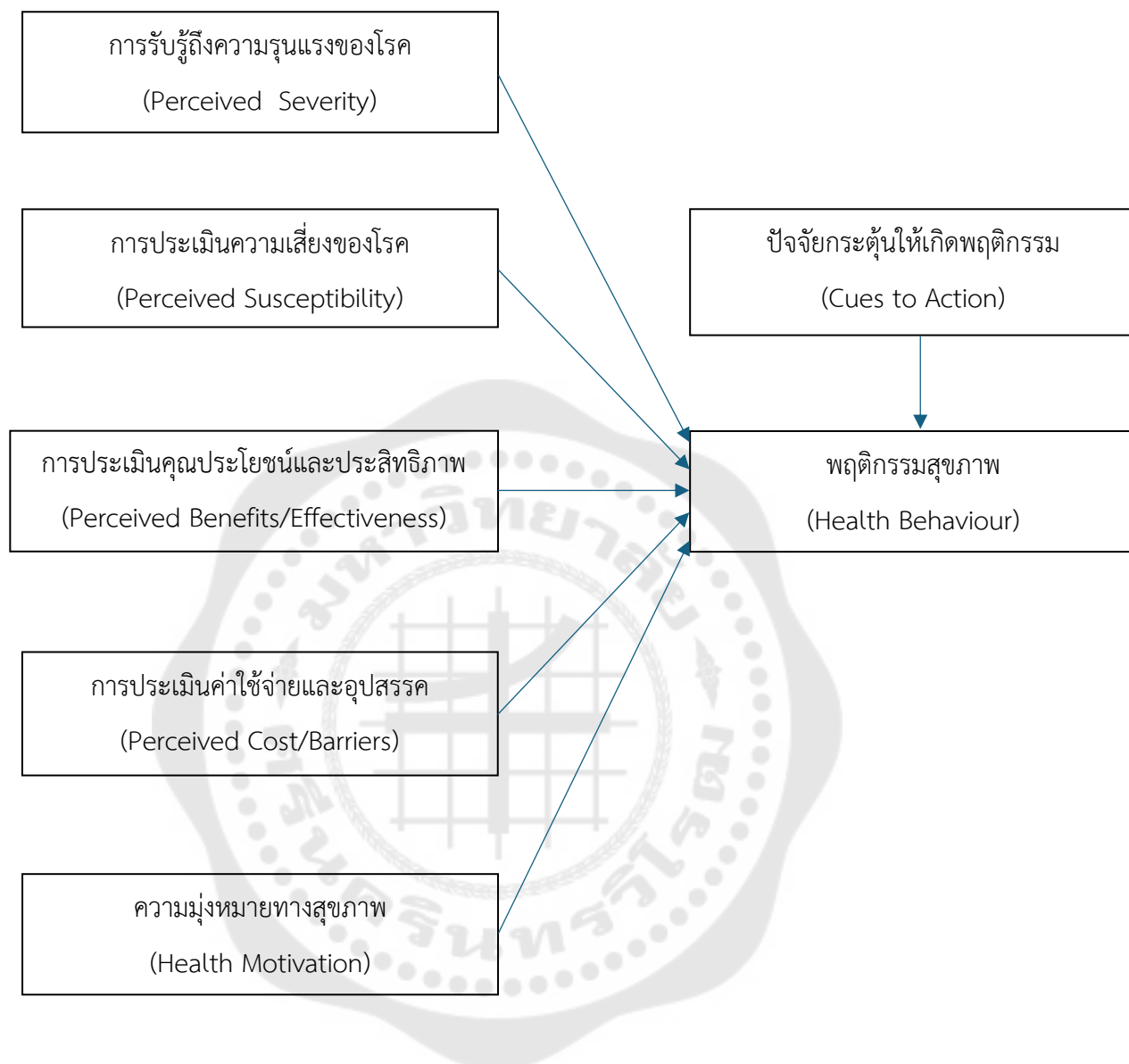
โดยสรุปแล้วจุดเริ่มต้นของการสื่อสารด้านสุขภาพมีความเกี่ยวเนื่องกับทฤษฎีการสื่อสารอย่างแนบแน่น ทั้งหลักกระบวนการสื่อสาร ไปจนถึงจิตวิทยาการสื่อสาร อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไป การสื่อสารด้านสุขภาพมีพัฒนาการในด้านแนวคิดทฤษฎีการสื่อสาร โดยมีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นทฤษฎีที่ใช้ทั่วไปในการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นเหตุให้ผู้วิจัยมุ่งอธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญของการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับวิธีการศึกษาในงานวิจัยนี้ ซึ่งมุ่งศึกษาในเชิงปริมาณ พร้อมกับการใช้ปัจจัยในเชิงประชากรศาสตร์มาวิเคราะห์ร่วมกัน

2.8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือ Health Belief Model (HBM) เป็นแนวคิดทฤษฎีการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้รับการพัฒนาในวงวิชาการสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงทศวรรษที่ 40 ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการด้านสาธารณสุข โดยใช้ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เช่น สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เพศ เชื้อชาติ และอายุ เป็นที่เข้าใจกันทั่วไปว่าแบบจำลองดังกล่าวเป็นแนวทางสาธารณสุขเชิงป้องกัน แต่สาธารณสุขเชิงป้องกันนี้มีความลึกซึ้งมากกว่าที่สุศึกษาทางเดียวจะประสบความสำเร็จในการนำเสนอแบบแผนสุขภาพที่พึงประสงค์ ความท้าทายดังกล่าวส่งผลให้แบบจำลองด้านพฤติกรรมสุขภาพนี้ถูกพัฒนาขึ้น โดยกำหนดให้แบบจำลองมีความยืดหยุ่น ไปตามคุณลักษณะของตัวแปรการศึกษา

แบบจำลองของแนวคิด HBM ถูกพัฒนาตัวอย่างจนมีแบบแผนมาตรฐานในปี 2517 โดยการ พัฒนาแบบจำลองดังกล่าวมีที่มาจากงานศึกษาของ Godfrey M. Hochbaum ในปี 2501 งานศึกษา ของ Hochbaum เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยรังสีเอกซเรย์ งานศึกษา ดังกล่าวได้กำหนดตัวแปรไปที่ความเชื่อเกี่ยวกับโรคที่ไม่แสดงอาการ และศึกษาความแตกต่างระหว่าง ผู้เข้ารับการตรวจและไม่เข้าการตรวจด้วยรังสีเอกซเรย์ ว่ามีความแตกต่างกันในเชิงคุณภาพสุขภาพ อย่างไร งานศึกษาที่คล้ายกัน เช่นงานศึกษาของ Stephen Kegeles ในปี 2506 ที่ชี้ให้เห็นความ เกี่ยวเนื่องของความรู้ทางพันธุกรรมที่ไม่เหมาะสม มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการพบทันตแพทย์ ของบุคคล รวมทั้งมีการสร้างแบบจำลองการพบทันตแพทย์สำหรับบุคคลเพื่อประโยชน์ของสุขภาพ ทางพันธุกรรม (Abraham & Sheeran, 2007, p. 97) โดยสรุปได้ว่าแบบจำลอง HBM ถูกพัฒนา จากความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพของบุคคล รวมทั้งการนำองค์ความรู้ด้าน สุขภาพที่มีความสำคัญนั้นมีความเชื่อมโยงกับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ (ในกรณีที่ยกมา คือ แพทย์) HBM จึงกลายเป็นแนวคิดที่สร้างบนรากฐานทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการป้องกันในทาง สาธารณสุข

แบบจำลองการศึกษาด้านสุขภาพของ HBM มุ่งเน้นไปที่ 2 ปัจจัย คือ 1. สุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และ 2. มุมมองต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพและการประเมินพฤติกรรมที่ ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยมุมมองต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพนั้นสามารถศึกษาผ่านการรับรู้ต่อ ความเจ็บป่วย และการประเมินถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมที่ใช้ตอบสนองต่อการ คาดเดานั้นผ่านการประเมินสองระดับด้วยกัน คือ การประเมินถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของ ความรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับ และการประเมินถึงความคุ้มค่าหรืออุปสรรค ในการปฏิบัติตามองค์ความรู้ นั้น (Abraham & Sheeran, 2007, p. 97) แบบจำลองยังนำเสนอถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลมี พฤติกรรมสุขภาพแบบนั้น ๆ โดยตัวกระตุ้นนี้เป็นปัจจัยอย่างกว้างที่ต้องอาศัยการกำหนดในงาน ศึกษาให้แคบ เช่น ความสามารถในการรับรู้และคาดเดาโรคของบุคคล อิทธิพลความเชื่อทาง วัฒนธรรมและสังคม ไปจนถึงการรณรงค์ทางสุขภาพศึกษา (Abraham & Sheeran, 2007, p. 97) โดย สามารถอธิบายเป็นแผนผังความสัมพันธ์ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 3 แบบแผนการทำงานของแบบจำลอง Health Belief Model

ที่มา: Abraham and Sheeran (2007, p. 97)

2.8.1 ความหมายและการนิยามปัจจัยศึกษาในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการอธิบายถึงแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพ รวมทั้งการจัดวางแบบจำลองการศึกษาของทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยมีความประสงค์ให้การศึกษาทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ใช้ศึกษาในแบบจำลองนั้นเป็นความเข้าใจทิศทางเดียวกัน จึงเล็งเห็นความสำคัญในการอธิบายปัจจัยการศึกษาในแบบจำลองทั้ง 6 ปัจจัย คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การประเมินความเสี่ยงของโรค ความมุ่งหมายทาง

สุขภาพ การประเมินค่าใช้จ่ายและอุปสรรค การประเมินคุณประโยชน์และประสิทธิภาพ และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม อันเป็นปัจจัยในแบบจำลองการศึกษาของทฤษฎีแบบแผนความเข้าใจทางสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ข้อสรุปว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่แสดงออกมาได้รับอิทธิพลจากปัจจัยใดบ้าง

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึงการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหากโรคนั้นเกิดขึ้นกับตนเอง โดยการรับรู้นี้มักมีที่มาจากประสบการณ์ และองค์ความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินความเสี่ยงของโรคว่ามีความร้ายแรงอย่างไร

2. การประเมินความเสี่ยงของโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึงการประเมิน 'ภัยคุกคาม' และการรับรู้ถึงภัยคุกคามนั้นกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมอื่นใดต่อการประเมินนั้น โดยการดำเนินการนั้นจะถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นเพื่อตอบสนองต่อโรค

3. การประเมินคุณประโยชน์และประสิทธิภาพ (Perceived Benefits/Effectiveness) ภายหลังการประเมินความเสี่ยงของโรค บุคคลมักจะเริ่มพิจารณาพฤติกรรมที่จะใช้เพื่อตอบสนองต่อความเสี่ยงนั้น โดยนอกจากปัจจัยของโรคแล้ว ยังมีปัจจัยของประโยชน์และประสิทธิภาพ ซึ่งหมายถึงการประเมินว่ามาตรการใดจะตอบสนองต่อสถานะของโรคได้อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาถึงคุณค่าของการปฏิบัติตามมาตรการนั้นต่อผลลัพธ์กับสุขภาพ

4. การประเมินค่าใช้จ่ายและอุปสรรค (Perceived Cost/Barriers) นอกจากการประเมินการคุ้มค่าและประสิทธิภาพของมาตรการต่อภัยคุกคาม โดยพิจารณาร่วมกับสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลเพื่อให้เกิดความเหมาะสมของแต่ละบุคคล จนได้มาซึ่งมาตรการในการตอบสนองต่อโรค เช่น บุคคลที่มีฐานะไม่ได้ยอมพิจารณาหลีกเลี่ยงการใช้บริการของโรงพยาบาล เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และเวลาที่ใช้ในระบบสาธารณสุข

5. ความมุ่งหมายทางสุขภาพ (Health Motivation) คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยโครงสร้างการศึกษาความหมายของคำดังกล่าวเกี่ยวข้องกับกระบวนการเลือก ความต้องการ ความสามารถ และการตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามความหมายของความมุ่งหมายทางสุขภาพนั้น ไม่มีคำจำกัดความที่ยอมรับหรือใช้กันทั่วไป เนื่องจากความมุ่งหมายทางสุขภาพนั้นมีลักษณะเป็นความคิดเชิงอัตวิสัยของแต่ละบุคคล ผ่านการหล่อหลอมด้วยประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น (Xu, 2009, pp. 8-9)

6. ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cues to Action) หมายถึงปัจจัยเชิงปฏิกริยาที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมนั้นขึ้น ซึ่งในกรณีนี้หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การความสามารถในการรับรู้และประเมินโรค ประสบการณ์ด้านสุขภาพ และการสัมผัสกับเนื้อหาการรณรงค์ทางสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้กระตุ้นให้บุคคลดำเนินการตามพฤติกรรมที่เหมาะสมตามอัติวิสัยของบุคคลนั้น

ในงานศึกษาด้านสุขภาพจำนวนมากในต่างประเทศได้นำแบบจำลอง HBM มาใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับปัจจัยที่หลากหลายได้อย่างดี โดยเป้าหมายของงานศึกษาที่ใช้แบบจำลอง HBM จะสามารถระบุประเด็นในงานศึกษาได้อย่างกว้างเป็น 3 ประเด็น คือ 1. สุขภาพเชิงป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ 2. พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และ 3. พฤติกรรมการใช้บริการทางสาธารณสุข และการพบบุคลากรทางการแพทย์ (Abraham & Sheeran, 2007, p. 98) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยขั้นนี้ที่มุ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้การอธิบายที่มาและความสำคัญ รวมทั้งแบบจำลองของแนวคิดทฤษฎี HBM มีความสำคัญยิ่ง

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของงานศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง โดยกลุ่มงานศึกษาของเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ งานศึกษาในประเทศไทยหลายงาน ได้มีการศึกษาในประเด็นที่ใกล้เคียงกันกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยปรับเปลี่ยนเพียงปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา เช่น งานศึกษาของ ฐปรัตน์ รักษานุสิทธิ์ และคณะ ในชื่อ **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี** (2561) โดยในงานศึกษาดังกล่าวใช้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และวิธีการวิจัยแบบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model; HPM) เหตุผลที่งานศึกษาดังกล่าวเลือกใช้ HPM ในงานศึกษา คือ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ฐปรัตน์ รักษานุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, & นันทิยา ไขยนิ่ง, 2561, pp. 171-172) ซึ่งในเชิงสาระแล้ว HPM มีความใกล้เคียงกับ HBM ความต่างคือเป้าหมายของ HPM คือ มุ่งสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น แต่ HBM นั้นโดยสาระแล้ว คือ สาธารณสุขเชิงป้องกัน (Galloway, 2003, p. 251) ผลการศึกษาของงานดังกล่าวบ่งชี้ถึงความเกี่ยวเนื่องระหว่างระดับการศึกษากับความเข้าใจต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยความเข้าใจต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะถูกนำมาปฏิบัติได้ภายใต้เงื่อนไขของการส่งเสริมจากภาคมหาวิทยาลัยต่อกิจกรรมด้านสุขภาพ การมีรายวิชาเพื่อส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพ และการมีแหล่งทรัพยากรเพื่อดำเนินกิจกรรมสุขภาพ เช่น โรงยิม ฟิตเนส และสนามกีฬา เป็นต้น โดยอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมสุขภาพ คือ จำนวน

