

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณและการสื่อสารณรงค์ลดบริโภคเค็ม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า

คณะวิทยาศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

health belief model of the retirees and reducing sodium intake campaign



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts (Communication Arts) in Communication Arts

Common Course

FACULTY OF COMMUNICATION ARTS

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณและ การสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม
โดย	น.ส.วันวิสา เวชประสิทธิ์
สาขาวิชา	นิเทศศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรดา จงกลรัตน์ภรณ์

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะนิเทศศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีดา อัครจันทโชติ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชาติรี ใต้ฟ้าพูล)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรดา จงกลรัตน์ภรณ์)	
.....	กรรมการ
(ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วันวิสา เวชประสิทธิ์ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณและการ
สื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม. (health belief model of the retirees and
reducing sodium intake campaign) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ธีรดา จงกลรัตน์
ภรณ์

การวิจัยเชิงปริมาณในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ
ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ และสารโน้มน้าวใจในการสื่อสาร
รณรงค์ลดบริโภคเค็ม รวมถึงการศึกษาความแตกต่างด้านดังกล่าวในลักษณะประชากรที่แตกต่าง
กัน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลวัยเกษียณที่อาศัยในกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน ซึ่งเก็บข้อมูลโดย
การใช้แบบสอบถาม ผ่านการฝากลิ้งก์บนสื่อออนไลน์และอาศัยการบอกต่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความแตกต่างและ
ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า การเปิดรับสื่อรณรงค์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ สื่อออนไลน์ เช่น
เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ และยูทูป โดยมีทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจระดับสูงมาก สารที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนน
สูง ได้แก่ ข้อความรณรงค์บอกความรุนแรงของโรค และข้อความรณรงค์ที่สามารถปรับใช้ใน
ชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ
มากที่สุด จากการหาความแตกต่างทางประชากรพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีระดับการศึกษาและ
แหล่งรายได้ต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
ด้านการหาความสัมพันธ์พบว่า ทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับทัศนคติอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สาขาวิชา นิเทศศาสตร์

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6184671728 : MAJOR COMMUNICATION ARTS

KEYWORD: Reducing sodium intake/ persuasive messages/ retired peopleHealth Belief Model/

Wanwisa Wechprasith : health belief model of the retirees and reducing sodium intake campaign. Advisor: TEERADA CHONGKOLRATTANAPORN

The purposes of this quantitative research were to study the media exposure, attitude, Health Belief Model (HBM) of retired people and persuasives messages to reduce salty consumption campaign. The respondents include 400 senior citizens who lives in Bangkok, Thailand. Questionnaires were distributed randomly via social media and via snowball techniques. Both descriptive and inferential statistical analysis were applied to find the differences and co-relation among variables with the significance level at 0.5.

The results showed that the respondents were mostly exposed to social media such as Facebook, Website and YouTube. Their attitude toward persuasives messages was rated at the high level. They preferred the campaign message focusing on the severity of the disease and on adaptability in daily life. Moreover, their Health Belief Model (HBF) was rated at the high level. It was also demonstrated that retired persons, who has different education and income, have the different level of Health Belief Model (HBF) with statistical significance level of 0.05. Moreover, it was found that their attitude toward persuasives messages was correlated with the Health Belief Model (HBF) with statistical significance level at 0.01. Lastly, the media exposure was correlated with the Health Belief Model (HBF) with statistical significance level at 0.01.

Field of Study: Communication Arts

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

หน้านี้ถึงจะเป็นหน้าสุดท้ายที่เขียนแต่ก็สำคัญไม่น้อยไปกว่าหน้าอื่น เพื่อบอกเป็นนัยว่า วิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้เสร็จสมบูรณ์แล้ว นิสิตขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ชาติรี ใต้ฟ้าพูล และ ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร.ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ ที่สละเวลา คอยให้คำแนะนำ อีกทั้งช่วยเหลือนิสิตเป็นอย่างดี และอาจารย์ที่ปรึกษาคนสำคัญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรดา จงภรณ์ธนาภรณ์ ที่เมตตาารับเป็น นิสิตในที่ปรึกษา ให้กำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งคำว่า "อีกนิดเดียว" ของอาจารย์เป็นพลังบวกที่ดีมาก ถึงแม้ว่าระหว่างนั้นอาจไม่ "อีกนิดเดียว" ก็ตาม แต่ก็เป็นกำลังใจในทุกๆครั้งที่ได้พบกัน และขอขอบคุณที่เข้าใจนิสิตเสมอมาค่ะ

และที่สำคัญไม่น้อยไปกว่านี้เลยคือ คุณแม่ ครอบครัวทุกคน แฟน ที่ผ่านเรื่องราวและอุปสรรค มาด้วยกัน ขอขอบคุณที่เคียงข้าง คอยใส่ใจ และให้สิ่งดีๆมาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนกลุ่มธีลิสิตติไซเรน และทุกคนที่มีส่วนในการเติมเต็มวิทยานิพนธ์เล่มนี้ และอีกหนึ่งคนคือ พี่มุก จาก CU Wellness ที่คอย นำทางจนผ่านเมฆหมอกออกมาได้ และมีใจที่แข็งแรงอีกครั้ง สุดท้ายนี้ขอบคุณตนเองที่เข้มแข็งและผ่าน สิ่งที่ยากหนาท่วงหนึ่งของชีวิตมา การเรียนปริญญาโทไม่ใช่เรื่องยากแต่ก็ไม่ง่ายเลยที่จะผ่านไปอย่าง ราบรื่น แต่ตนเองนี่แหละที่เป็นส่วนสำคัญที่สุดในการเดินทางมาจนถึงความสำเร็จ ทำได้แล้วนะ เก่ง มากๆแล้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วันวิสา เวชประสิทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	7
ปัญหาคำวิจัย.....	7
สมมติฐาน.....	8
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามศัพท์	9
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	10
การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ.....	10
ความหมายของการโน้มน้าวใจ	10
ลักษณะการโน้มน้าวใจในสื่อต่างๆ.....	11
การสร้างสารเพื่อการโน้มน้าวใจ	11
การโน้มน้าวใจโดยใช้ความกลัว.....	13
แบบจำลองการตอบสนองคู่ขนาน	15
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	15
แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย	16

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเกษียณอายุ	19
ความหมายของการเกษียณอายุ.....	19
กระบวนการเกษียณอายุ.....	20
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคของวัยเกษียณ	21
ปัญหาโภชนาการในวัยเกษียณ	27
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	30
องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	33
การบริโภคเค็ม.....	36
รูปแบบเกลือที่พบในอาหาร.....	36
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคเค็ม	37
การบริโภคเค็มและผลกระทบต่อสุขภาพ.....	39
แนวทางการลดบริโภคเค็ม.....	39
การดำเนินงานเพื่อลดบริโภคเค็ม.....	40
การรณรงค์ลดบริโภคเค็ม.....	43
ความเป็นมาของการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย	43
สื่อในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561	44
สารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	53
กรอบแนวคิด	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	61

การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	112
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป.....	113
บรรณานุกรม.....	114
ภาคผนวก.....	119
ประวัติผู้เขียน.....	127



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ	64
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพ	64
ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพ	64
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา	65
ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะการทำงาน.....	65
ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	66
ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งรายได้หลัก.....	66
ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย	67
ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความถี่ ในการเปิดรับสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561 จำแนกตามประเภทของสื่อรณรงค์ ลดบริโภคเค็ม	67
ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้าน ทัศนคติ เกี่ยวกับการรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561 จำแนกตามประเภทของสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็ม	69
ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง.....	70
ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	71
ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค.....	73
ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค	74
ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค	75

ตารางที่ 4.16 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง.....	76
ตารางที่ 4.17 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	78
ตารางที่ 4.18 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค.....	79
ตารางที่ 4.19 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค.....	81
ตารางที่ 4.20 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค	83
ตารางที่ 4.21 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	85
ตารางที่ 4.22 แสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสารโน้มน้าวใจกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ.....	87
ตารางที่ 4.23 แสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อกับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ.....	89
ตารางที่ 4.24 แสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ.....	90
ตารางที่ 5.1 แสดงความแตกต่างของลักษณะประชากรต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	96
ตารางที่ 5.2 ความสัมพันธ์ของสารโน้มน้าวใจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	97
ตารางที่ 5.3 ความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อต่อทัศนคติ	98
ตารางที่ 5.4 ความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	98

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกในปัจจุบันกำลังเผชิญกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยประชากรโลกที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหลายประเทศได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภูมิภาคอาเซียน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 55 ล้านคน หรือร้อยละ 9 ส่วนประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16 เป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มอาเซียน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2564 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และปี พ.ศ.2578 ผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 จนกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสูงสุด จากการคาดการณ์นี้จะเห็นได้ว่าระหว่างปีพ.ศ.2564 ถึงปี พ.ศ. 2578 ช่วงเวลาสั้นๆเพียง 14 ปีประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด สถานการณ์ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ มีสาเหตุมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุยืนมากขึ้น นอกจากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดโดยกรมการปกครองภายใน พ.ศ. 2559 พบว่า จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อันดับที่ 1 จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุ 936,856 ราย อันดับที่ 2 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400,496 ราย อันดับที่ 3 จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 284,497 ราย อันดับที่ 4 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 276,209 ราย อันดับที่ 5 จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 240,522 ราย และจังหวัดที่มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่สุดคือจังหวัดระนอง จำนวน 23,543 ราย

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการแพทย์ทำให้คนไทยในปัจจุบันมีการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองมากขึ้นจึงมีอายุยืนกว่าในอดีต การมีอายุยืนและแข็งแรงได้เป็นสิ่งสำคัญของผู้สูงอายุ เพราะสังคมและวิถีชีวิตในปัจจุบันแตกต่างจากอดีต โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางคนอยู่โดยลำพังจึงต้องดูแลรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง ดังนั้นต้องมีร่างกายที่แข็งแรงเพื่อดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพด้วยตนเอง สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องใส่ใจคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลร่างกายให้มีสุขภาพที่ดี (กุหลาบ ต้นติผลาชีวะ, 2551) ส่วนผู้สูงอายุที่เกษียณจากงานประจำ เมื่อเกษียณอายุแล้วผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องปรับตัวในหลายด้าน เช่น การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชีวิต การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน สภาพร่างกายที่เสื่อมถอย การได้รับการยอมรับลดลงจากเดิม กิจวัตร

ประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป หรือการสูญเสียรายได้ ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เป็นเหตุให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2532)

การพัฒนาที่รวดเร็วในสังคมปัจจุบันนี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางอาหารและโภชนาการของผู้ที่อาศัยในเขตเมืองเกือบทั้งหมด คืออาหารที่มาจากแหล่งธรรมชาติมีน้อยลง มักซื้ออาหารจากตลาดสด ร้านอาหารบาหวีถี ศูนย์การค้า และซูเปอร์มาร์เกต ซึ่งมีความสะดวกและรวดเร็ว โดยอาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารปรุงสำเร็จรูปบรรจุถุงพลาสติกและอาหารพร้อมปรุง ดังนั้นปัจจุบันคนในเขตเมืองจึงมีโอกาสในการควบคุมชนิด คุณภาพ และความปลอดภัยของอาหารได้ด้วยตนเองน้อยมาก เพราะไม่ได้ปรุงอาหารด้วยตนเอง (วีณา วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์, 2541). พฤติกรรมการบริโภคของคนไทยมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ การเจ็บป่วย การบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงกับภาวะสุขภาพ รวมถึงการบริโภคที่ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย เช่น ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่บริโภคอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ร้อยละ 82.2 การบริโภคผักแยกตามเพศพบว่าเพศชายบริโภคผักประมาณ 268 กรัมต่อวัน เพศหญิงประมาณ 283 กรัมต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวัน การบริโภคผักผลไม้จะมีปริมาณลดลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะมีการบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยน้ำตาลและแป้งมากขึ้น เมื่อเทียบกับ 20 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปีพ.ศ. 2526 เป็น 31.2 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี 2552 ตามข้อกำหนดคนไทยไม่ควรบริโภคน้ำตาลเกิน 14.6 กิโลกรัม/คน/ปี การบริโภคขนมขบเคี้ยวก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน เฉลี่ย 5 มื้อ/สัปดาห์ เนื่องจากมีความสะดวกในการเข้าถึงอาหารเหล่านี้ ด้านการบริโภคอาหารจานด่วนหรือพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบชาวตะวันตก จะพบว่าในกลุ่มอายุ 15-59 ปีมีการบริโภคอาหารจานด่วนมากที่สุดทั้งในเขตกรุงเทพและต่างจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่าการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่ทำให้เกิดโรคอ้วน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ หลอดเลือด โรคเบาหวาน เฉลี่ย 2-5 มื้อ/สัปดาห์ เช่น การบริโภคขนมหวาน เนื้อสัตว์ที่มีไขมัน และการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2551-2553)

จากการสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พบว่าคนไทยบริโภคเครื่องปรุงรสสูงกว่าปริมาณที่แนะนำ โดยเฉพาะเครื่องปรุงรสที่เป็นแหล่งของโซเดียม ซึ่งคนไทยมีการบริโภคมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ น้ำปลา 11.59 กรัมต่อวัน ซีอิ๊วขาว 3.15 กรัมต่อวัน เกลือ 3.05 กรัมต่อวัน กะปิ 2.91 กรัมต่อวัน และซอสหอยนางรม 2.17 กรัมต่อวัน ยังไม่รวมผงชูรส และผงปรุงรสต่างๆ (มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ซึ่งคนไทย 1 ใน 3 บริโภคอาหารสำเร็จรูปที่หาซื้อได้ตามร้านสะดวก

ซื้อ และมากกว่า 90% ของประชากรมีการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมากถึงวันละ 8 ล้านซอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) อีกทั้งพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารเค็มจัดหรือมีโซเดียมสูงเป็นประจำ จากการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทยปี 2550 พบว่า ประชากรไทยได้รับโซเดียมสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน โดยมาจากเครื่องปรุงรสต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 80.3 ของโซเดียมทั้งหมดที่ได้รับ (แสงโสม, 2552) อย่างเช่นอาหารญี่ปุ่นและอาหารเกาหลีที่กำลังเป็นที่นิยม เนื้อหมักใส่ซอสปรุงรส ผงหมัก และน้ำจิ้ม มีความเค็มมากกว่าอาหารปกติถึง 50 เท่า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559) ซึ่งเกินปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าไม่ควรบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเทียบเท่าปริมาณเกลือ 5 กรัม (WHO, 2013) นำไปสู่ภาวะโภชนาการเกินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยลำดับต้นๆ ของคนในสังคมเมือง

กรมการแพทย์ (2549) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพหลายด้าน เช่น เขตกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 47 รองลงมาเป็นภาคกลางร้อยละ 41.6 น้อยที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 25.9 และเมื่อพิจารณาโรคต่างๆของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเทียบกับภาคอื่นๆ พบว่ามีสัดส่วนสูงกว่าทุกภาค คือ โรคเบาหวานร้อยละ 18.8 และโรคหัวใจร้อยละ 11 ตามลำดับ ผลการสำรวจในผู้สูงอายุพบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะประชากรที่มีอายุ 30-69 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 18.8 และเพศชาย 28.10 และผลการสำรวจล่าสุดในปีพ.ศ. 2561 กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 136,418 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 79,362 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 44,693 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30,748 ราย ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจะลดลงร้อยละ 25 ความชุกของโรคเบาหวานไม่เพิ่มขึ้น และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ.2568 (กรมควบคุมโรค, 2562) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออย่างมากในหลายด้าน เช่น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดงาน การขาดประสิทธิภาพในการทำงาน เกิดความพิการ สูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงาน รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อีกทั้งมีผลกระทบต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึงปีละ 78,976 ล้านบาทจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 24,489 ล้านบาทจากโรคเบาหวาน และค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต

โดยการล้างช่องท้องหรือฟอกเลือดเฉลี่ยประมาณ 240,000บาทต่อคนต่อปี ซึ่งถ้ารวมงบประมาณสำหรับผู้ป่วยในการใช้สิทธิต่างๆ เช่น ประกันสังคมหรือสวัสดิการของข้าราชการ รัฐต้องใช้งบกว่า 10,000ล้านบาทต่อปี และเนื่องจากประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงขึ้นตามไปด้วย โดยคาดว่าจะอีก 15 ปีข้างหน้าจะมีค่าใช้จ่ายถึง 1.4 ล้านล้านบาท (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2561)

เห็นได้ว่าช่วงเวลาที่ผ่านมาปริมาณผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี โดยส่วนใหญ่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้การดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไป และมีผล กระทบต่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและพฤติกรรมการบริโภคนำไปสู่ปัญหาสุขภาพคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก เช่น ปัจจุบันผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีขนาดเล็กหรือเป็นครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังจึงมีจำนวนมากขึ้น อาจทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงอาหารเพราะขาดรายได้ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ รวมทั้งการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ (United Nations Development Programme, 2013) ไพโรจน์และวินัส สีหกุล (2540) พบว่าผู้ใหญ่วัยก่อนเกษียณอายุการทำงานส่วนใหญ่มีปัญหาด้านโภชนาการเกิน ได้แก่ โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน สาเหตุมาจากขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการบริโภคไม่ถูกต้อง มีความเครียดมากเกินไป ซึ่งภาวะโภชนาการเกินนั้นทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดเนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยผู้ที่รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการจะมีร่างกายแข็งแรง อายุยืนยาว และมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่รับประทานอย่างไม่ถูกหลักโภชนาการ (รัตนีรัตน์ ภูกร, 2538)

จากสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับนานาชาติ องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้การลดเกลือและโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลก โดยกำหนดให้ลดปริมาณเกลือและโซเดียมร้อยละ 30 ในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ภายในพ.ศ. 2568 (WHO, 2013) และได้ร่วมมือกับประเทศสมาชิก หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน จัดแนวทางเพื่อลดการบริโภคเกลือโดยมีหลักดำเนินงาน 3 หลัก หลักที่หนึ่งคือ การปรับปรุงสูตรผลิตภัณฑ์อาหาร โดยตรวจสอบและติดตามปริมาณของเกลือในอาหาร ร่วมมือกับอุตสาหกรรมเพื่อปรับสูตรอาหารลดเค็ม และสนับสนุนเจ้าหน้าที่รวมถึงงบประมาณในการดำเนินงาน หลักที่สองคือ การสร้างความตระหนักกับผู้บริโภค โดยใช้ข้อความณรงค์ที่กระชับ ครอบคลุม และเข้าใจง่าย มีวิธี

สื่อสารที่เฉพาะเจาะจงกับประชาชนในแต่ละกลุ่ม และสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการอ่านฉลาก โภชนาการ หลักที่สามคือ การจัดสภาพแวดล้อมโดยกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน สามารถทำได้สำเร็จ และใช้มาตรการทางราคาและฉลากโภชนาการ (WHO, 2007) องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างสุขภาพประชากรโลก ว่าการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์นั้น จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กร โดยประชากรสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้จนเกิดความเข้าใจ รวมถึงการวิเคราะห์ประเมินการสื่อสาร การตัดสินใจ การปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการบอกต่อ ซึ่งจะเป็นทักษะสำคัญในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง และเป็นตัวชี้วัดในการส่งเสริมสถานะแห่งตน ความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการจัดการตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของสุขภาพ (WHO, 1998)