ทรัพยากรเพื่อพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ฐปรัตน์ รักษานุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, & นันทิยา ไชยนิ่ง, 2561, pp. 174-177)

ในส่วนของการศึกษาที่มุ่งตอบคำถามเฉพาะส่วนที่การศึกษานี้ตั้งคำถาม คือ ลักษณะตัวแปรเชิงประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ สถานภาพการสมรส ส่วนนี้ได้มีงานศึกษาของ Regina Hiltz และ Michael Wagner (2018) ในชื่อ *Marital Status, Partnership and Health Behaviour: Findings from the German Ageing Survey (DEAS)* ซึ่งเงื่อนไขของการศึกษามีความใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งข้อสรุปของงานศึกษา คือ การสมรสส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยยะ อย่างไรก็ตามในงานศึกษาอื่นที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรส กับผลต่อพฤติกรรมสุขภาพงานอื่น เช่น งานของ Debra Umberson (1992) ในชื่อ *GENDER, MARITAL STATUS AND THE SOCIAL CONTROL OF HEALTH BEHAVIOR* ข้อสรุปงานของ Umberson นั้นใกล้เคียงกับข้อสรุปของ Hiltz และ Wagner แต่งานของ Umberson มีความเจาะจงกว่าในเชิงรายละเอียด กล่าวคืองานของ Umberson ได้แยกผลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างทางเพศ คือ เพศชาย และเพศหญิง โดยข้อสรุปได้ชี้ชัดว่าเพศชาย คือ กลุ่มที่ได้ประโยชน์จากสถานการณ์สมรสอย่างมีนัยยะ โดยสิ่งนี้มีความเชื่อมโยงถึงหน้าที่เชิงจารีตของเพศหญิงในฐานะผู้ดูแลบ้าน และครอบครัวในเขตเคหะสถาน อย่างไรก็ตามในกรณีของเพศหญิง กลับไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยยะ แต่จะส่งผลก็ต่อเมื่อสถานการณ์สมรสสิ้นสุดลง หรือการหย่าร้างนั่นเอง

สำหรับคำถามที่มุ่งตอบเรื่องปัจจัยเชิงรายได้ สามารถศึกษางานที่มุ่งตอบคำถามเกี่ยวกับความเกี่ยวเนื่องระหว่างรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง คือ งานของ Hans van Kippersluis และ Titus J. Galama (2014) ในชื่อ *Wealth and Health Behavior: Testing the Concept of a Health Cost* โดยงานศึกษาดังกล่าวได้ศึกษาถึงพฤติกรรมด้านการใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ และได้ข้อสรุปว่าการใช้จ่ายด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับรายได้ และมักจะมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี กล่าวคือมีความสัมพันธ์กันโดยตรงระหว่างรายได้ กับพฤติกรรมสุขภาพ และของงานของ Meron Lewis และคณะ (2023) ในงานศึกษาเกี่ยวกับราคาอาหารสุขภาพชื่อว่า *Healthy Food Prices Increased More Than the Prices of Unhealthy Options during the COVID-19 Pandemic and Concurrent Challenges to the Food System* โดยงานศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นการขึ้นราคาของอาหารกลุ่มสุขภาพ ซึ่งมีการขึ้นของราคาอย่างมีนัยยะเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์อาหารทั่วไป หรืออาหารจานด่วน

ถัดมา ในงานศึกษาของ สถาพร หมั่นกิจ ในชื่อ **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา** (2561) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบจำลองการศึกษาแบบ PRECEDE-PROCEED ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวมุ่งอธิบายโครงสร้างที่ครอบคลุมสำหรับการประเมินความต้องการด้านสุขภาพเพื่อการออกแบบ การดำเนินการ และการประเมินการส่งเสริมสุขภาพและโครงการสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการเหล่านั้น กล่าวคือ แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED มีความเป็นแบบจำลองเพื่อการวางแผนโครงสร้าง เพื่อดำเนินการและประเมินผลโครงการสาธารณสุข (Crosby & Noar, 2011) งานศึกษาของสถาพรชี้ให้เห็นถึงความสอดคล้องถึงข้อสรุปในงานศึกษาของฐปรัตน์ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ คือ นโยบายการส่งเสริมของรัฐ และการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับทรัพยากรเพื่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเรื่องเวลาซึ่งส่วนใหญ่แล้วสูญเสียไปกับการทำงาน (สถาพร หมั่นกิจ, 2561, pp. 52-54)

สำหรับงานศึกษาที่มุ่งศึกษาสตรีวัยทองนั้นให้ข้อสรุปที่สอดคล้องกับกลุ่มงานศึกษาที่มีได้ศึกษากลุ่มสตรีวัยทองเป็นหลักที่ผู้วิจัยได้อธิบายไปข้างต้น เช่น งานศึกษาของ สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์ ในชื่อ **ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทอง** (2542) งานศึกษาของ วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง ในชื่อ **พฤติกรรมการใช้บริการเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิก วัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม** (2547) และงานศึกษาของ มุจลินท์ แสงศิริ ในชื่อ **การเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ** (2565) มีข้อสรุปที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง คือ ระดับการศึกษาและการสื่อสารมีผลอย่างมากต่อการเตรียมพร้อมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีวัยทอง โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการศึกษาและการสื่อสารด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยเรื่องรายได้ในครัวเรือน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อกรอบความเชื่อด้านสุขภาพด้วย งานศึกษาของนางลักษณ์ แก้วทอง และคณะ (2557) ในชื่อ **ความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว** และงานของ พิทยา ไพบุลย์ศิริ (2561) ในชื่อ **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** รวมทั้งงานของ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2561) **ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล** และท้ายสุดงานของ กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2023) ในชื่อ **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ**

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน งานเหล่านี้ต่างมีข้อสรุปที่คล้ายคลึงกัน คือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากกลุ่มงานศึกษาที่มุ่งความสนใจไปที่การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองโดยตรง ยังมีกลุ่มงานศึกษาที่มุ่งศึกษาพลวัตของการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สาเหตุสำคัญที่ผู้วิจัยต้องอธิบายงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารและสุขภาพ คือ แนวคิด HBM มองเห็นถึงความเกี่ยวข้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการศึกษา นำไปสู่การเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพในระดับประชากร เช่น งานศึกษาของ กมลพร สิทธิ ในชื่อ **การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการใช้บริการ หลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบกับผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อย** (2554) งานศึกษาของ รวิ แก้วสุกใส และชัยรัตน์ จุสปาโล ในชื่อ **เครือข่ายสังคมออนไลน์ : กรณีเฟสบุ๊ค (Facebook) กับการพัฒนาผู้เรียน** (2556) และงานศึกษาของอิริยาพร อุดทา และอริชัย อรรถอุดม ในชื่อ **กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพออนไลน์ผ่านสื่อเฟซบุ๊กของ โรงพยาบาลพญาไท** (2560) ข้อสรุปของกลุ่มงานศึกษาความเกี่ยวเนื่องพฤติกรรมสุขภาพกับการสื่อสาร มีความสอดคล้องกันว่า การสื่อสารมีผลเชิงบวกต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และสื่อใหม่อย่างโซเชียลมีเดีย เป็นช่องทางการสื่อสารที่มีบทบาทอย่างมากต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมีความง่ายในการเข้าถึง อย่างไรก็ตามความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของแต่ละบุคคลนั้นอาจมีไม่เท่ากัน เนื่องจากปัจจัยเรื่องช่วงวัย รายได้ และการศึกษา รวมทั้งงานของ ภาวิณี มนตรี (2557) **ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดเพชรบุรี** ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาด (รอบรู้) ทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคเอดส์ และพฤติกรรมสุขภาพนั้น

สำหรับการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในต่างประเทศ กลุ่มงานศึกษาของต่างประเทศมีลักษณะของการเป็นสาธารณสุขเชิงป้องกัน และใช้แบบจำลองการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อหาแนวโน้มทางสุขภาพขององค์กรรวมทางสังคม เช่น งานศึกษาของ Handan Ozcan ในชื่อ **Healthy Life Style Behaviours and Quality of Life at Menopause** (2019) ที่ใช้แบบจำลองการศึกษาสุขภาพแบบการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบมีคุณภาพ (Healthy Lifestyle Behaviours; HLB) ซึ่งเน้นไปที่การประเมินสุขภาพ ผ่านการกำหนดค่าเป็นมาตราส่วน โดยวัดโดยพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล งานศึกษาเกิดขึ้นเพื่อวัดแนวโน้มมาตราส่วนสุขภาพของบุคคลในอนาคต โดยอ้างอิงถึงพฤติกรรมสุขภาพในอดีตจนถึงปัจจุบัน (Ozcan, 2019, pp. 493-494) Gabriella

Nagy-Penkes et al. (2020) ในชื่อ *Does Better Health-Related Knowledge Predict Favorable Health Behavior in Adolescent* ได้สะท้อนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมิได้สะท้อนว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพจะดีด้วย รวมทั้งงานของ Nam Hyun Cha (2020) ในชื่อ *Effect of health consciousness behavior and health-promoting behavior on the quality of life in elders in South Korea* ที่ศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างการรณรงค์ส่งเสริมปัจจัยที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ กับความรักสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษานั้นมีความต่างกันไปตามกลุ่มอายุของผู้ตอบสอบถาม กล่าวคือในกลุ่มที่มีอายุน้อยมักจะได้รับอิทธิพลจากการรณรงค์เพื่อสุขภาพมากกว่า แต่ในส่วนของกลุ่มอายุที่ใกล้เคียงกับงานศึกษานี้ คือ ความรักสุขภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า กล่าวโดยสรุปความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เป็นตัวกำหนดว่าระหว่างการรณรงค์สุขภาพ กับความรักสุขภาพ

งานศึกษาที่ใช้แบบจำลอง HBM เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีงานศึกษาของ ปิยาทิพย์ วัฒนสุนทร ในชื่อ *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแล* (2565) โดยงานศึกษาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความเกี่ยวเนื่องระหว่างความรู้ และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับองค์ความรู้เรื่องสุขภาพว่าส่งผลกับการจัดการภาวะไข้ในเด็กอย่างไร โดยพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการจัดการภาวะไข้ในเด็กกับองค์ความรู้เรื่องสุขภาพ และแบบจำลอง HBM สามารถสร้างความรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การพิจารณาถึงประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น รวมทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยเชิงบวกของการจัดการโรคด้วย กล่าวคือความไว้วางใจมีผลต่อการซักถามที่มาของโรค และพฤติกรรม ดีกว่าการขาดความไว้วางใจ (ปิยาทิพย์ วัฒนสุนทร, 2565, pp. 63-67) งานศึกษาด้านพฤติกรรมของที่ต่างประเทศ ที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น งานของ Saghafi-Asl, Aliasgharzadeh, and Asghari-Jafarabadi (2020) ในชื่อ *Factors influencing weight management behaviour among college students: An application of the Health Belief Mode* โดยงานศึกษาดังกล่าวได้ทำการศึกษานสมมติฐานว่าการใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ จะเป็นปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการพฤติกรรมจัดการน้ำหนักของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยผลการวิจัยชี้ชัดว่าโมเดลสุขภาพมีผลกระทบต่อการจัดการน้ำหนักจริง อย่างไรก็ตามความแตกต่างที่สำคัญระหว่างงานศึกษาของ Saghafi-Asl et al. กับงานศึกษานี้คือการตั้งกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รวมทั้งงานของ ชุติมา สร้อยนาค (2561) ในชื่อ *การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความ*

เสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน ซึ่งให้ข้อสรุปในภาพรวมว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

เช่นกันกับงานของ Eko Teguh Pribadi และ Shrimarti Rukmini Devy ในชื่อ *Application of the Health Belief Model on the intention to stop smoking behavior among young adult women* (2020) งานศึกษาของ Mallory J. Trent Daniel A. Salmon และ C. Raina MacIntyre ในชื่อ *Using The Health Belief Model to Identify Barriers to Seasonal Influenza Vaccination Among Australian Adults in 2019* (2021) และงานศึกษาของ Leonidas A. Zampetakis และ Christos Melas ในชื่อ *The Health Belief Model Predicts Vaccination Intentions Against COVID-19: A Survey Experiment Approach* (2021) กลุ่มงานศึกษาเหล่านี้ได้มุ่งศึกษาไปที่ชุดความคิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แม้จะมีการปรับเปลี่ยนปัจจัยในการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป เช่น การศึกษาเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ไปจนถึงการสำรวจความเชื่อต่อวัคซีนโควิด-19 แต่งานศึกษาเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ การใช้แบบจำลอง HBM เพื่อคาดการณ์แนวโน้มของมาตรการทางสาธารณสุขที่มีต่อสังคม โดยใช้ปัจจัยเรื่องความเชื่อ เศรษฐกิจ และการศึกษา เป็นตัวแปร รวมทั้งงานของ Paulina et al. (2022) ในชื่อ *Health motivations and perceived barriers are determinants of self-care behaviour for the prevention of hypertension in a Malaysian community* ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการป้องกันความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับงานของ Wahyu et al. (2022) ชื่อว่า *Perceived susceptibility, barriers, and cues to action as determinant factors of reproductive health behavior* มีข้อสรุปว่าการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นหญิง สรุปได้ว่าในส่วนของงานที่ให้ผลการศึกษาต่างกันมักมีปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ต่างกัน เช่น กลุ่มอายุ และการคลอดเพศ สำหรับกลุ่มงานที่ให้ผลการศึกษา สอดคล้องกันมักมีปัจจัยด้านประชากรศาสตร์สอดคล้องกัน คือ มีกลุ่มอายุ และเพศเดียวกันกับงานศึกษานี้

สำหรับงานที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อในต่างประเทศ คืองานของ Sztramko et al. (2019) ในชื่อ *Evaluation of an online knowledge translation intervention to promote cancer risk reduction behaviours: findings from a randomized*

controlled trial โดยมีข้อสรุปว่าการรับสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง มีผลเพียงเล็กน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จากการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบว่างานศึกษาของประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะศึกษาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ โดยให้ตัวแปรการศึกษาเป็นผู้ถูกระงับจากปัจจัยแวดล้อม ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วงานศึกษาของไทยจะนำไปสู่ข้อสรุปที่อธิบายปรากฏการณ์นั้น เช่น อิทธิพลของสื่อต่อพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ในขณะที่งานศึกษาของต่างประเทศมักให้ความสนใจไปที่การคาดการณ์เชิงสาธารณสุข โดยเฉพาะในงานศึกษาที่ใช้แบบจำลองการศึกษา HBM ซึ่งในงานศึกษานี้มีลักษณะที่สอดคล้องกับงานศึกษาของประเทศไทย ที่ให้สตรีวัยทองเป็นผู้ถูกระงับจากอิทธิพลของสื่อ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีความต้องการให้งานวิจัยชิ้นนี้อภิปรายข้อสรุปงานศึกษาในเชิงนโยบายสาธารณสุขและการสื่อสารด้วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง โดยศึกษาจากปัจจัย 3 ประการคือ 1. ปัจจัยทางด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ คือ รายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพการสมรส ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง 2. ปัจจัยทางจิตวิทยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้สื่อทั้งสื่อออนไลน์ และออฟไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง จังหวัดระนอง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลการวิจัยไปปรับใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และการสร้างสรรค์สื่อเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนองและประเทศไทยต่อไป

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยงานวิจัยชิ้นนี้ใช้วิธีการเก็บตัวอย่างแบบ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-Probability Sampling) เป็นการเก็บข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากคุณลักษณะที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน (Statistics Canada, 2021) ผ่านแบบสอบถาม (Questionnaires) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง และมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 ตัวแปรในการศึกษา
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีวัยทองสัญชาติไทย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดระนองซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการโรงพยาบาลระนอง ปี 2564 จำนวน 14,908 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie, and Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1 - p)}{e^2 (N - 1) + \chi^2 p(1 - p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

$$n = \frac{3.841 \times 14,908 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 (14,908 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 375$$

กลุ่มตัวอย่าง 375 คน

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า และการคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นสตรีวัยทองอายุ 44 – 59 ปี
2. สัญชาติไทย อาศัยอยู่ในจังหวัดระนอง
3. สามารถสื่อสารได้
4. ยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. อายุน้อยกว่า 44 ปี หรือมากกว่า 59 ปี
2. มีโรคประจำตัวที่รุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อน

3.2 ตัวแปรในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

ลักษณะทางประชากร ได้แก่

- ระดับการศึกษา
- รายได้
- สถานภาพสมรส

ลักษณะทางจิตวิทยา

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ความรักสุขภาพ
- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการใช้สื่อ

- สื่อออนไลน์
- สื่อออฟไลน์

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยได้รับความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถาม และแบบสอบถามการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพวัยทอง ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ

ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่ถูกต้อง ใช่ = 1 คะแนน

ไม่ใช่ = 0 คะแนน

ข้อความที่ผิด ใช่ = 0 คะแนน

ไม่ใช่ = 1 คะแนน

การตัดสินระดับความรู้ ในการวิจัยครั้งนี้ในเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ของบลูม (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971) ได้ระดับความรู้ ดังนี้

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนร้อยละ 0 - 59

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60 - 79

ระดับสูง หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 - 100

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความร่ำสุขภาพของสตรีวัยทอง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
5	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด	เห็นด้วยน้อยที่สุด
4	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วยน้อย
3	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยปานกลาง
2	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยอย่างมาก
1	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อสุขภาพของสภาวะวัยทอง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดสภาวะวัยทอง จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของสภาวะวัยทอง จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
-------	-----------------	----------------

5	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด	เห็นด้วยน้อยที่สุด
4	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วยน้อย
3	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยปานกลาง
2	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยอย่างมาก
1	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับสื่อของสตรีวัยทอง ประกอบด้วย สื่อออนไลน์ จำนวน 5 ข้อ สื่อออฟไลน์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
5	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด	เห็นด้วยน้อยที่สุด
4	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วยน้อย
3	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยปานกลาง
2	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยอย่างมาก
1	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง ประกอบด้วย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นประจำหรือ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์หรือมากกว่าครั้งต่อปี
บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติสิ่งนั้นบ่อยครั้ง หรือ 4 - 5 วันต่อสัปดาห์หรือ 4 - 6 ครั้งต่อปี
บางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติสิ่งนั้นบางครั้ง หรือ 2 - 3 วันต่อสัปดาห์หรือ 3 ครั้งต่อปี
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติสิ่งนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือ 1 วันต่อสัปดาห์หรือ 1 - 2 ครั้งต่อปี
ไม่ทำเลย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติสิ่งนั้นเลยใน 1 สัปดาห์หรือใน 1 ปี

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
5	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด	เห็นด้วยน้อยที่สุด

4	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วยน้อย
3	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยปานกลาง
2	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยอย่างมาก
1	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาทฤษฎี หลักการ และแนวคิดจากหนังสือ บทความวิชาการ และเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อนำ ข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ถึงปัจจัย และกำหนดเป็นกรอบแนวคิดและขอบเขตในการสร้างแบบสอบถาม

2. ศึกษาแนวทางในการสร้างแบบสอบถามจากหนังสือ บทความวิชาการ และเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำ มาปรับปรุงให้สอดคล้องกับนิยามตัวแปรของงานวิจัย

3. รวบรวมข้อมูลจากการศึกษาและนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลเป็นหลักในการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม

4. สร้างแบบสอบถามเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง ในจังหวัดระนอง

5. นำข้อคำถามในแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว ตรวจสอบความเที่ยงตรงของ เนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้โดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ค่า IOC เท่ากับ 0.66 โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ นายแพทย์อรุณ เจ๊ะแว สุนิตาสัตร์และมะเร็งนารี เวชวิทยา นางสาวอรรช วัทวิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิรพี ต้นเจริญวงศ์ อาจารย์ประจำวิชาเอกการสื่อสารสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง จังหวัดระนอง

คำชี้แจง โปรดให้ความคิดเห็นต่อข้อคำถามของท่าน ดังนี้

เห็นด้วย ให้คะแนน +1

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 0

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน -1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์จากผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ คำถาม	คะแนนความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ			ΣR	IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1.1	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
1.2	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
1.3	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
1.4	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
1.5	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
1.6	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
1.7	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
1.8	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
1.9	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
1.10	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
2.1	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
2.2	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
2.3	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
2.4	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
2.5	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
2.6	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.1.1	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.1.2	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
3.1.3	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
3.1.4	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
3.1.5	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.2.1	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.2.2	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.2.3	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.2.4	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
3.2.5	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
3.3.1	+1	+1	+0	2	1.00	สอดคล้อง
3.3.2	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง

ข้อคำถาม	คะแนนความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ			ΣR	IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
3.3.3	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
3.3.4	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.3.5	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.4.1	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.4.2	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
3.4.3	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
3.4.4	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
3.4.5	+1	+1	+0	2	0.67	สอดคล้อง
4.1.1	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.1.2	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.1.3	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.1.4	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.1.5	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.2.1	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.2.2	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.2.3	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.2.4	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
4.2.5	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.1	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.2	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.3	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.4	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.5	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.6	+1	+1	+0	2	1.00	สอดคล้อง
5.7	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.8	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.9	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง
5.10	+1	+1	+1	3	1.00	สอดคล้อง

6. การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .800

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.800	56

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
km1	179.90	193.472	.000	.800
km2	180.20	193.545	-.022	.801
km3	180.30	194.562	-.096	.802
km4	179.90	193.472	.000	.800
km5	180.53	194.120	-.062	.802
km6	179.90	193.472	.000	.800
km7	179.90	193.472	.000	.800
km8	179.90	193.472	.000	.800
km9	179.93	194.892	-.285	.802
km10	179.90	193.472	.000	.800

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
hea1	176.83	195.661	-.111	.808
hea2	178.30	178.493	.402	.790
hea3	177.53	187.085	.218	.797
hea4	177.30	185.183	.292	.795
hea5	177.03	191.068	.064	.801
hea6	177.33	182.713	.374	.792
risk1	176.27	183.995	.545	.791
risk2	176.27	184.685	.503	.792
risk3	176.23	186.737	.431	.794
risk4	176.23	185.771	.497	.792
risk5	176.17	188.971	.348	.796
seve1	176.13	186.809	.408	.794
seve2	176.30	182.838	.558	.790
seve3	176.27	183.375	.533	.790
seve4	176.27	182.961	.609	.789
seve5	176.27	182.064	.607	.789
benef1	176.60	184.179	.358	.793
benef2	176.40	186.731	.289	.795
benef3	176.13	188.740	.385	.795
benef4	176.10	189.059	.380	.796
benef5	176.20	187.200	.363	.795
obst1	176.20	193.131	-.015	.803
obst2	176.33	191.885	.021	.803
obst3	176.30	191.803	.027	.803
obst4	176.17	193.799	-.044	.804
obst5	176.87	193.292	-.046	.810
online1	177.07	176.685	.507	.787
online2	176.97	178.654	.606	.786

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
online3	176.90	180.990	.528	.789
online4	176.87	180.809	.496	.789
online5	177.33	173.057	.443	.788
offline1	178.47	185.637	.173	.800
offline2	178.27	181.995	.359	.792
offline3	178.13	182.809	.295	.795
offline4	178.57	180.599	.313	.794
offline5	178.37	183.826	.292	.795
beh1	177.53	192.051	.034	.802
beh2	177.97	194.240	-.066	.808
beh3	177.43	184.461	.320	.794
beh4	177.13	183.706	.437	.792
beh5	177.17	183.109	.354	.793
beh6	178.70	188.424	.095	.803
beh7	179.30	188.631	.109	.802
beh8	179.17	186.626	.192	.798
beh9	178.80	189.683	.102	.801
beh10	178.97	186.861	.247	.796

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำโครงร่างวิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยเก็บตัวอย่างจากกลุ่มสตรีวัยทองที่มารับบริการที่ด้านสูตินารีเวชโรงพยาบาลระนอง ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการร่วมวิจัย

2. ให้สตรีวัยทองตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS Version 21 ในการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้สื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้อัตราภาคขั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อัตราภาคขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนน}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = .80 \end{aligned}$$

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีข้อคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีข้อคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีข้อคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีข้อคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีข้อคิดเห็นหรือมีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบ่งออกเป็น

3.1 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อทดสอบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จะทำการศึกษาถึงลักษณะของความสัมพันธ์ได้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถ่วง (Contingency Coefficient ; C) ซึ่งจะบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ได้ 5 ระดับดังนี้

$C < 0.20$ หมายถึง มีความสัมพันธ์น้อย

$0.21 < C \leq 0.40$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย

$0.41 < C \leq 0.60$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

$0.61 < C \leq 0.80$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ค่อนข้างมาก

$C > 0.80$ หมายถึง มีความสัมพันธ์มาก

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ รายได้ กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

3.4 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรพฤติกรรมการใช้สื่อ ได้แก่ สื่อออนไลน์ และสื่อออฟไลน์ กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ข้อที่ 3.2 – 3.4 ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) โดยค่าความสัมพันธ์มีค่าเป็นบวก แสดงว่า ตัวแปรทั้งคู่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน หากค่าความสัมพันธ์มีค่าเป็นลบ แสดงว่า ตัวแปรทั้งคู่มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน ใช้เกณฑ์ในการแปลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

$r = 0.00 - 0.20$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์

$r = 0.21 - 0.50$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย

$r = 0.51 - 0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

$r = 0.71 - 1.00$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับมาก



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง” เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง โดยศึกษาจากปัจจัย 3 ประการคือ 1. ปัจจัยทางด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ คือ รายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพการสมรส 2. ปัจจัยด้านลักษณะทางจิตวิทยาประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้สื่อทั้งสื่อออนไลน์ และออฟไลน์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยศึกษาในสตรีวัยทอง อายุระหว่าง 45 - 59 ปี สัญชาติไทย อาศัยอยู่จังหวัดระนอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง จำนวน 375 ราย โดยการนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้สื่อ และระดับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยการแจกแจงค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

3.1 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อทดสอบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จะทำการศึกษาถึงลักษณะของความสัมพันธ์ได้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถ่วง (Contingency Coefficient ; C)

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ รายได้ กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

3.4 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรพฤติกรรมการใช้สื่อ ได้แก่ สื่อออนไลน์ และสื่อออฟไลน์ กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

4.1 สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
Sig	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
*	แทน	การมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	การมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.2 ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป ($n = 375$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะร่วม คือ เป็นสตรีวัยทองอายุ 45 – 59 ปี สัญชาติไทย อาศัยอยู่จังหวัดระนอง และเป็นผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลระนอง จำนวน 375 ราย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	41	10.93
ประถมศึกษา	10	2.67
มัธยมต้น	43	11.47
มัธยมปลาย/ปวช.	36	9.60
ปวส./อนุปริญญา	88	23.47
ปริญญาตรี	126	33.60
ปริญญาตรีขึ้นไป	31	8.27
สถานภาพสมรส		
โสด	151	40.27
หม้าย/หย่า/แยก	82	21.87
อยู่ด้วยกัน/สมรส	142	37.87
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	$\bar{X}$	S.D.
	14,697.07	9,745.695

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 375 คน พบว่า

ระดับการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.93 ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.67 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 11.47 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.60 ระดับอนุปริญญาหรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) จำนวน 88 คิดเป็นร้อยละ 23.47 และการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 8.27

สถานภาพการสมรส

จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 375 คน พบว่า มีสถานะโสด 151 คน คิดเป็นร้อยละ 40.27 หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จำนวน 82 คิดเป็นร้อยละ 21.87 และอยู่ในสถานะสมรส หรือมีครอบครัว หรืออยู่ด้วยกัน มีจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 37.87

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 14,697.07 บาท และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9,745.695 บาท

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสภาวะวัยทอง ความรักสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง

แบบสอบถามลักษณะทางจิตวิทยา

ตารางที่ 3 ข้อสรุปแบบสอบถามเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

วัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหรือการปฏิบัติตัวของสตรีวัยทอง (คำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่)

คำถาม	เฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน อ่อนเพลีย เกิดจากการพักผ่อนน้อย	ผิด	9	2.40
	ถูก	366	97.60
2. ต้องกินอาหารที่บำรุงเลือด เพราะวัยทองเป็นวัยที่ไม่มีประจำเดือนแล้ว	ผิด	170	45.33
	ถูก	205	54.67
3. สตรีวัยทองไม่ควรดื่มนม เพราะจะทำให้อ้วน	ผิด	191	50.93
	ถูก	184	49.07
4. การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรปฏิบัติ	ผิด	24	6.40
	ถูก	351	93.60
5. อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ถ้าอาการดีขึ้นแล้ว ไม่จำเป็นต้อง	ผิด	179	47.73