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง จนถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ในปัจจุบัน และได้มีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผน รวมทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการส่งเสริมโภชนาการตลอดช่วงชีวิตเพื่อแก้ไขโภชนาการทุกรูปแบบ และส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมในทุกวัย (เปียซื่อ, 2561) รวมทั้งมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 8 ได้มีนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งกรมควบคุมโรค เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่ายลดการบริโภคเค็ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และหน่วยงานกว่า 20 องค์กร จัดทำร่างยุทธศาสตร์ในการรณรงค์สื่อสารเชิงนโยบาย สร้างการตระหนัก การรับรู้ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และให้ความรู้กับประชาชนทุกช่วงวัยให้เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติตามได้ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2558) อาทิเช่น เครือข่ายลดบริโภคเค็มร่วมกับสมาคมโรคไตและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำเว็บไซต์ www.lowsaltthai.com เพื่อให้ความรู้พื้นฐานและส่งเสริมให้สังคมไทยตระหนักถึงการลดบริโภคเค็ม รวมถึงกิจกรรมที่เครือข่ายได้ทำการประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ผ่านสื่อ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อสังคมออนไลน์ มีการผลิตภาพยนตร์สั้นเพื่อรณรงค์การลดบริโภคเค็มชื่อเรื่อง The Ingredients มื้อพิ(ช)เศษ และการเผยแพร่ความรู้ตามสถาบันการศึกษาไปด้วย

เห็นได้ว่าหน่วยงานและองค์กรเหล่านี้เป็นสื่อกลางที่สำคัญในการสื่อสารด้านสุขภาพมายังประชาชน แม้ว่าจะมีการสื่อสารหลากหลายรูปแบบในการรณรงค์ ไม่ว่าจะเป็นช่องทางสื่อสาร

รวมถึงกลยุทธ์การสื่อสารต่างๆ หรือข้อความการรณรงค์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ก็ยังมีข้อความที่เป็นคู่แข่งคือ ข้อความโฆษณาจากสินค้าและบริการที่มีรูปแบบและการนำเสนอที่น่าสนใจ เช่น ข้อความของการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ก็ต้องออกมาเพื่อแข่งขันกับโฆษณาบุหรี่ที่มีความน่าสนใจเนื่องจากผู้ขายมีงบประมาณในการจัดทำโฆษณา ทำให้ข้อความหรือสารมีพลังในการดึงดูดใจมากกว่า รวมทั้งมีวิธีการใหม่ๆ มาโน้มน้าวให้คนหันมาสูบบุหรี่ (Puntoni et al, 2009) ดังนั้นกลยุทธ์การสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการจูงใจให้ผู้รับสารเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือพฤติกรรม การสื่อสารโน้มน้าวใจที่มักเห็นบ่อยครั้งในการรณรงค์ด้านสุขภาพ คือ การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจด้วยความกลัว เช่น ภาพความน่ากลัวบนซองบุหรี่ ฉลากคำเตือนบนขวดเหล้า โฆษณาให้เห็นเหตุการณ์อันตรายจากการเมาแล้วขับ หรือข้อความตามสื่อต่างๆ แต่มักไม่เกิดผลสำเร็จเสมอไป Miller (1963 อ้างถึงใน; นริรัตน์ งามประดิษฐ์ 2553) พบว่า การใช้ความกลัวระดับสูงไม่ก่อให้เกิดการตอบสนองของผู้รับสารในทางที่ต้องการ แต่จะทำให้ผู้รับสารเกิดการหลีกเลี่ยง เพิกเฉย หรือลดความสำคัญของเรื่องนั้นๆ ลงไป ทำให้ผู้รับสารเกิดการรับรู้แต่ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยและการสูญเสียเพิ่มขึ้นทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา บิ๊กกินส์ (2557) พบว่าสื่อรณรงค์ในปัจจุบันมักเป็นสื่อที่ให้ข้อมูลและย้ำเตือนถึงผลกระทบด้านลบที่ทำให้เกิดความกลัว โดยผู้รับสารส่วนใหญ่ให้ความสนใจมาก แต่การรณรงค์ด้วยการกระตุ้นความกลัวนั้นควรเน้นให้ผู้รับสารทราบถึงปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อไปด้วย การศึกษาของ หริสุตา ปันตวนันท์ (2544) อธิบายเรื่องการใช้สื่อมวลชนในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการรณรงค์นั้นอาจสร้างการรับรู้ให้กลับกลุ่มเป้าหมายได้เพียงระดับต้นๆ เท่านั้น ซึ่งไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จึงควรแสดงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงให้กับกลุ่มเป้าหมาย และกรมควบคุมโรค (2553) จัดทำคู่มือการสื่อสารทางสาธารณสุขในการใช้ความกลัวเป็นตัวกระตุ้น ได้แก่ การสร้างสารที่มีความกลัว เช่น หากไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกอาจลูกกลมและรักษาไม่หาย เมื่อผู้รับสารเกิดความกลัวว่าตนเองมีลักษณะเหมือนข้อความที่ระบุ ต้องหาแนวทางในการจัดการความกลัว ความกลัวจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้รับสารตื่นตัว และสงสัยว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือไม่ แต่บางครั้งการเผยแพร่ข้อมูลที่เน้นความน่ากลัวมากเกินไปมักทำให้ผู้อ่านไม่สนใจ ดังนั้นจึงควรใช้ความกลัวในระดับปานกลาง และมีทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการวางแผนการสร้างข่าวสาร คือ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย เนื่องจากต้องการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงความเสี่ยงด้วยการส่งข้อความที่ทำให้ผู้อ่านรู้สึกว่ามีตนเองมีความเสี่ยง (Per ceived risk) การทำความเข้าใจการรับรู้ต่อความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของกลุ่มผู้รับสาร เป็นโอกาสในการพัฒนาการรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Donadiki et al., 2014).

ปัจจุบันการศึกษาศาสตร์โน้มน้าวใจในรูปแบบแบบจำลองคู่ขนานเชิงขยายในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน โรงพยาบาล และองค์กรต่างๆ ที่ใช้การสื่อสารเพื่อรณรงค์ด้านสุขภาพให้กับประชาชน ดังนั้นการสื่อสารด้านข้อความที่ส่งผ่านสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่นั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพ จนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อของบุคคลวัยเกษียณอายุที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์บริโภคลดเค็มในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์บริโภคลดเค็มในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ
4. เพื่อศึกษาความแตกต่างทางประชากรของบุคคลวัยเกษียณต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสารโน้มน้าวใจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ
6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อและทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ
7. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ปัญหาคำวิจัย

1. การเปิดรับสื่อของบุคคลวัยเกษียณที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. ทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทยเป็นอย่างไร
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณอายุเป็นอย่างไร
4. ประชากรของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกันมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่

5. สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณหรือไม่
6. การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณหรือไม่
7. การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณหรือไม่