คำถาม	เฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
กินยาต่อ			
	ถูก	196	52.27
6. คนป่วย ไม่ควรหยุดยาเอง ควรให้แพทย์เป็นผู้สั่งให้หยุดกินยา	ผิด	18	4.80
	ถูก	357	95.20
7. เมื่อแพทย์นัดให้มาตรวจครั้งต่อไป ถ้าอาการดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องไปตามนัด	ผิด	78	20.80
	ถูก	297	79.20
8. ถ้ามีโรคประจำตัว ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้ง	ผิด	14	3.73
	ถูก	361	96.27
9. การออกกำลังกาย สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้	ผิด	28	7.47
	ถูก	347	92.53
10. การเลือกรับประทานอาหารตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ จะทำให้อาการของเราดีขึ้น	ผิด	5	1.33
	ถูก	370	98.67
ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย	$\bar{X}$	80.91	
	S.D.	12.676	

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาการหรือการปฏิบัติตัวของสตรีวัยทอง ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.91 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.676 อยู่ในเกณฑ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง เมื่อตรวจสอบรายชื่อ พบว่าข้อที่ตอบถูกมากที่สุดค่า ข้อที่ 10. การเลือกรับประทานอาหารตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ จะทำให้อาการของเราดีขึ้น จำนวน 370 คน คิด

เป็นร้อยละ 98.67 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 3. สตรีวัยทองไม่ควรดื่มนม เพราะจะทำให้
อ้วน จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 49.07

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรักสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพ พฤติกรรมการรับสื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ความรักสุขภาพ	3.04	.700	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	4.40	.567	มากที่สุด
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.27	.608	มากที่สุด
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค	4.29	.561	มากที่สุด
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค	2.74	.345	ปานกลาง
พฤติกรรมการรับสื่อออนไลน์	3.77	.771	มาก
พฤติกรรมการรับสื่อออฟไลน์	2.62	1.150	ปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง	2.98	.467	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า 3 อันดับแรกของค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ อันดับที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง
ต่อการเกิดโรค มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.40 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .567 รองลงมา คือ
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.29 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ
.561 และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.27 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ .608 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรักสุขภาพ

5 คะแนน เท่ากับ ระดับมากที่สุด	หมายถึง ใน 7 วัน ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นทุกครั้ง
4 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก	หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งเหล่านั้น 5 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์
3 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง	หมายถึง ท่านเป็นสิ่งเหล่านั้น 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์
2 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อย	หมายถึง ท่านเป็นสิ่งเหล่านั้น 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
1 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นเลยในหนึ่งสัปดาห์

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ไส้กรอก บะหมี่สำเร็จรูป อาหารกระป๋อง	2.28	1.334	น้อย
2. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	3.05	1.214	ปานกลาง
3. ท่านได้พูดคุยกับเพื่อน หรือ สมาชิกในบ้าน	3.57	1.029	มาก
4. ท่านรับประทานผักหลากหลายชนิดในแต่ละวัน	3.58	1.023	มาก
5. ท่านรับประทานยาทุกครั้งที่คุณรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย	2.18	1.037	น้อย
6. ท่านทำงานอดิเรก เช่น การปลูกต้นไม้ การเล่นกับสัตว์เลี้ยง การอ่านหนังสือ	3.57	1.248	มาก

จากตารางที่ 5 แสดงถึงความรักสุขภาพ จากการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบไปด้วย 6 คำถาม ในระดับ 5 คือ มากที่สุด ไปถึง 1 คือ น้อยที่สุด โดยค่าเฉลี่ยความรักสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มาก ยกเว้น การออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว การยืดกล้ามเนื้อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.05 และมีข้อคำถามที่เป็นข้อความเชิงลบซึ่งใช้ในการคำนวณเชิงลบ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารสำเร็จรูป ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เท่ากับ 2.28 และการรับประทานยาทุกครั้งที่คุณรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เท่ากับ 2.18

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก
 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย
 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค</u>			
1. ถ้าคนในครอบครัวป่วยเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เรามีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้เช่นเดียวกัน	4.37	.813	เห็นด้วยมากที่สุด
2. การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา ทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้	4.38	.660	เห็นด้วยมากที่สุด
3. การรับประทานอาหารรสเค็มจัด/หวานจัด ทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	4.37	.700	เห็นด้วยมากที่สุด
4. ผู้ที่เครียดง่าย มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย	4.43	.701	เห็นด้วยมากที่สุด
5. คนที่ไม่ออกกำลังกายเลย ร่างกายจะไม่แข็งแรง	4.42	.731	เห็นด้วยมากที่สุด
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</u>			
1. การมีประจำเดือนจำนวนมาก เป็นอาการที่รุนแรง	4.29	1.027	เห็นด้วยมากที่สุด
2. ผู้ป่วยทุกราย ถ้าดูแลตนเองไม่ดีจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้	4.27	.703	เห็นด้วยมากที่สุด
3. ผู้ป่วย ควรเคร่งครัดเรื่องการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	4.29	.715	เห็นด้วยมากที่สุด
4. อาการเท้าบวม หน้าบวม เป็นการบ่งบอกว่าร่างกายกำลังป่วย	4.20	.851	เห็นด้วยมาก
5. บุคคลที่มีโรคประจำตัว ไม่ควรสูบบุหรี่ และไม่ควรมีสุรา	4.29	.766	เห็นด้วยมากที่สุด
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค</u>			
1. ถ้าในครอบครัวมีคนป่วย บุคคลในครอบครัว ควรมีส่วน	4.19	.865	เห็นด้วยมาก

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปรผล
ร่วมในการดูแลเรื่องรับประทานยา			
2. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้คุณอาการของโรคได้ดีขึ้น	4.18	.833	เห็นด้วยมาก
3. การไปพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องจำเป็น	4.42	.719	เห็นด้วยมากที่สุด
4. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จะช่วยให้คุณอาการของโรคได้	4.35	.846	เห็นด้วยมากที่สุด
5. ถึงแม้จะมีโรคประจำตัว เราก็ควรไปตรวจสุขภาพประจำปี	4.31	.887	เห็นด้วยมากที่สุด
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค			
1. คนป่วย รับประทานอาหารตามที่แนะนำไม่ได้ เพราะไม่ได้ประกอบอาหารเอง	1.55	.819	เห็นด้วยน้อยที่สุด
2. คนที่ไม่สามารถออกกำลังกายเพราะไม่มีเวลา	1.84	1.084	เห็นด้วยน้อย
3. ผู้ป่วยที่ไม่ได้กินยาอย่างสม่ำเสมอเพราะลืมกินหรือไม่มีคนจัดยาให้	4.06	1.058	เห็นด้วยมาก
4. การกินข้าวนอกบ้านทำให้ไม่สามารถคุมปริมาณอาหารได้	4.28	.963	เห็นด้วยมากที่สุด
5. การรับประทานผลไม้ให้อร่อย ต้องจิ้มพริกกับเกลือ	1.95	1.232	เห็นด้วยน้อย

จากตารางที่ 6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบไปด้วย 20 คำถาม ใน 4 หัวข้อ หัวข้อละ 5 คำถาม ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค แบ่งเป็น 5 ระดับคือ มากที่สุด(5) ไปถึงน้อยที่สุด(1) ค่าเฉลี่ยของกลุ่มคำถามทั้ง 4 หัวข้อส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มากถึงมากที่สุด มีเพียงการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรคที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต่างกัน โดยมีข้อสังเกต คือ ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยน้อยที่สุดกับข้อที่ 1 คนป่วยรับประทานอาหารตามที่แนะนำไม่ได้ เพราะไม่ได้ประกอบอาหารเอง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.55 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .819

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
สื่อออนไลน์			
1. ท่านได้ค้นหาความรู้เรื่องสุขภาพที่ท่านสนใจจากเว็บไซต์ ต่าง ๆ	3.93	1.047	เห็นด้วยมาก
2. ท่านศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพต่าง ๆ จากเฟซบุ๊ก	3.83	.841	เห็นด้วยมาก
3. ท่านเปิดอ่านไลน์ข้อความเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ	3.71	.842	เห็นด้วยมาก
4. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจากแอปพลิเคชัน ใน โทรศัพท์มือถือ	3.82	.904	เห็นด้วยมาก
5. ท่านเปิดดูตึกตอกเกี่ยวกับเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ	3.57	1.368	เห็นด้วยมาก
สื่อออฟไลน์			
1. ท่านศึกษาความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ จากหนังสือ	2.79	1.444	เห็นด้วยปานกลาง
2. ท่านรับฟังความรู้เรื่องสุขภาพจากเสียงตามสาย/หอ กระจายข่าว	2.54	1.381	เห็นด้วยน้อย
3. ท่านฟังวิทยุการโฆษณาการรักษาโรคต่าง ๆ	2.54	1.334	เห็นด้วยน้อย
4. ท่านศึกษาหาความรู้เรื่องสุขภาพจากเอกสารแผ่นพับ	2.49	1.448	เห็นด้วยน้อย
5. เพื่อนบ้าน/บุคคลในครอบครัว พูดคุยกันเรื่องสุขภาพ	2.76	1.191	เห็นด้วยปานกลาง

จากตารางที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อ จากการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ประกอบไปด้วย 10 คำถาม ใน 2 หัวข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ และ
ออฟไลน์ แบ่งเป็น 5 ระดับคือ มากที่สุด(5) ไปถึงน้อยที่สุด(1) พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สื่อ
ออนไลน์อยู่ในระดับมาก ขณะที่การใช้สื่อออฟไลน์อยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
1. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ๆ	3.58	.974	เห็นด้วยมาก
2. ท่านปฏิบัติตามหลักการ New Normal	3.25	1.099	เห็นด้วยมาก
3. ท่านรับประทานอาหารแกงกะทิ อาหารทอด	2.58	1.069	เห็นด้วยน้อย
4. ท่านรับประทานของหวาน ขนม หรือผลไม้รสหวาน จัด	2.33	.977	เห็นด้วยน้อย
5. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน	2.36	1.052	เห็นด้วยน้อย
6. ท่านออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที	2.52	1.374	เห็นด้วยน้อย
7. ท่านไม่สูบบุหรี่	4.18	1.379	เห็นด้วยมาก
8. ท่านไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.15	1.236	เห็นด้วยมาก
9. ท่านได้ร่วม/ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด	2.32	1.186	เห็นด้วยน้อย
10. ท่านนอนหลับไม่น้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง	2.51	1.221	เห็นด้วยน้อย

จากตารางที่ 8 พฤติกรรมสุขภาพ สื่อ จากการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบไปด้วย 10 คำถามพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในการรับประทานอาหารปรุงสุก ทว่าในกลุ่มข้อคำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที การร่วมกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย และการนอนหลับไม่น้อยกว่า 6 ชม. ต่อวัน ซึ่งเป็นกลุ่มข้อคำถามเชิงบวก นอกจากนี้ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ คือ การรับประทานอาหารแกงกะทิ อาหารทอด และการดื่มน้ำหวาน (คำถามกลุ่มพฤติกรรมการบริโภค) พบว่ากลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ดังที่แสดงในตารางที่ 9 - 10

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อทดสอบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จะทำการศึกษาถึงลักษณะของความสัมพันธ์ได้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถ่วง (Contingency Coefficient ; C)

ตารางที่ 9 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรระดับการศึกษา กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติ Chi-square

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	88.297 ^a	12	.000
Likelihood Ratio	101.437	12	.000
Linear-by-Linear Association	5.444	1	.020
N of Valid Cases	375		

a. 5 cells (23.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.23.

จากตารางที่ 9 พบว่า ความถี่และผลการทดสอบ Chi-Square ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา และ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง สามารถสรุปได้ดังนี้ ค่า Pearson Chi-Square = 88.297 และค่า p-value (Asymptotic Significance 2-sided) = .000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ .05 ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรระดับการศึกษา และ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

ตารางที่ 10 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรสถานภาพสมรส กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติ Chi-square

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	39.445 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	48.110	4	.000
Linear-by-Linear Association	14.501	1	.000
N of Valid Cases	375		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.06.

จากตารางที่ 10 พบว่า ความถี่และผลการทดสอบ Chi-Square ระหว่างตัวแปรสถานภาพสมรส กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง สามารถสรุปได้ดังนี้ ค่า Pearson Chi-Square = 39.445, Likelihood Ratio = 48.110 และ Linear-by-Linear Association = 14.501 ซึ่งทุกค่ามี p-value = .000 (น้อยกว่าระดับนัยสำคัญ .05) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า สถานภาพสมรส กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ รายได้ กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรพฤติกรรมการใช้สื่อ ได้แก่ สื่อออนไลน์ และสื่อออฟไลน์ กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ รายได้ ตัวแปรลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรพฤติกรรมการใช้สื่อ ได้แก่ สื่อออนไลน์ และสื่อออฟไลน์ กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ตัวแปร	พฤติกรรมตนเอง ของสตรีวัยทอง		
	r	ระดับ	P- value
รายได้	.634**	ปานกลาง (+)	.000
ความรอบรู้เรื่องสตรีวัยทอง	-.278**	น้อย (-)	.000
ความรักสุขภาพ	.479**	ปานกลาง (+)	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.053	ไม่มีความสัมพันธ์ (+)	.303
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	-.015	ไม่มีความสัมพันธ์ (-)	.772
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค	-.053	ไม่มีความสัมพันธ์ (-)	.309
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค	.320*	น้อย (+)	.000
พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์	-.329**	น้อย (-)	.000
พฤติกรรมการใช้สื่อออฟไลน์	.170**	น้อย (+)	.001

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ รายได้ ตัวแปรลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรพฤติกรรมการใช้สื่อ ได้แก่ สื่อออนไลน์ และสื่อออฟไลน์ กับ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่า

สรุปผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง ดังนี้

1. รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .634$) กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่ารายได้ที่สูงขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ความรอบรู้เรื่องสตรียัยทอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = -.278$) กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 แสดงว่าความรอบรู้เรื่องสตรียัยทองมาก แต่ไม่ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่สอดคล้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ

3. ความรักสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .479$) กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 แสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย

4. การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($r = .320$) กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 แสดงว่าการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรคที่ดีขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย

5. สื่อออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.329$) กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 แสดงว่าการใช้สื่อออนไลน์มากอาจส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพแย่ลงเล็กน้อย

6. สื่อออฟไลน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .170$) กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 แสดงว่าการรับข้อมูลจากสื่อออฟไลน์อาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้บ้าง

ตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์กับ ความรัก สุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการ ควบคุมโรค และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง จังหวัดระนอง โดยเป็นการศึกษาร่วมกับปัจจัยอิทธิพลของสื่อที่มีต่อองค์ความรู้ และพฤติกรรม สุขภาพ เพื่อศึกษาว่าอิทธิพลของสื่อมีผลต่อพฤติกรรมโดยเฉพาะในด้านสุขภาพจริงหรือไม่ ซึ่ง การศึกษานี้มีขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจรวมไปถึงการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่ประโยชน์ตั้งแต่ระดับครอบครัวชุมชน จนถึงระดับประเทศ

การดำเนินการวิจัยในงานศึกษานี้ใช้การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยงานวิจัยชิ้นนี้ใช้วิธีการเก็บตัวอย่างแบบ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-probability Sampling) เป็นการเก็บข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือก เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากคุณลักษณะที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน คือ เป็นสตรีในจังหวัดระนอง ที่มี อายุตั้งแต่ 45-59 ปี และที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลจังหวัดระนอง โดยคำถามประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ลักษณะปลายปิด แบบ หลายคำตอบให้เลือก จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในวัยทอง เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับ อาการและการปฏิบัติตัวของสตรีวัยทอง มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบ 2 ตัวเลือก (ใช่หรือ ไม่ใช่) จำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมี 10 คะแนน เพื่อวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพหรือข้อปฏิบัติของ สตรีวัยทอง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ มีลักษณะเป็นข้อคำถาม ปลายปิด โดยมีการแบ่งระดับค่าเฉลี่ยความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งในกลุ่มคำถามนี้จะประกอบ ไปด้วยคำถามเชิงบวก และเชิงลบ รวมทั้งแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบสอบถามนี้ มีเพื่อสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบสอบถาม โดยผลลัพธ์ของแบบสอบถามนี้ เป็นตัวแปรใน การหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และอิทธิพลของสื่อต่อพฤติกรรม สุขภาพ โดยมีผลลัพธ์เป็นกลุ่มความสัมพันธ์เชิงบวก และเชิงลบ กลุ่มความสัมพันธ์เชิงบวก คือ ปัจจัย ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ของวัยทอง และกลุ่มความสัมพันธ์เชิงลบ คือ ปริมาณของ

ตัวแปรที่มีลักษณะเชิงบวก แต่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยของคำถามแต่ละข้อได้ถูกกำหนดความสอดคล้องระหว่าง คำถาม ระดับ และคะแนน ไว้ในบทที่ 3

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อ โดยแบ่งออกเป็นสื่อ 2 ประเภท คือ สื่อออนไลน์ และสื่อออฟไลน์ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลอย่างไร ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบสอบถาม โดยผลลัพธ์ของแบบสอบถามมีขึ้นเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของสื่อ ต่อแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม ว่าสื่อมีอิทธิพลหรือไม่

5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลในแบบสอบถามทั้งหมด มีที่มาจากประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือสตรีวัยทองที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ปี 2564 จำนวน 14,908 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 375 คน โดยเก็บข้อมูลในทางกายภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์พร้อมลงรหัส และทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าระดับ ใช้สถิติ Chi-square เพื่อทดสอบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จะทำการศึกษาถึงลักษณะของความสัมพันธ์ได้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถ่วง (Contingency Coefficient ; C) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) โดย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะถูกแทนค่าด้วย “r” ซึ่งใช้ไว้แสดงถึงขนาดของความสัมพันธ์และทิศทาง ของความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรที่วัดด้วยจำนวนจริง โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะมีค่า ระหว่าง -1 และ +1 โดย -1 หมายถึงการที่ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในทางลบแบบสมบูรณ์ 0 หมายถึงตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเลย และ +1 หมายถึงตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทางบวกแบบสมบูรณ์ การที่ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในทางบวก หมายถึงเมื่อตัวแปรหนึ่งขึ้นหรือลดลงอีกตัวแปรก็มีทิศทางขึ้นหรือลดลงในทางเดียวกัน ในขณะที่การที่ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในทางลบนั้น หมายถึง เมื่อตัวแปรตัวหนึ่งเพิ่มขึ้นอีกตัวแปรมีทิศทางในทางตรงกันข้ามคือลดลง (Data Investigator Team, 2566)

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้สื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้อัตราภาคขั้น

5.3 สรุปผลการศึกษา

ตามที่ได้วิเคราะห์ผลข้อมูลการวิจัยในบทที่ 5 เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง" สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทอง อายุ 45 - 59 ปี จำนวน 375 คน ที่เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระนอง พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 33.60 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีสถานภาพโสดร้อยละ 40.27 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 14,697.07 บาท
2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกคิดเป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ย 80.91 โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือการเลือกรับประทานอาหารตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำจะทำให้อาการดีขึ้น ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ สตรีวัยทองไม่ควรดื่มนมเพราะจะทำให้อ้วน
3. ความรักสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการรับสื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า
 - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมากที่สุด
 - ความรักสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลาง
 - พฤติกรรมการรับสื่อออนไลน์ อยู่ในระดับมาก ส่วนสื่อออฟไลน์อยู่ในระดับปานกลาง
 - พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า
 - ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 - รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ แสดงว่ารายได้สูงขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น
5. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตวิทยากับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า
 - ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ดีทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น
 - ส่วนความรักสุขภาพเรื่องสตรีวัยทองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรม

สุขภาพ

- การรับรู้อุปสรรคต่อการควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมสุขภาพ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับสื่อกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

- สื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ แสดงว่าใช้สื่อออนไลน์มากอาจทำให้พฤติกรรมสุขภาพแย่ลงเล็กน้อย

- สื่อออฟไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ แสดงว่าการรับข้อมูลจากสื่อออฟไลน์อาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้บ้าง

โดยสรุป รายได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการใช้สื่อ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง ดังนั้นการส่งเสริมรายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และใช้สื่อให้ข้อมูลที่เหมาะสม น่าจะช่วยส่งเสริมให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเปิดรับสื่อสุขภาพของสตรีวัยทองจังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้สรุปผลการถึงความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของสตรีวัยทอง
ลักษณะทางประชากรศาสตร์	
1. ระดับการศึกษา	✓
2. สถานภาพสมรส	✓
3. รายได้	✓
ลักษณะทางจิตวิทยา	
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาการหรือการปฏิบัติตัวของสตรีวัยทอง	✓
5. ความรักสุขภาพ	✓
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	
6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	-

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 7. การรับรู้ความรุนแรงของโรค | - |
| 8. การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค | - |
| 9. การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค | ✓ |

พฤติกรรมการใช้สื่อ

- | | |
|------------------------|---|
| 10. พฤติกรรมการใช้สื่อ | ✓ |
| 11. พฤติกรรมสุขภาพ | ✓ |

✓ = มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยทอง

จากตารางสรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองของสตรีวัยทอง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของสตรีวัยทองอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่

1. ด้านลักษณะประชากรศาสตร์ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของสตรีวัยทอง
2. ด้านลักษณะจิตวิทยา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสภาวะวัยทอง และความรักสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตัวเอง
3. ในส่วนของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ พบว่าเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตัวเอง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตัวเอง
4. พฤติกรรมการใช้สื่อ ทั้งสื่อออนไลน์และสื่อออฟไลน์ ต่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของสตรีวัยทอง

โดยสรุป ปัจจัยด้านลักษณะประชากรศาสตร์ ลักษณะจิตวิทยาบางประการ ความเชื่อเรื่องประโยชน์ของการควบคุมโรค และพฤติกรรมการใช้สื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของสตรีวัยทอง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้น่าจะมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของสตรีวัยทอง

5.4 อภิปรายผล

จากการค้นพบของงานวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเปิดรับสื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง จังหวัดระนอง สามารถสรุปประเด็นสำคัญ เพื่ออภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยด้านการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีจำนวนร้อยละ 33.60 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือหากนับรวมผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นขึ้นไปซึ่งเป็นระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนมากถึงร้อยละ 86.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง(ตารางที่ 8)แล้วนั้น อาจกล่าวได้ว่าการมีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานนั้นเพียงพอแล้วต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับปานกลาง โดยข้อสรุปของงานการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Viju Raghupathi and Wullianallur Raghupathi (2020) เรื่อง The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015 ข้อสรุปของงานศึกษาดังกล่าวได้เสนอถึงความสอดคล้องของระดับการศึกษา กับระดับของพฤติกรรมสุขภาพ ว่าของระดับการศึกษายิ่งสูงขึ้น ยิ่งส่งผลต่อสุขภาพ (Viju Raghupathi & Wullianallur Raghupathi, 2020, p. 9) นอกจากนี้ Viju และ Wullianallur ยังได้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านรายได้ก็มีความสัมพันธ์กับการศึกษา และสุขภาพด้วย รวมทั้งบทบาทของรัฐในการขยายบริการทางสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้นมีความสำคัญกับสุขภาพของประชากรมากเช่นกัน (Viju Raghupathi & Wullianallur Raghupathi, 2020, p. 15) โดยข้อสรุปของงานนี้ได้นำไปสู่ตัวแปรต่อไปที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ คือ รายได้

สำหรับปัจจัยด้านรายได้ จากผลการศึกษาชี้ถึงความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง(ตารางที่ 11) แสดงให้เห็นว่ารายได้ที่สูงขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น จากการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 61.6 มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ซึ่งถือว่ามียาได้ต่อหัวสูงกว่าค่าเฉลี่ย รายได้ต่อหัวในจังหวัดระนอง ซึ่งจากการสำรวจพบว่าในปี 2564 จังหวัดระนองมียาได้ต่อหัวเฉลี่ยอยู่ที่ 7,664 บาทต่อเดือน หรือ91,974 บาทต่อปี(Thai PBS, 2567) สอดคล้องกันกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ว่าความสามารถในการใช้บริการระบบสาธารณสุข มีปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวแปรสำคัญ โดยปัจจัยด้านรายได้มีผลอย่างมากต่อความสามารถในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali และ Ali (2020) ที่พบว่ารายได้ในครัวเรือนที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ให้ความสำคัญด้านสุขภาพสูง จะมีแนวโน้มใช้จ่ายเพื่อสินค้าที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น และงานวิจัยของ Svendsen et al. (2020) ที่พบว่ากลุ่มที่ขาดการศึกษาและมีรายได้ต่ำจะมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์ ขาดความตระหนักต่อความร้ายแรงของโรค และการสื่อสารกับแพทย์ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ารายได้และการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าถึงความรู้และบริการด้านสุขภาพ

นอกจากนั้น การศึกษาของกมลพร สิทธิ (2554) เรื่อง การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้บริการ หลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อย มีข้อสรุปที่สอดคล้องกัน คือ ด้วยลักษณะของการกระจายข่าวสารข้อมูลในปัจจุบันทำให้ระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีสูงขึ้น แต่ระดับความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับระดับของรายได้แต่ละบุคคล ซึ่งรายได้นี้มักมีความสัมพันธ์กับระดับของการศึกษา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Kippersluis and Galama (2014) เรื่อง Wealth and Health Behavior: Testing the Concept of a Health Cost งานนี้ได้ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีข้อสรุปว่าบุคคลที่มั่งคั่งมีแนวโน้มในการดำเนินการพฤติกรรมสุขภาพด้านลบน้อย (ในงานศึกษากล่าวถึงการดื่มสุราและสูบบุหรี่) (Kippersluis & Galama, 2014, p. 26) นอกจากงานศึกษาทั้งสอง ยังมีงานการศึกษาที่สำรวจพฤติกรรมการบริโภคทั่วไปเกี่ยวกับสินค้าอุปโภคบริโภคด้านสุขภาพ เช่น การสำรวจของ Rutgers University พบว่ากลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้สูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่เล็กน้อย และมากกว่าถึง 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สูบบุหรี่จัด (Rutgers, 2006) จากการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวถึงและผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้ยืนยันความเชื่อมโยงระหว่างรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกตามสมมติฐาน

ทั้งข้อสรุปของงานศึกษานี้ และงานศึกษาอื่น ๆ ที่มีปัจจัยใกล้เคียงกัน ทุกงานต่างพบความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา และรายได้ซึ่งส่งผลกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะงานของ กมลพร สิทธิ ที่ชี้ให้เห็นการกระจายตัวเป็นวงกว้างของข้อมูลสุขภาพ แต่ความสามารถในการปฏิบัตินั้นแตกต่างกันไปตามระดับของรายได้ ข้อสรุปเช่นนี้สามารถอธิบายอย่างง่ายว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวชี้วัดรายได้ที่มีความสัมพันธ์ และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตามงานศึกษานี้ได้อธิบายในขั้นต้นแล้วว่าระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานนั้นเพียงพอต่อการมีความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพราะฉะนั้นปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุด จึงเป็นปัจจัยด้านรายได้ เนื่องจากผู้วิจัยได้กล่าวในส่วนบทที่ 2 ของการศึกษา ถึงประเด็นปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำทางโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยมีปัจจัยเรื่องความครอบคลุมของระบบสาธารณสุข และอัตราค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขที่ทำให้ผู้ที่ต้องการใช้บริการ เลือกที่จะไม่ใช้บริการ