สมมติฐาน

1. บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกันมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน
2. สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ
3. การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ
4. การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย ปีพ.ศ.2561 โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณมี 5 ด้าน ประกอบไปด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ คือ บุคคลวัยเกษียณอายุ 51-70 ปี ที่อาศัยอยู่จังหวัดกรุงเทพมหานคร เป็นผู้ตอบแบบสอบถามทุกข้อด้วยตนเอง

นิยามศัพท์

1. การรณรงค์ลดบริโภคเค็ม หมายถึง การรณรงค์เกี่ยวกับการลดบริโภคเค็มของหน่วยงานทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน รวมถึงภาคีเครือข่าย เช่น คนไทยไร้พุง สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นต้น
2. สารโน้มน้าวใจ หมายถึง ข้อความจาก บทความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว หรือ กิจกรรม บนสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์ ที่ปรากฏในการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย แสดงถึงการรับรู้ต่อไปนี้
 - 2.1 ความเสี่ยงต่อภัยคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของภัยคุกคาม
 - 2.2 ประสิทธิภาพของการตอบสนองการป้องกันภัยคุกคาม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ ทั้ง 5 ด้านคือ
 - 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
 - 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค
 - 3.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค
 - 3.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค
4. บุคคลวัยเกษียณ หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 51-70 ปี
5. ทักษะคิด หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึที่เอนเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่ง ของบุคคลวัยเกษียณอายุที่มีต่อการสื่อสารโน้มน้าวใจในรูปแบบต่างๆ ของการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย
6. การเปิดรับสื่อ หมายถึง การเปิดรับการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย ของบุคคลวัยเกษียณที่มีอายุระหว่าง 51-70 ปี

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเกษียณและการสื่อสารการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม” โดยมีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นกรอบและแนวทางประกอบการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

1. การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเกษียณอายุ
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. การบริโภคเค็ม
5. การรณรงค์ลดบริโภคเค็ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิด



การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ

ความหมายของการโน้มน้าวใจ

Perloff (2010) กล่าวว่า การโน้มน้าวใจเป็นกิจกรรมหรือกระบวนการ ซึ่งผู้ส่งสารพยายามชักจูงใจเพื่อให้เปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ หรือพฤติกรรมของผู้รับสาร ผ่านการถ่ายทอดของแหล่งสารไปยังผู้รับสารในบริบทต่างๆ ซึ่งผู้ถูกโน้มน้าวใจมีเสรีภาพว่าจะเลือกเชื่อหรือไม่เชื่อก็ได้

อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2525) กล่าวว่า การโน้มน้าวใจ คือ เครื่องมือที่สำคัญที่มนุษย์ใช้ในการจูงใจบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การสื่อสารเพื่อการจูงใจ (Persuasive Communication Situation) อันเป็นสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นแหล่งข่าวสาร หวังที่จะให้ผู้รับสารก่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อข่าวสาร มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือก่อให้เกิดอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้รับสารไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

ลักษณะการโน้มน้าวใจในสื่อต่างๆ

สื่อแต่ละประเภทยังมีผลต่อความรู้สึกนึกคิด รวมถึงมีผลต่อวิธีการและลักษณะของการโน้มน้าวใจด้วย วิธีการโน้มน้าวใจในสื่อแต่ละประเภทมีความแตกต่างกันดังนี้ (Borchers, 2005)

1. สื่อการพูด เป็นสื่อที่สามารถเห็นหน้าของผู้ส่งสารและผู้รับสารได้ โดยอาศัยเสียงและการเคลื่อนไหวร่างกายในการแสดงความคิด ตลอดจนการโน้มน้าวใจด้วยการเล่าเรื่องไปยังผู้รับสาร
2. สื่อสิ่งพิมพ์ ช่วยอธิบายความคิดเชิงนามธรรมและจัดกลุ่มความคิดได้ ซึ่งสื่อสิ่งพิมพ์มีอิทธิพลต่อรูปแบบการโน้มน้าวใจ เพราะสามารถแสดงหลักฐานในการสนับสนุนข้อสรุปและสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างความคิดรวมถึงการกระตุ้นอารมณ์ของผู้รับสาร
3. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยในการสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม ประสบการณ์ สถานที่ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่ต้องเผชิญด้วยตนเอง ผู้โน้มน้าวใจมักใช้ภาพ คำพูด คำบรรยาย หรือ ดนตรี เพื่อให้ผู้รับสารเกิดการตอบสนองตามที่ต้องการ เช่น โทรทัศน์
4. สื่ออินเทอร์เน็ต ผู้โน้มน้าวใจสามารถเป็นผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารจำนวนมาก และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารโดยใช้การปฏิสัมพันธ์ ผู้รับสารทางอินเทอร์เน็ตเป็นผู้ใช้สื่อที่มีอำนาจในการควบคุมการสื่อสาร เช่น การเลือกอ่านข้อมูลทางเว็บไซต์ที่น่าสนใจ สร้างความสะดวกในการติดต่อสื่อสารซึ่งสามารถสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มคนต่างๆ และผู้รับสารโน้มน้าวใจสามารถส่งสารหรือปฏิกิริยาตอบกลับไปยังผู้ส่งสารได้อย่างรวดเร็วในหลากหลายรูปแบบ เช่น การส่งอีเมลเพื่อซักถามข้อสงสัย แสดงความคิดเห็นทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook และ Instragram เป็นต้น

การสร้างสารเพื่อโน้มน้าวใจ

Kotler (1982) อธิบายว่า สารที่ดีจะมีความน่าสนใจในตัวเอง และสามารถดึงดูดความสนใจ กระตุ้นความต้องการและนำมาซึ่งการปฏิบัติได้ ซึ่งสามารถแบ่งการสร้างสารออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. สารที่เป็นเหตุผล (Rational Message) เป็นสารที่มีจุดมุ่งหมายในการให้ข้อมูลข่าวสารหรือดึงดูดความสนใจจากกลุ่มเป้าหมาย สารประเภทนี้มักแสดงถึงเหตุผลและประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับ
2. สารที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก (Emotional Message) เป็นสารที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกในเชิงบวกหรือลบ นำไปสู่การทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยน

แปลงพฤติกรรม มักจะสื่อสารเกี่ยวกับความกลัวกลัว ความละเอียด และความรู้สึกผิด มักใช้เมื่อต้องการให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีและหยุดพฤติกรรมที่ไม่ดี เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การแปรงฟันเป็นประจำ การเลิกดื่มเหล้า การรับประทานอาหารเกินปริมาณที่เหมาะสม แต่หากสารทำให้เกิดความกลัวมากเกินไปจะทำให้ผู้รับสารเกิดการปฏิเสธสาร จึงอาจใช้อารมณ์เชิงบวก เช่น ความรัก อารมณ์ขัน ความสนุกสนาน ความภูมิใจ มาใช้ในการโน้มน้าวใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ได้

3. สารที่เกี่ยวกับศีลธรรมและจริยธรรม (Moral Message) เป็นการสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยตรงว่า สิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมคืออะไร ส่วนมากเป็นการเชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายเสริมสร้างสิ่งที่ดีในสังคมด้านต่างๆ เช่น การช่วยรักษาสิ่งแวดล้อม การไม่แบ่งแยกชนชั้น สารที่เกี่ยวข้องกับศีลธรรมและจริยธรรมมักใช้ในการรณรงค์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ได้ทำทุกวันหรือเป็นประจำ

นอกจากนี้ อรวรรณ ปิรันธน์โอวาท (2546) ได้แบ่งแนวทางการสร้างสารเพื่อการจูงใจออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. จุดจูงใจโดยใช้ความกลัว (Fear Appeals) ตัวอย่างการจูงใจประเภทนี้ เช่น ควรเลิกสูบบุหรี่เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดมะเร็งปอด ที่ผ่านมามีการศึกษาด้านการจูงใจโดยใช้ความกลัวปรากฏว่าความกลัวในระดับต่ำมีผลในทางโน้มน้าวใจมากกว่าความกลัวระดับสูง ถ้าความกลัวมีมากเกินไป ผู้รับสารอาจเกิดการกระวนกระวาย แล้วจะสนใจความกระวนกระวายมากกว่าสาร

2. จุดจูงใจใช้อารมณ์ (Emotional Appeals) การโน้มน้าวใจโดยใช้อารมณ์มีวิธีการดังต่อไปนี้

2.1 ใช้ภาษาที่เจืออารมณ์ เพื่อบรรยายสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งโดยใช้ภาษาที่เจืออารมณ์ก่อให้เกิดความตระหนักไรตัวผู้รับสาร แต่อาจสร้างทัศนคติได้ทั้งบวกและลบ

2.2 เชื่อมโยงความคิดที่เสนอใหม่เข้ากับความคิดเดิมที่มีอยู่ โดยความคิดเก่าอาจเป็นความคิดบวกหรือลบก็ได้ ถ้าผู้ส่งสารสามารถเชื่อมโยงความคิดใหม่กับความคิดเก่าได้ก็อาจจะจูงใจทางอารมณ์ให้ผู้รับสารคล้อยตามได้

2.3 การเชื่อมโยงความคิดที่เสนอเข้ากับอวัจนสารที่สามารถเร้าอารมณ์ได้ เช่น การเสนอรูปเด็กผู้หญิงที่วิ่งหนีระเบิด สามารถสร้างความรู้สึกสะเทือนใจให้กับผู้รับสารในเรื่องเกี่ยวกับสงคราม

2.4 การทำให้วัจนสารและอวัจนสารสอดคล้องกันโดยผู้ส่งสาร กรณีนี้เป็นกรณีพิเศษสำหรับการพูด ถ้าผู้พูดพูดเรื่องที่ต้องใช้อารมณ์เข้าเจือปน ผู้พูดต้องมีอากัปกริยาท่าทางน้ำเสียงประกอบด้วย ผู้ฟังจึงคล้อยตาม

3. จุดจูงใจโดยใช้ความโกรธ (Angry Appeals) วิธีนี้ผู้ส่งสารสร้างความโกรธหรือความคับข้องใจให้แก่ผู้รับสารแล้วจึงเขียนหรือพูดเพื่อลดหรือเพิ่มความเครียดแก่ผู้รับสาร เช่น วาตะในช่วงเหตุการณ์พฤษภาทมิฬที่ผู้ส่งสารสร้างความข้องใจให้กับผู้รับสารโดยการหยิบเรื่องนายกรัฐมนตรีครมมาจากการเลือกตั้งมาเป็นจุดจูงใจ

4. จุดจูงใจโดยใช้อารมณ์ขัน (Humorous Appeals) วิธีนี้โน้มน้าวใจโดยการลดความเครียดอาจทำได้โดยวิธีเขียนประชดแดกดัน เช่น เขียนประชดโจรว่า ขอความกรุณาอย่ามาขโมยอีก เพราะไม่มีให้ขโมยแล้ว และติดป้ายนี้ไว้หน้าบ้าน

5. จุดจูงใจโดยใช้รางวัล (Reward as Appeals) ปกติแล้วสารที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับสารจะประสบความสำเร็จมากกว่าสารที่ไม่ได้ให้คำสัญญากับสิ่งใดกับคนฟัง ยิ่งมีรางวัลหรือสิ่งตอบแทนมากก็จะยิ่งเรียกร้องความสนใจหรือจูงใจคนฟังได้มาก ทั้งนี้รางวัลสามารถเป็นได้ทั้งนามธรรมและรูปธรรม เช่น การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นต้น

6. จุดจูงใจโดยใช้แรงจูงใจ (Motivational Appeals) แท้ที่จริงแล้วจุดจูงใจทุกชนิดที่กล่าวมาถือว่าเป็นแรงจูงใจ แต่มีแรงจูงใจบางอย่างที่มนุษย์เรียนรู้เมื่อมีประสบการณ์ผ่านเข้ามาในชีวิต แรงจูงใจเหล่านี้ ได้แก่ ความรักชาติ ความรักในเพื่อนมนุษย์ ศาสนา และค่านิยมต่างๆ เช่น การนิยมพรหมจรรย์ในหญิงสาวก่อนสมรส การที่จะสื่อสารโดยใช้แรงจูงใจต้องมีการวิเคราะห์ผู้ฟังอย่างมาก เพราะคุณธรรม ค่านิยม หรือแรงจูงใจอย่างหนึ่งอาจจะมีความหมายต่อผู้ฟังคนหนึ่ง ในขณะที่ผู้ฟังอีกคนหนึ่งอาจไม่รู้สึกรึอะไรเลย

การโน้มน้าวใจโดยใช้ความกลัว (Fear Appeals)

ความกลัวนำมาใช้ได้หลายสถานการณ์โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพและความเสี่ยง เพราะมนุษย์หวาดกลัวต่อโรคภัย การบาดเจ็บ และความตาย ซึ่งการโน้มน้าวใจโดยใช้ความกลัวเป็นสารที่มีจุดจูงใจโดยใช้ความกลัว คือการพยายามทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกกลัวด้วยการแสดงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์เพื่อให้ปรับเปลี่ยนทัศนคติและมีพฤติกรรมตามการโน้มน้าว การใช้ความกลัวในการให้ความรู้