ในด้านสถานภาพการสมรส กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดมีสถานภาพโสดถึงร้อยละ 40.27 โดยกลุ่มที่เหลือเป็นกลุ่มที่อยู่ในสถานะแต่งงานที่ร้อยละ 37.87 และหย่าร้างที่ 21.87 โดยข้อสรุปจากการสำรวจข้อมูลชี้ถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยที่ตั้งคำถามในลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น งานของ Hilz และ Wagner (2018) ที่สำรวจพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่ไม่แต่งงาน หย่าร้าง และกลุ่มที่มีคู่สมรส ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (Hilz & Wagner, 2018, p. 74) และเป็นการตั้งคำถามไปที่รูปแบบและพฤติกรรมสุขภาพ โดยทุกกลุ่มมีแนวโน้มที่จะใช้บริการด้านสาธารณสุขน้อยกว่ากลุ่มที่มีคู่สมรส ในความหมายนี้คือคู่สมรสมีแนวโน้มที่จะตรวจสุขภาพบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งนับเป็นการใช้บริการสาธารณสุข ในขณะที่บุคคลที่มีสถานภาพโสด อาจจะละเลยการตรวจสุขภาพ และจะมีการใช้บริการสาธารณสุขเมื่อประสบกับอาการผิดปกติที่ชัดเจน หรือมีความรุนแรง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป บุคคลที่ยังไม่ได้แต่งงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ไม่ได้อยู่ในสถานภาพสมรส มีความเสี่ยงที่จะไม่ได้ออกกำลังกายมากกว่าคู่ครองที่แต่งงานแล้ว โดยงานของ Hilz และ Wagner นั้น ดำเนินการวิจัยในสภาวะปัจจัยที่ใกล้เคียงกับงานของผู้วิจัยมาก โดยเฉพาะการตั้งเงื่อนไขถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ถึงแม้จะมีได้กำหนดลักษณะอย่างแคบเป็นกลุ่มสตรีวัยทอง แต่โดยเงื่อนไขทางอายุที่ใกล้เคียงกัน รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายของการศึกษา อย่างไรก็ตามงานศึกษาของ Umberson (1992) ได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างของผลกระทบดังกล่าวต่อพฤติกรรมสุขภาพ ไปจนถึงสุขภาพจริงระหว่างเพศชาย และเพศหญิง Umberson ได้นำเสนอข้อมูลของเขาว่าเพศชายได้ประโยชน์เชิงสุขภาพจากการแต่งงาน มากกว่าผู้ชายที่ไม่แต่งงาน โดยผู้ชายที่แต่งงานมักจะมีอายุยืนยาวกว่าถึง 10-12 ปี (Umberson, 1992, p. 907) ขณะที่เพศหญิงนั้นไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยยะ Umberson ได้ตั้งข้อสังเกตที่ความเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมนี้ เกิดจากการกำหนดบทบาทของเพศในสังคม โดยในเชิงชนบทเดิม เพศหญิงถูกกำหนดให้เป็นแม่บ้านที่มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยในครัวเรือน ซึ่งมีหน้าที่ดูแลสุขภาพรวมถึงความเป็นอยู่ของสมาชิกในบ้าน (สามีและลูก) (Umberson, 1992, pp. 912, 914) ด้วยข้อสรุปของงาน Umberson ทำให้งานของ Hilz และ Wagner ถูกตั้งคำถามถึงข้อสรุปในงานศึกษาด้วยความเป็นกลางของปัจจัยในกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามงานศึกษานี้ได้ผลสรุปสอดคล้องกันกับงาน Hilz และ Wagner ถึงผลกระทบต่อพฤติกรรมอันมีเงื่อนไขจากสถานภาพการสมรส และงานของ Umberson เองก็ให้ข้อมูลในลักษณะที่เพศหญิงเองก็ได้รับอิทธิพลด้านพฤติกรรมสุขภาพจากสถานภาพการสมรส รวมทั้งผลกระทบด้านสุขภาพทางลบที่เกิดขึ้นหลังการหย่าร้างด้วย (Umberson, 1992, p. 914) โดยผลเชิงบวกของสถานภาพการสมรส อาจมาในฐานะปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เข้าร่วมกับคู่สมรส ทำให้มีความมั่นคงทางรายได้มากขึ้น แต่ขณะเดียวกันอาจหมายถึงค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของสมาชิกในครอบครัว โดยในส่วนนี้ จำเป็นที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

เมื่อเทียบกับปัจจัยการศึกษาและรายได้ สถานภาพการสมรส ถือว่าเป็นปัจจัยที่ต้องระมัดระวัง ตัวอย่างงานของ Hiltz และ Wagner ที่ชี้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงเชิงบวก แต่ในขณะเดียวกันงานของ Umberson ที่ใช้ข้อมูลอย่างระมัดระวังมากขึ้น กับนำเสนอข้อมูลที่ใกล้เคียงกันในแบบที่ต่างกันได้ กล่าวคือ เพียงแยกผลลัพธ์การศึกษาออกเป็นเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลชุดเดียวกันได้นำไปสู่ผลที่ต่างกันอย่างยิ่ง ซึ่งในกรณีของงานศึกษาของผู้วิจัยชิ้นนี้ ได้ผลลัพธ์สอดคล้องกับงานของ Umberson ที่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมสุขภาพของสตรีในระดับที่มีนัยยะ กลับเป็นเพศชายที่ได้รับประโยชน์ในเชิงพฤติกรรมสุขภาพจากสถานะนี้ นอกจากนี้การทำความเข้าใจประโยชน์ของสถานภาพการสมรส ยังต้องทำการวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นเรื่องปัจจัยเชิงรายได้ กล่าวคือ การอยู่ในสถานะสมรส อาจส่งผลบวกหรือลบทางเศรษฐกิจ จนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นี่จึงเป็นสาเหตุหลักที่สถานภาพการสมรสไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยยะ และหากส่งผลยังจำเป็นที่ต้องแยกปัจจัยศึกษาออกจากกัน รวมทั้งอธิบายว่าส่งผลอย่างไรเพิ่มเติมอีก ต่างกับระดับการศึกษา กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ให้ผลสอดคล้องกัน และมีคำอธิบายอย่างตรงไปตรงมาต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ในส่วนของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย หมายถึงความไม่สอดคล้องของระดับความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ ความไม่สอดคล้องนั้นคือระดับความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ที่ระดับสูงของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยคิดเป็นร้อยละ 80.91 อย่างไรก็ตามดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ กลับไม่สอดคล้องกับระดับของพฤติกรรมสุขภาพที่ควรจะต้องสูงตาม ซึ่งเป็นข้อสรุปที่ขัดแย้งกับงานศึกษา หลาย ๆ งานศึกษาที่ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่นงานของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ที่รายงานว่าระดับความรู้ระดับพอใช้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพ 3๐ 2๘ ระดับพอใช้ เนื่องจากงานของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ มีกลุ่มอายุของผู้ตอบแบบสอบถามที่กว้างอย่างมาก โดยกำหนดที่อายุ 15-59 และคณะ ปัจจัยด้านอายุที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าย่อมทำได้ง่ายกว่า ซึ่งงานศึกษานี้ศึกษาที่กลุ่มเพศหญิงอายุ 45-59 ปี ในส่วนของงานวิจัยอื่น ๆ ที่ให้ข้อสรุปที่สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ เช่น งานของ กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2023) ได้ให้ข้อสรุปที่สอดคล้องกับงานศึกษานี้ กล่าวคือ ความไม่สอดคล้องระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ ซึ่งตามสมมติฐานนั้นควรสอดคล้องกันหรืองานของ Gabreilla Nagy-Penzes et al (2020) ซึ่งถึงแม้จะมีการกำหนดปัจจัยด้านการศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างต่างกัน แต่ผลการศึกษานั้นสอดคล้องกัน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีหรือสูง มิได้สะท้อนว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะดีด้วย ต่อมาในงานนงลักษณ์ แก้วทอง และคณะ

(2557) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นั้นอยู่ที่ระดับความรู้ด้านสุขภาพดี แต่ระดับพฤติกรรมพอใช้เท่านั้น รวมทั้งงานของ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2561) โดยชัดเจนว่าเน้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูง แต่พฤติกรรมสุขภาพมิได้สูงตาม คือ อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น รวมทั้งงานของภาวิณี มนตรี (2557) ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย โดยสรุปในภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ความรักสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์เชิงบวก กล่าวคือความรักสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยงานศึกษาที่สอดคล้องกับงานศึกษานี้ คือ งานของ Nam Hyun Cha (2020) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างการรณรงค์ส่งเสริมปัจจัยที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ กับความรักสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้มีความต่างกันไปตามกลุ่มอายุของผู้ตอบสอบถาม กล่าวคือในกลุ่มที่มีอายุน้อยมักจะได้รับอิทธิพลจากการรณรงค์เพื่อสุขภาพมากกว่า แต่ในส่วนของกลุ่มอายุที่ใกล้เคียงกับงานศึกษานี้ คือ ความรักสุขภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า กล่าวโดยสรุปความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เป็นตัวกำหนดว่าระหว่างการรณรงค์สุขภาพ กับความรักสุขภาพ ด้านใดจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่ากัน โดยเฉพาะในปัจจัยด้านอายุ ซึ่งจะเชื่อมโยงไปถึงประเด็นเรื่องแบบแผนความด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ อันจะกล่าวถึงในส่วนถัดไป

ในการอภิปรายผลของการวิจัยนี้ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ามีเพียงการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรคที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviour) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการควบคุมโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ระบุว่า การรับรู้ต่อความเสี่ยงของโรคและการประเมินถึงความรุนแรง เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตอบสนองต่อความเสี่ยงนั้น รวมถึงประเมินประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมที่ใช้ตอบสนอง (Abraham & Sheeran, 2007) ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงยังไม่สอดคล้องกับแนวคิด HBM เท่าที่ควร อย่างไรก็ตามเมื่ออ้างอิงงานวิจัยอื่น เช่น งานวิจัยของ Maryam Saghaei-Asl et al. (2020) ที่ชี้ถึงผลลัพธ์อันน่าพอใจของการผลักดันการศึกษาด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างของงานดังกล่าวมีความแตกต่างกัน รวมทั้งงานของชุดิมา สร้อยนาค (2561) ที่ได้นำเรื่อง HBM ในประเด็นพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยส่วนการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ สำหรับส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยยะสำคัญ ซึ่งงาน

ทั้งสองนี้มีความปัจจัยที่ต่างกับงานวิจัยนี้ คือ ปัจจัยเรื่องอายุโดยงานของ Maryam Saghafi-Asl et al และงานของซุติมา สร้อยนาค กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่อายุของวัยเรียนในระดับอุดมศึกษา และ 20-29 ปีตามลำดับ สำหรับงานศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ คือ งานของชินกมล สิทธิยอติย (2565) ที่ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน นั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยงานศึกษานี้มีการกำหนดปัจจัยการศึกษาที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ คือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี และกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 63.61 รวมทั้งมีปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ คือ จบการศึกษาในระดับมัธยมที่ 54.54 ซึ่งแตกต่างเพียงปัจจัยเดียว คือ ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรสที่ร้อยละ 72.7 รวมทั้งงาน Paulina et al. (2022) ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันความดันโลหิตสูง ในชุมชนมาเลเซีย Wahyu et al. (2022) การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นหญิง สรุปได้ว่าในส่วนของงานที่ให้ผลการศึกษาต่างกันมักมีปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ต่างกัน เช่น กลุ่มอายุ และการคละเพศ สำหรับกลุ่มงานที่ให้ผลการศึกษาสอดคล้องกันมักมีปัจจัยด้านประชากรศาสตร์สอดคล้องกัน คือ มีกลุ่มอายุ และเพศเดียวกันกับงานศึกษา

สำหรับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการใช้สื่อพบว่า สื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่สื่อออฟไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อออนไลน์มากอาจส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพแย่ลงเล็กน้อย ในขณะที่การรับข้อมูลจากสื่อออฟไลน์อาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้บ้าง อย่างไรก็ตาม งานศึกษาของ กมลพร สิทธิ (2554), รวิ แก้วสุกใส และชัยรัตน์ จุสปาโล (2556) และ อิริยาพร อุดทา และอริชัย อรรถอุดม (2560) ต่างสรุปตรงกันว่า การสื่อสารผ่านสื่อใหม่อย่างโซเชียลมีเดีย มีผลเชิงบวกต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเข้าถึงง่าย แต่ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของแต่ละบุคคลอาจไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างช่วงวัย รายได้ และการศึกษา สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่ให้ผลลัพธ์ที่น่าสนใจ คือ ปริมาณการรับสื่อออนไลน์จำนวนมากของผู้ตอบแบบสอบถามไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาอีกประการ คือ ความสามารถในการจำแนกและวิเคราะห์สารที่ได้รับจากสื่อออนไลน์ จากงานศึกษาของ Greenwood (2019) ข้อเสนอแนะขั้นต้นของ Greenwood ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมเชิงบวกจากสื่อสุขภาพ ซึ่ง Greenwood ระบุว่างานศึกษาจำนวนมากได้ศึกษาบนพื้นฐานว่า การต่อสูระหว่างความไม่รู้ด้านสุขภาพ สัมพันธ์โดยตรงกับการสื่อสารด้านสุขภาพไปที่บุคคล โดยมีสมมติฐานว่าข้อมูลด้านสุขภาพอันเป็นข้อเท็จจริงจะเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ อย่างไรก็ตาม Greenwood กล่าวว่าสมมติฐานเช่นนี้ไม่จริงเสมอไป โดยความสามารถในการรับ

จำแนก และคัดกรองสื่อ ทำให้ทักษะด้านความรู้เท่าทันสื่อดีขึ้น แต่อาจไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ส่วนข้างต้นที่ได้อภิปรายสรุปไป ถือเป็นส่วนที่มีความสำคัญ เพราะหากอ้างอิงจากความคาดหวังที่มีต่องานวิจัยนี้ กล่าวคือการสร้างความตระหนักทางสุขภาพผ่านสื่อ เพื่อส่งเสริมให้สาธารณสุขเชิงป้องกันมีความเข้มแข็ง แต่ข้อสรุปจากงานวิจัยนี้ ร่วมกับการสนับสนุนของงานวิจัยอื่น ๆ ได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าอิทธิพลของสื่อ หรือกระทั่งความสามารถในการรับ และคัดกรองสื่อ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sztramko et al. (2019) ที่รับสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง มีผลเพียงเล็กน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพ

โดยสรุปการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารายได้ การศึกษา สถานภาพการสมรส ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรักสุขภาพ และการใช้สื่อ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง ดังนั้นการส่งเสริมรายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และใช้สื่อให้ข้อมูลที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ แต่ในเงื่อนไขที่มีประเด็นเรื่องรายได้ กับความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยหลัก ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังพบความไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพบางประการ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพด้านลบที่ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษานี้ มาจากพฤติกรรมการบริโภคของผู้ตอบแบบสอบถาม ตั้งแต่ การทานผลไม้จิ้มพริกเกลือ แกงกะทิ อาหารทอด ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด สุกดิบหรี ดื่มสุรา นอกจากเรื่องพฤติกรรมการบริโภค ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านบวก คือ การออกกำลังกายครั้งละ 30 เป็นประจำ การดำเนินกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดในระดับต่ำ และมีค่าเฉลี่ยการนอน 6 ชม. เป็นอย่างน้อยที่ต่ำ ข้อมูลเหล่านี้ทำให้การกำหนดเป้าหมายด้านการประชาสัมพันธ์สามารถทำได้แคบลง โดยการรณรงค์เพื่อสุขภาพสามารถมุ่งไปที่การรณรงค์เพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพ รวมทั้งบทบาทของภาครัฐในการอำนวยความสะดวกให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมของสตรีวัยทอง เช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน โดยทำเป็นประจำจนทำให้สิ่งนี้เป็นกิจวัตรของชุมชนในระยะยาว