ข้อมูล และแรงจูงใจในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เช่น การป้องกันมะเร็งเต้านม การใช้ถุงยางอนามัย การขับชี่ขณะเมา และการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น แต่การแสดงให้เห็นถึงความน่ากลัวหรืออันตรายตามที่ผู้ส่งสารแนะนำมาสามารถทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกกลัวไม่ใช่เรื่องง่าย และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้เสมอไป เพราะผู้รับสารคิดว่าผลกระทบที่ดูร้ายแรงนั้นอาจไม่เกิดขึ้นกับตนเองหรือมีโอกาสน้อย (กรรณิการ์ อัครวทรเดชา, 2550) การโน้มน้าวใจโดยใช้ความกลัว มี 2 องค์ประกอบคือ ภัยคุกคามและการตอบสนองคำแนะนำ ข้อความภัยคุกคามมักแสดงถึงผลกระทบด้านลบเมื่อไม่ทำตามคำแนะนำ ส่วนข้อความคำแนะนำจะแสดงถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงภัยคุกคาม ต่อมาได้มีการศึกษาแบบจำลองการใช้ความกลัวเป็นแรงขับ (Fear as acquired drive model) มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ที่อธิบายพฤติกรรมมนุษย์ในแง่ของการตอบสนองการเรียนรู้และผลตอบแทนที่ตามมา แบบจำลองนี้แสดงให้เห็นว่ามนุษย์ต้องเรียนรู้ที่จะกลัวการคุกคามก่อน จากนั้นจะเกิดแรงจูงใจในการลดความกลัวโดยปฏิบัติสิ่งที่ส่งผลให้มีความกลัวลดน้อยลง และเมื่อต้องเผชิญกับการคุกคามอีกก็จะใช้การตอบสนองในการลดความกลัวเปรียบเหมือนการให้รางวัลตนเอง Hovland และคณะ (1953) ตั้งข้อสังเกตว่าความกลัวสามารถลดลงได้จากการปรับตัวตามคำแนะนำ หรือหลีกเลี่ยงการกระทำนั้น

โดยสรุปแล้วการขับเคลื่อนด้วยความกลัวเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากพอจนจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการจัดทำข้อความที่มีความกลัวน้อยเกินไปจะไม่สามารถสร้างแรงจูงใจที่เพียงพอให้ผู้รับสารเกิดพฤติกรรมได้ ในทางกลับกันถ้าจัดทำข้อความที่มีความกลัวมากเกินไปจะทำให้ผู้รับสารปฏิเสธข้อความนั้น ซึ่งงานวิจัยของ Janis (1967) พบว่าการสร้างข้อความที่มีระดับความกลัวปานกลางทำให้ผู้รับสารเกิดการยอมรับมากที่สุด ต่อมาการขับเคลื่อนด้วยความกลัวได้รับความนิยมนลดลงเนื่องจากการศึกษาใหม่ที่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Janis (1967) ซึ่งการศึกษาใหม่พบว่าองค์ประกอบของการขับเคลื่อนความกลัวนั้นไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป (Giesen & Hendrick, 1974) เมื่อความกลัวเพิ่มขึ้นสามารถทำให้ทัศนคติและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน (Higbee, 1969)

แบบจำลองการตอบสนองคู่ขนาน

Leventhal (1970) ได้ขยายแนวคิดจากแบบจำลองการใช้ความกลัวเป็นแรงขับเคลื่อนมาเป็นแบบจำลองการตอบสนองคู่ขนาน โดยกล่าวว่าทฤษฎีก่อนหน้านั้นเน้นไปที่กระบวนการทางอารมณ์ซึ่งความกลัวสามารถทำให้เกิดกระบวนการทางปัญญาได้เช่นกัน ผู้รับสารจะมีความคิดเกี่ยวกับภัยคุกคามหรือกลยุทธ์ในการป้องกันภัยคุกคาม ซึ่งมีการตอบสนอง 2 รูปแบบคือ กระบวนการควบคุมอันตราย เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขภัยคุกคาม และกระบวนการควบคุมความกลัว เนื่องจากความกลัวเป็นอารมณ์ที่ไม่สบายใจ บุคคลที่ไม่สามารถลดภัยคุกคามได้จะพยายามกำจัดความรู้สึกกลัว จึงมีปฏิกิริยาตอบโต้เป็นการกระทำที่ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงเพื่อลดความกลัว อย่างไรก็ตามแบบจำลองนี้ไม่สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อไหร่หรือทำไมจึงเกิดกระบวนการนี้ จึงเกิดการวิจัยต่อมาโดยแยกการรับรู้จากการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาเป็นทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

มีการนำเสนอกรอบทฤษฎีหลายทฤษฎีเพื่ออธิบายกลไกที่ทำให้เกิดความกลัว ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันเป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่พัฒนามาจากแบบจำลองกระบวนการคู่ขนาน แต่มุ่งเน้นไปที่การตอบสนองการควบคุมอันตราย โดย Rogers (1975) ตั้งสมมติฐานว่าเมื่อองค์ประกอบของข้อความมีความกลัวในระดับสูงสอดคล้องกับกระบวนการทางความคิด จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง กล่าวคือข้อความที่ทำให้รู้สึกอ่อนไหวต่อภัยคุกคามที่ร้ายแรง และสามารถทำให้เชื่อว่าเกิดการป้องกันจากภัยคุกคาม ผู้รับสารจะมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น หากข้อความทำให้รู้สึกว่าคุณรับสารมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคมะเร็งปอดถ้าสูบบุหรี่ (ความเสี่ยง) มะเร็งปอดนั้นเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่ร้ายแรงนำไปสู่การเสียชีวิต (ความรุนแรง) และการเลิกสูบบุหรี่จะป้องกันมะเร็งปอด (ประสิทธิภาพการตอบสนอง) ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคผู้รับสารจะมีแรงจูงใจในการป้องกันตัวเองและเลิกสูบบุหรี่ ต่อมา มีการปรับปรุงทฤษฎีเพราะเกิดการประเมินภัยคุกคามที่ไม่เหมาะสมทำให้ลดแรงจูงใจในการปกป้องตนเอง จึงเพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งทำงานร่วมกับตัวแปรการรับรู้ประสิทธิภาพในการตอบสนอง กล่าวคือในการประเมินปัญหานั้นการรับรู้ประสิทธิภาพในการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มากกว่าการรับรู้ผลเสีย ผู้รับสารจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น คุณลักษณะที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค คือการให้ความสำคัญกับกระบวนการทางความคิดและแรงจูงใจในการป้องกันมาก

กว่าความกลัวที่เป็นอารมณ์ซึ่งไม่มีนัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นจึงไม่มีตัวแปรความกลัวปรากฏในทฤษฎีแต่ใช้ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของภัยคุกคามทำให้เกิดความกลัว ซึ่งการใช้ข้อความจุดจูงใจด้านความกลัวทำให้บุคคลเกิดการประเมินสาร 4 ประการคือ (Rogers, 1983)