ในประเทศไทยมีความพยายามอย่างมากในการวางรูปแบบระบบสาธารณสุขให้เป็นแบบ เวชศาสตร์ป้องกัน (Preventive healthcare) โดยเชื่อว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่าย สร้างเสริมสุขภาพของประชากรในระยะยาวได้ อย่างไรก็ตามความพยายามส่งเสริมเวชศาสตร์ป้องกันนั้นเป็นไปได้ยาก หากประชากรขาดศักยภาพด้านเศรษฐกิจในการดำเนินตามแบบแผนสุขภาพที่รัฐพยายามออกแบบ อย่างไรก็ตามบทบาทของการใช้สื่อเพื่อสร้างเสริมแบบแผนทางสุขภาพนั้นยังคงจำเป็น เพราะในที่สุดแล้วการส่งเสริมพฤติกรรมอันพึงประสงค์ด้านสุขภาพ ย่อมส่งผลดีในระยะยาว ไปพร้อม ๆ กับการทำให้ระบบสาธารณสุขโดยรวมเข้าถึงง่ายขึ้น เพื่อลดความต้องการด้านเศรษฐกิจในการดำเนินการตามพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งในที่สุดแล้วบทบาทของสื่อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพย่อมต้อง

ดำเนินต่อไป แต่งานศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นเป็นที่ประจักษ์แล้วว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและโอกาส เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ และต้องการความสนใจ รวมทั้งมาตรการของภาครัฐเพื่อแก้ปัญหาต่อไปในอนาคต

5.5 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1. การวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ: เนื่องจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกมากกว่า ควรมีการศึกษาเชิงลึกซึ่งเกี่ยวกับปัจจัยทางเศรษฐกิจและวิธีการลดช่องว่างทางเศรษฐกิจ เพื่อให้สตรีวัยทองสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและทรัพยากรที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียม
2. การศึกษาพฤติกรรมการรับข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ: ควรศึกษาว่าช่องทางการรับข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย เช่น ออนไลน์และออฟไลน์ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร รวมถึงวิธีการสร้างเนื้อหาสุขภาพที่เข้าใจง่ายและมีประสิทธิภาพ
3. การวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว: สำรวจบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง รวมถึงวิธีการเสริมสร้างความเข้าใจและการสนับสนุนจากคนใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพ
4. การศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน: ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น เพื่อหาวิธีการและรูปแบบการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
5. การวิจัยในพื้นที่ที่หลากหลายทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม: ขยายขอบเขตการวิจัยไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในภาคใต้ของไทยหรือภูมิภาคอื่น ๆ ที่มีสภาพภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและหาข้อแตกต่างหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละพื้นที่

5.6 การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ในเชิงวิชาการ ผลการวิจัยนี้ช่วยสนับสนุนและขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง สามารถนำไปต่อยอดหรืออ้างอิงในการพัฒนากรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

2. ในเชิงนโยบาย ผลการวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมรายได้ การศึกษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปกำหนดเป็น นโยบายและแผนงานในการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทองได้

3. ในเชิงปฏิบัติ บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไป ประยุกต์ใช้ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการสื่อสารและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของสตรีวัยทองให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมยิ่งขึ้น

4. สำหรับสตรีวัยทองเอง สามารถนำความรู้จากผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ เลือกใช้สื่อในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม



บรรณานุกรม

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2007). The health belief model. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. The Edinburgh Building, Cambridge CB2 8RU, UK: Cambridge University Press.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The Health Belief Model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and Changing Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (pp. 30-67): Open University Press.
- Bake, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878-883. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348-366. doi:10.2307/2955344
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook On Formative and Summative Evaluation of Student Learning*: McGraw-Hill Companies.
- Carpenter, C. J. (2010). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Communication*, 25(8), 661-669. doi:10.1080/10410236.2010.521906
- CDC. (2020). What Is Health Literacy? Retrieved from <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
- CDC. (2023). LDL and HDL Cholesterol and Triglycerides. Retrieved from https://www.cdc.gov/cholesterol/ldl_hdl.htm
- Cha, N. H. (2020). Effect of health consciousness behavior and health-promoting behavior on the quality of life in elders in South Korea. *The Journal of Physical Therapy Science*, 32, 717-721. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7708016/pdf/jpts-32-717.pdf>
- Cinelli, M., Morales, G. D. F., Galeazzi, A., Quattrocioni, W., & Starnini, M. (2021). The echo chamber effect on social media. *PNAS*, 118(9), 1-8. doi:10.1073/pnas.2023301118
- Crosby, R., & Noar, S. M. (2011). What is a planning model? An introduction to PRECEDE-

- PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71, S7-S15. doi:10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x
- Data Investigator Team. (2566). ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) คืออะไร. Retrieved from <https://www.datainvestigatorth.com/post/what-is-pearson-s-correlation-coefficient-1>
- Dattani, S., Rodés-Guirao, L., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2021). Life Expectancy. Retrieved from <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
- Engel, J. F., Kollat, D. T., & Blackwell, R. D. (1968). *Consumer Behaviour*: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Furuya, Y., Kondo, N., Yamagata, Z., & Hashimoto, H. (2013). Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promotion International*, 30(2), 505-513. doi:10.1093/heapro/dat071
- Galloway, R. D. (2003). Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements. *Clinical Medicine & Research*, 1(3), 249-258. doi:10.3121/cmr.1.3.249
- Garrett, R. K. (2009). Politically Motivated Reinforcement Seeking: Reframing the Selective Exposure Debate. *Journal of Communication*, 59, 679-699. doi:10.1111/j.1460-2466.2009.01452.x
- Gochman, D. S. (1988). *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*: Plenum; 1998th edition.
- Greenwood, V. E. (2019). Health Media Literacy. In R. Hobbs, P. Mihailidis, G. Cappello, M. Ranieri, & B. Thevenin (Eds.), *The International Encyclopedia of Media Literacy*: John Wiley & Sons, Inc.
- Hassen, A., & Kibret, B. T. (2016). Health-Related Behaviors, Health Consciousness and Psychological Wellbeing among Teaching Faculty in Jimma University, Ethiopia. *Clinical and Experimental Psychology*, 2(1), 1-8. doi:10.4172/2471-2701.1000113
- Hilz, R., & Wagner, M. (2018). Marital Status, Partnership and Health Behaviour: Findings from the German Ageing Survey (DEAS). *Comparative Population Studies*, 43, 65-98. doi:10.12765/CPoS-2018-08en
- Jayanti, R. K., & Burns, A. C. (1998). The Antecedents of Preventive Health Care Behavior: An Empirical Study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(1), 6-15.

doi:10.1177/0092070398261002

Kippersluis, H. v., & Galama, T. J. (2014). Wealth and Health Behavior: Testing the Concept of a Health Cost. *European Economic Review*, 72(197-220), 1-46.
doi:10.1016/j.euroecorev.2014.10.003

Kolk, M. (2019). *Demographic Theory and Population Ethics – Relationships between Population Size and Population Growth*. Retrieved from

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
doi:10.1177/001316447003000308

Kreuter, M. W., & McClure, S. M. (2004). The Role of Culture in Health Communication. *Annual Review of Public Health*, 25, 439-455.
doi:10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000

Lazarsfeld, P. (1940). *Radio and the Printed Page: An Introduction to the Study of Radio and Its Role in the Communication of Ideas*. New York: Duell, Sloan, and Pearce.

Lewis, M., Herron, L.-M., Chatfield, M. D., Tan, R. C., Dale, A., Nash, S., & Lee, A. J. (2023). Healthy Food Prices Increased More Than the Prices of Unhealthy Options during the COVID-19 Pandemic and Concurrent Challenges to the Food System. *Environment Research and Public Health*, 20(4), 31-46.
doi:10.3390/ijerph20043146

Ling-Yu Wen, & Li Shang-Hui. (2013). A Study on The Relationship Amidst Health Consciousness, Ecological Affect, And Purchase Intention of Green Production. *International Journal of Organizational Innovation*, 5, 124-137. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/5902be50f196db305bf34cad4d37bc4c/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=55118>

Lumen. (2017). Noise/Interference in Communication Processes. Retrieved from <https://courses.lumenlearning.com/suny-esc-communicationforprofessionals/chapter/interference-in-communication-processes/>

MacPherson, K. I. (1992). Cardiovascular disease in women and noncontraceptive use of hormones. *Advances in Nursing Science*, 14(4), 34-49. Retrieved from

https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/1992/06000/cardiovascular_disease_in_women_and.6.aspx

- Malikhao, P. (2020). Health Communication: Approaches, Strategies, and Ways to Sustainability on Health or Health for All. In J. Servaes (Ed.), *Handbook of Communication for Development and Social Change*.
- Morgan, M., Shanahan, J., & Signorielli, N. (2016). Cultivation Theory. In K. B. Jensen, R. T. Craig, J. Pooley, & E. W. Rothenbuhler (Eds.), *The International Encyclopedia of Communication Theory and Philosophy*: Wiley Blackwell.
- MRI, ป. (2566). ภาวะต้านมผิดปกติไม่ได้มีแค่โรคมะเร็ง? Retrieved from <https://www.mrithailand.com/2023/09/25/%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%95%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A1%E0%B8%9C%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%81%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B9%84%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B9%84%E0%B8%94/>
- Nagy-Penkes, G., Vincze, F., Sandor, J., & Biro, E. (2020). Does Better Health-Related Knowledge Predict Favorable Health Behavior in Adolescent. *Environmental Research and Public Health*, 17, 1-12. doi:10.3390/ijerph17051680
- Neil-Sztramko, S. E., Belita, E., Levinson, A. J., Boyko, J., & Dobbins, M. (2019). Evaluation of an online knowledge translation intervention to promote cancer risk reduction behaviours: findings from a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 19, 1-13. doi:<https://doi.org/10.1186/s12885-019-6361-2>
- Newman, M. A. (1993). *Health as Expanding Consciousness*: iUniverse.
- Ozcan, H. (2019). Healthy Life Style Behaviors and Quality of Life at Menopause. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 492-500. Retrieved from https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/55_Ozcan_12_1_1.pdf
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S19-S26.
- Parnell, T. A. (2014). *Health Literacy in Nursing: Providing Person-Centered Care*: Springer Publishing Company.
- Pribadi, E. T., & Devy, S. R. (2020). Application of the Health Belief Model on the intention to stop smoking behavior among young adult women. *Journal of*

- Public Health Research*, 9(1817), 121-124. doi:10.4081/jphr.2020.1817
- Rajendran, L., & Thesinghraj, P. (2014). The Impact of New Media on Traditional Media. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 22(4), 609-616.
doi:10.5829/idosi.mejsr.2014.22.04.21945
- Ratzan, S. C., Payne, G., & Mills, C. B. (1996). The status and scope of health communication. *Journal of Health Communication*, 1(1), 25-41.
doi:10.1080/108107396128211
- Rejeski, W. J., & Fanning, J. (2019). Models and theories of health behavior and clinical interventions in aging: a contemporary, integrative approach. *Dove Press Journal*, 19(14), 1007-1019. doi:10.2147/CIA.S206974
- Rubin, A. M. (1984). Ritualized and instrumental television viewing. *Journal of Communication*, 34(3), 67-77. doi:10.1111/j.1460-2466.1984.tb02174.x
- Rutgers. (2006). The Financial Impact of Improved Health Behaviors. Retrieved from <https://njaes.rutgers.edu/health-finance/health-behaviors.php>
- Saghafi-Asl, M., Aliasgharzadeh, S., & Asghari-Jafarabadi, M. (2020). Factors influencing weight management behaviour among college students: An application of the Health Belief Mode. *PLoS ONE*, 15(2), 1-15.
doi:doi.org/10.1371/journal.pone.0252258
- Schiavo, R. (2013). *Health Communication: From Theory to Practice*: Jossey-Bass.
- Setyaningsih, W., Yudianti, I., & Mansur, H. (2022). Perceived susceptibility, barriers, and cues to action as determinant factors of reproductive health behavior. *International Journal of Public Health Science*, 11, 884-892.
doi:10.11591/ijphs.v11i3.21576
- Shaw, S. J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., & Vivian, J. (2008). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. *Journal of Immigrant Minority Health* doi:10.1007/s10903-008-9135-5
- SHC. (2016). Definition of Health Communication. Retrieved from <https://www.societyforhealthcommunication.org/health-communication>
- Statistics Canada. (2021). Non-probability sampling. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-eng.htm>

- Straubhaar, J., LaRose, R., & Davenport, L. (2012). *Media Now: Understanding Media, Culture, and Technology*: Wadsworth, Cengage Learning.
- Study MassCom. (2023a). Berlo's SMCR Model of Communication: Advantages and Disadvantages. Retrieved from <https://studymasscom.com/communication/berlos-smcr-model-advantages-and-disadvantages/>
- Study MassCom. (2023b). Traditional Media vs. New Media. Retrieved from <https://studymasscom.com/media/traditional-media-vs-new-media/>
- Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., . . . Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 20(565), 1-12. doi:10.1186/s12889-020-08498-8
- Tan, P. P. S., Sandhu, R. S., Zain, S. M., Hall, D., Tan, N. C., Lim, H. M., . . . Pung, Y.-F. (2022). Health motivations and perceived barriers are determinants of self-care behaviour for the prevention of hypertension in a Malaysian community. *PLOS ONE*, 17. doi:10.1371/journal.pone.0278761
- TCDC. (2558). *Aging Society VS. Aged Society in Global and Thai Context*. Retrieved from https://resource.tcdc.or.th/ebook/AgingSociety_Report_official.pdf
- TDRI. (2562). รายงานที่ตีพิมพ์: อะไรจะเปลี่ยนไป...เมื่อไทยกลายเป็นสังคมอายุยืน? Retrieved from <https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2019/08/wb152.pdf>
- Thai PBS. (2567). เปิดข้อมูลสภาพเศรษฐกิจ "ระนอง-ชุมพร" ก่อนมีแลนด์บริดจ์. Retrieved from <https://www.thaipbs.or.th/news/content/336212>
- The Global Economy. (2016). Mobile network coverage, percent of the population. Retrieved from https://www.theglobaleconomy.com/Thailand/Mobile_network_coverage/
- Trent, M. J., Salmon, D. A., & MacIntyre, C. R. (2021). Using the health belief model to identify barriers to seasonal influenza vaccination among Australian adults in 2019. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 15(10127), 1-10. doi:10.1111/irv.12843
- Umberson, D. (1992). GENDER, MARITAL STATUS AND THE SOCIAL CONTROL OF HEALTH

- BEHAVIOR. *Social Science & Medicine*, 34, 907-917.
doi:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90259-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90259-5)
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*. Retrieved from
https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
- Viju Raghupathi, & Wullianallur Raghupathi. (2020). The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*, 78(20). doi:doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5
- Vreese, C. H. d., & Neijens, P. (2016). Measuring Media Exposure in a Changing Communications Environment. *Communication Methods and Measures*, 10(2), 69-80. doi:10.1080/19312458.2016.1150441
- Washington State Department of Health. (2023). Health Behaviors. Retrieved from
<https://doh.wa.gov/data-statistical-reports/health-behaviors>
- WHO. (2022). Menopause. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- World Health Organization. (2019). GHE: Life expectancy and healthy life expectancy. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>
- Xu, X. (2009). *Health motivation in health behavior: Its theory and application*. (Doctor of Philosophy in Psychology). University of Nevada,
- Zampetakis, L. A., & Melas, C. (2021). The health belief model predicts vaccination intentions against COVID-19: A survey experiment approach. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 13, 469-484. doi:10.1111/aphw.12262
- กมลพร สิทธิ. (2554). การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อย. (วารสารศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. Retrieved from <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560 – 2564). Retrieved from <https://dmsic.moph.go.th/index/download/699>
- กอบกาญจน์ เจริญทอง. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการท่องเที่ยวตลาดน้ำ อัมพวาจังหวัดสมุทรสงคราม. มหาวิทยาลัยสยาม,

กอบจิตต์ ลิปพยอม. (2543). วัยหมดระดู: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยรัตน์ โอภาสวานิช. (2564). วัยทอง คืออะไร – อาการคุณเข้าข่ายหรือยัง? Retrieved from

<https://www.sikarin.com/doctor-articles/%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%97%E0%B8%AD%E0%B8%87-%E0%B8%84%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%B0%E0%B9%84%E0%B8%A3-%E0%B9%80%E0%B8%8A%E0%B9%87%E0%B8%84%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2>

การเคหะแห่งชาติ. (2566). รายงานข้อมูลประชากรและบ้าน ปี 2565. Retrieved from

<https://housingkc.nha.co.th/files/article/attachments/aed52b2717f2d051d449844fc4f1ddc6.pdf>

กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ถาวรีย แสงงาม, สุภาฯ ขำเอนก, ปณณทัต บณขุนทด, พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม, & ยุวดี
จอมสัด. (2023). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. วารสาร
พยาบาล, 72(3), 21-29. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/260739/181180>

จุฑาภรณ์ อุทัยแสน. (2563). โรคประจำตัวที่พบบ่อย ภัยร้ายของผู้หญิงที่ต้องระวัง. Retrieved
from

<https://www.nakornthon.com/article/detail/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%9E%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%A2%E0%B8%A0%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AB%E0%B8%8D%E0%B8%B4%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%95%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%87>

ชุติมา สร้อยนาค. (2561). การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน. วารสารพยาบาลทหารบก, 19, 267-277. Retrieved from

https://res.slc.ac.th/index.php/Article/show_detail/134

- ฐปรัตน์ รักษาณุลีสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, & นันทิยา ไชยนิ่ง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 29(3), 170-178. Retrieved from <https://journal.oas.psu.ac.th/index.php/asj/article/download/1356/1113>
- ทานตะวัน ตันติทวีวัฒนา. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจซื้ออาหาร เพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. ธนพร ศันบุตร. (2541). การดูแลสุขภาพสตรีวัยหมดระดูและครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออก, 20(1), 18-25.
- ธนวรรณ อิมสมบุญ. (2546). พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. Retrieved from <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/ENEDU/article/view/6054>
- นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, & ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชินีนาถ, 30(1), 45-56. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/download/29276/25168/64294>
- นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารกรมการแพทย์, 47(1), 80-86. doi:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/261779/176747>
- ปิยาทิพย์ วัฒนสุนทร. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแล. ผู้จัดการออนไลน์. (2566). “อนุทิน” ซูโอดีเยี่ยมมือสังคมผู้สูงวัย ควรเป็นวาระแห่งชาติ อนาคตอาจต้องมี 1 ตำบล 1 บ้านพักคนชรา. Retrieved from <https://mgronline.com/politics/detail/9660000070822>
- พรเทพ สิงห์กุล. (2564). การรับรู้และความคาดหวัง เพื่อสร้างกลยุทธ์ในการพัฒนา รายการฝนฟ้าอากาศช่อง 7HD. (นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีปทุม,
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). เอกสารการสอนชุดวิชา พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขภาพศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิชามญช์ อีระพันธ์. (2559). การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้งานของประชาชนในเขต กรุงเทพมหานครที่มีต่อบริการโอนเงินและรับโอนเงินแบบใหม่ “พร้อมเพย์-Promptpay”. (วารสารศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

- ไพบูลย์ศิริ, พ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(1), 97-107. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/126619/95711>
- ภาวิณี มนตรี. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดเพชรบุรี. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. doi:10.14457/KU.the.2014.101
- ภุชงค์ ตั้งนรกุล. (2559). ผลกระทบของความใส่ใจสุขภาพต่อความตั้งใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารของประชากรใน อำเภอดอนตาล จังหวัดสกลนคร. (สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสกลนคร,
- มุลินท์ แสงศิริ. (2565). การเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ. วารสารราชภัฏเชียงใหม่, 23(3), 126-140.
- ระวี แก้วสุกใส, & ชัยรัตน์ จุสาลอ. (2556). เครือข่ายสังคมออนไลน์ : กรณีเฟสบุ๊ค (Facebook) กับการพัฒนาผู้เรียน. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(4), 195-205.
- โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2561). ผู้หญิงวัยทอง หรือ วัยหมดประจำเดือน (Menopause). Retrieved from <https://www.phukethospital.com/th/news-events/menopause/>
- โรงพยาบาลแม่สรวย. (2566). นโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สรวย ปีงบประมาณ 2566. Retrieved from <https://www.maesuaihospital.com/uploads/ita/ita-72504.pdf>
- โรงพยาบาลระนอง. (2564). สรุปรายงานผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564. Retrieved from
- ลักขณา อินทร์กลับ. (2557). เข้าใจและเข้าถึงผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 20(3). doi:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/241503>
- วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง. (2547). พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม.
- วีระศักดิ์ ศรีนภากร. (2559). โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในหญิงวัยหมดประจำเดือน. *CVM Journal*, 31-33. Retrieved from <https://cimjournal.com/dia-conference/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%B8%B1%E0%B8%99/>
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน

- โรควัวน ของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *Journal of Interdisciplinary Research*, 8, 116-123. Retrieved from <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jirgs/article/view/229841>
- สถาพร หมั่นกิจ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 4(1), 47-55. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247482/168104>
- สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของสตรีวัยทอง. (นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- สุกรี สุนทรภากร. (2557). สตรีวัยทอง. Paper presented at the การประชุมวิชาการครั้งที่ 30, ภาควิชาสถิติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุกรี สุนทรภากร. (2542). การรักษาสุขภาพของสตรีวัยทอง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 14(3), 207-210.
- อัมรินทร์ สุวรรณ. (2563). หลักการเลือกใช้ออร์โมนในสตรีวัยหมดระดู. Retrieved from <https://www.rtcog.or.th/content/viewid/311>
- อริยาพร อุดทา, & อริชัย อรรถอุดม. (2560). กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพออนไลน์ผ่านสื่อเฟซบุ๊ก ของโรงพยาบาลพญาไท. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*, 5(2), 145-156.
- อุไรวรรณ วิลาสวานิชย์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง ในอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, Retrieved from <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/3009>



แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง จังหวัดระนอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และเติมข้อมูล
ในช่องว่างให้ครบถ้วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน	☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมต้น	☐ มัธยมปลาย/ ปวช.
☐ อนุปริญญา/ปวส.	☐ ปริญญาตรี
☐ สูงกว่าปริญญาตรี	☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
2. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ หม้าย/หย่า/แยก	☐ อยู่เป็นคู่
------------------------------	---	--------------------------------------
3. รายได้ ต่อเดือน บาท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามลักษณะทางจิตวิทยา

2.1 แบบสอบถาม “ความรู้ความเข้าใจในโรค”

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ของท่านเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. อาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน อ่อนเพลีย เกิดจากการพักผ่อนน้อย +		
2. ต้องกินอาหารที่บำรุงเลือด เพราะวัยทองเป็นวัยที่ไม่มีประจำเดือนแล้ว +		
3. สตรีวัยทองไม่ควรดื่มนม เพราะจำทำให้อ้วน -		
4. การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรปฏิบัติ +		
5. อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ถ้าอาการดีขึ้นแล้ว ไม่จำเป็นต้องกินยาต่อ -		
6. คนป่วย ไม่ควรหยุดยาเอง ควรให้แพทย์เป็นผู้สั่งให้หยุดกินยา +		
7. เมื่อแพทย์นัดให้มาตรวจครั้งต่อไป ถ้าอาการดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องไปตามนัด -		
8. ถ้ามีโรคประจำตัว ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้ง +		
9. การออกกำลังกาย สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ +		
10. การเลือกรับประทานอาหารตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ จะทำให้อาการของเราดีขึ้น +		

2.2 แบบสอบถาม “ความรักสุขภาพ”

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ของท่านเพียงข้อเดียว

- 5 คะแนน เท่ากับ ระดับมากที่สุด หมายถึง ใน 7 วัน ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นทุกครั้ง
 4 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งเหล่านั้น 5 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์
 3 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง หมายถึง ท่านเป็นสิ่งเหล่านั้น 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์
 2 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อย หมายถึง ท่านเป็นสิ่งเหล่านั้น 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 1 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นเลยในหนึ่งสัปดาห์

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ไส้กรอก บะหมี่สำเร็จรูป อาหารกระป๋อง -					
2. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ +					
3. ท่านได้พูดคุยกับเพื่อน หรือ สมาชิกในบ้าน +					
4. ท่านรับประทานผักหลากหลายชนิดในแต่ละวัน +					
5. ท่านรับประทานยาทุกครั้งที่คุณรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย -					
6. ท่านทำงานอดิเรก เช่น การปลูกต้นไม้ การเล่นกับสัตว์เลี้ยง การอ่านหนังสือ +					

2.3 แบบสอบถาม “ความเชื่อแบบแผนด้านสุขภาพ”

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ของท่านเพียงข้อเดียว

- | | |
|---------|----------------------------|
| 5 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด |
| 4 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก |
| 3 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง |
| 2 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วยน้อย |
| 1 คะแนน | หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด |

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค</u>					
1. ถ้าคนในครอบครัวป่วยเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เรามีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้เช่นเดียวกัน +					
2. การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา ทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้ +					
3. การรับประทานอาหารรสเค็มจัด/หวานจัด ทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง +					
4. ผู้ที่เครียดง่าย มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย +					
5. คนที่ไม่ออกกำลังกายเลย ร่างกายจะไม่แข็งแรง +					
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</u>					
1. การมีประจำเดือนจำนวนมาก เป็นอาการที่รุนแรง +					
2. ผู้ป่วยทุกราย ถ้าดูแลตนเองไม่ดีจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ +					
3. ผู้ป่วย ควรเคร่งครัดเรื่องการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ +					
4. อาการเท้าบวม หน้าบวม เป็นการบ่งบอกว่าร่างกายกำลังป่วย					

+					
5. บุคคลที่มีโรคประจำตัว ไม่ควรสูบบุหรี่ และไม่ควรมีสุรา					
+					
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมโรค					
1. ถ้าในครอบครัวมีคนป่วย บุคคลในครอบครัว ควรมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องรับประทานยา +					
2. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้คุณอาการของโรคดีขึ้น +					
3. การไปพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องจำเป็น +					
4. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จะช่วยให้คุณอาการของโรคดีขึ้น +					
5. ถึงแม้จะมีโรคประจำตัว เราก็ควรไปตรวจสุขภาพประจำปี +					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค					
1. คนป่วย รับประทานอาหารตามที่แนะนำไม่ได้ เพราะไม่ได้ประกอบอาหารเอง -					
2. คนที่ไม่สามารถออกกำลังกายเพราะไม่มีเวลา -					
3. ผู้ป่วยที่ไม่ได้กินยาอย่างสม่ำเสมอเพราะลืมกินหรือไม่มีคนจัดยาให้ +					
4. การกินข้าวนอกบ้านทำให้ไม่สามารถคุมปริมาณอาหารได้ +					
5. การรับประทานผลไม้ให้อร่อย ต้องจิ้มพริกกับเกลือ -					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อ

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ของท่านเพียงข้อเดียว

- 5 คะแนน เท่ากับ ระดับมากที่สุด หมายถึง ใน 7 วัน ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นทุกครั้ง
 4 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งเหล่านั้น 5 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์
 3 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง หมายถึง ท่านเป็นสิ่งเหล่านั้น 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์
 2 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อย หมายถึง ท่านเป็นสิ่งเหล่านั้น 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 1 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นเลยในหนึ่งสัปดาห์

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
สื่อออนไลน์					
1. ท่านได้ค้นหาความรู้เรื่องสุขภาพที่ท่านสนใจจากเว็บไซต์ต่าง ๆ +					
2. ท่านศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพต่าง ๆ จากเฟสบุ๊ก +					
3. ท่านเปิดอ่านไลน์ข้อความเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพ +					
4. ท่านได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจากแอปพลิเคชัน ในโทรศัพท์มือถือ +					
5. ท่านเปิดดูตึกตอกเกี่ยวกับเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ +					
สื่อออฟไลน์					
1. ท่านศึกษาความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ จากหนังสือ +					
2. ท่านรับฟังความรู้เรื่องสุขภาพจากเสียงตามสาย/หอกระจาย ข่าว +					
3. ท่านฟังวิทยุการโฆษณาการรักษาโรคต่าง ๆ +					
4. ท่านศึกษาหาความรู้เรื่องสุขภาพจากเอกสารแผ่นพับ +					
5. เพื่อนบ้าน/บุคคลในครอบครัว พูดคุยกันเรื่องสุขภาพ +					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ของท่านเพียงข้อเดียว

- 5 คะแนน เท่ากับ ระดับมากที่สุด หมายถึง ใน 7 วัน ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นทุกครั้ง
- 4 คะแนน เท่ากับ ระดับมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งเหล่านั้น 5 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง หมายถึง ท่านเป็นสิ่งเหล่านั้น 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อย หมายถึง ท่านเป็นสิ่งเหล่านั้น 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นเลยในหนึ่งสัปดาห์

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ๆ +					
2. ท่านปฏิบัติตามหลักการ New Normal +					
3. ท่านรับประทานอาหารแกงกะทิ อาหารทอด -					
4. ท่านรับประทานอาหารของหวาน ขนม หรือผลไม้รสหวานจัด -					
5. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน -					
6. ท่านออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที +					
7. ท่านไม่สูบบุหรี่ -					
8. ท่านไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ -					
9. ท่านได้ร่วม/ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด +					
10. ท่านนอนหลับไม่น้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง +					

ประวัติผู้เขียน