1. การรับรู้ความรุนแรง หรือความร้ายแรงของภัยคุกคาม
2. การรับรู้ความเสี่ยง หรือความน่าจะเป็นในการประสบภัยคุกคาม
3. การรับรู้ความสามารถในการตอบสนอง หรือความเชื่อในประสิทธิภาพการป้องกันภัยคุกคาม
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการตอบสนองตามคำแนะนำ

ดังนั้นจึงแบ่งการประเมินได้เป็น 2 ลักษณะคือ การรับรู้การคุกคาม เป็นผลรวมของการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความสามารถ เป็นผลรวมของการรับรู้ความสามารถในการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความกลัวนั้นมีบทบาทในการเพิ่มระดับการรับรู้การคุกคามเท่านั้น โดยรวมแล้วทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมมีประสิทธิภาพในการอธิบายถึงการควบคุมอันตรายและการรับรู้ความสามารถ เมื่อการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความสามารถในการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ผู้รับสารจะยอมรับข้อความแนะนำและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตามแบบจำลองการตอบสนองคู่ขนานและทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันก็ยังไม่สามารถอธิบายได้ว่าเหตุผลใดหรือเมื่อไหร่ที่ผู้รับสารจะปฏิเสธข้อความ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องศึกษาถึงผลกระทบของความกลัวต่อตัวแปรประมวลผลหลัก 3 ตัว ได้แก่ ภัยคุกคาม ประสิทธิภาพ และความกลัว (Witte, 1994)

แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย

เป็นแบบจำลองที่พัฒนามาจาก 3 ทฤษฎีข้างต้น คือ การใช้ความกลัวเป็นแรงขับ แบบจำลองการตอบสนองคู่ขนาน และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Lucy Popova, 2012) อย่างไรก็ตามแบบจำลองการตอบสนองคู่ขนานของ Leventhal (1970) ยังไม่สามารถอธิบายการคาดการณ์ของกระบวนการได้ (Beck & Frankel, 1981) ในการพัฒนาแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายจึง

ได้ขยายแบบจำลองของ Leventhal (1970) ต่อไปซึ่งมีการระบุสิ่งทีนำไปสู่การควบคุมอันตรายและการควบคุมความกลัว

โครงสร้างของข้อความโน้มน้าวใจตามแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายมี 2 องค์ประกอบ คือ

1. การรับรู้ภัยคุกคาม ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภัยคุกคามและการรับรู้ความเสี่ยงต่อภัยคุกคาม โดยข้อความที่ออกแบบมาให้รับรู้ภัยคุกคามที่สูงจะทำให้ระดับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการรับรู้สูงขึ้น งานวิจัยอภิวเคราะห์ (meta-analyzes) ของ Witte & Allen (2000) พบว่าระดับของการคุกคามหรือความกลัวในข้อความนั้นสัมพันธ์กับการรับรู้การคุกคามหรือการรับรู้ความกลัวอย่างต่อเนื่อง

2. การรับรู้ประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของการตอบสนองการป้องกันภัยคุกคามและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองตามที่สารแนะนำ ตัวอย่างงานวิจัยของ Witte (1994) โดยใช้ข้อความโน้มน้าวใจที่มีการรับรู้ประสิทธิภาพสูง เช่น ฤกษ์งามยามดีมีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีหรือเอดส์และใช้งานง่าย ในทางกลับกันการทำให้การรับรู้มีประสิทธิภาพต่ำ คือทำให้ผู้รับสารเห็นว่าการใช้ฤกษ์งามยามดีไม่ได้มีประสิทธิภาพเสมอไปและใช้งานยุ่งยาก

ผู้ส่งสารสามารถประเมินการตอบสนองของผู้รับสารได้โดยการคำนวณค่าการประเมินรวมของการรับรู้ประสิทธิภาพและการรับรู้ภัยคุกคาม หากค่าเป็นบวกบุคคลจะตอบสนองต่อสารโดยการควบคุมอันตราย ถ้าหากค่าเป็นลบบุคคลจะตอบสนองต่อสารโดยการควบคุมความกลัว แบบจำลองนี้เสนอมุมมองแบบองค์รวมของการตอบสนองและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัว โดยแบ่งประเภทการตอบสนองของผู้รับสารต่อการโน้มน้าวใจตามแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ (Witte, Cameron, McKeon, & Berkowitz, 1996)

1. ไม่มีการตอบสนอง (no response) ผู้รับสารละเลยต่อข้อความสื่อสารความเสี่ยงต่อสุขภาพ

2. การตอบสนองโดยการควบคุมความกลัว (fear control) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเมื่อผู้รับสารเผชิญกับอันตรายที่คิดว่าไม่สามารถป้องกันได้ จึงมุ่งที่จะลดความกลัวมากกว่าที่การดำเนินการเพื่อลดการคุกคาม กล่าวคือผู้รับสารจะปฏิเสธข้อความสื่อสารความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยอาจมีพฤติกรรมสุขภาพตรงกันข้ามกับสิ่งที่สารแนะนำ เช่น การสูบบุหรี่มากขึ้น

3. การตอบสนองโดยการควบคุมอันตราย (danger control) เป็นกระบวนการทางความคิดที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกัน เกิดขึ้นเมื่อผู้รับสารเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถป้องกันการคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือผู้รับสารยอมรับข้อความสื่อสารความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยมีความเชื่อที่ศรัทธา และความตั้งใจในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องตามสิ่งที่สารแนะนำ

จากการวิจัยของ Witte & Allen (2000) พบว่า การโน้มน้าวใจด้วยความกลัวในรูปแบบของสารที่มีระดับการคุกคามสูงและมีการรับรู้ประสิทธิภาพสูง จะทำให้ข้อความมีประสิทธิภาพมาก ดังนั้นการจัดกระทำสารควรมีลักษณะที่ส่งผลให้เกิดการตอบสนองการควบคุมอันตราย โดยเสนอสารให้มีการรับรู้ประสิทธิภาพมากกว่าระดับการคุกคาม ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเกิดการยอมรับ มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพตามคำแนะนำและประสิทธิภาพของตนเองในการเกิดพฤติกรรม

ความแตกต่างของแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายกับแบบจำลองการสื่อสารความเสี่ยงอื่นๆมี 4 ประการคือ

1. การโน้มน้าวใจด้วยความกลัวไม่มีการแยกความแตกต่างเกี่ยวกับการประเมินผลของข้อความ ดังนั้นผู้รับสารจะประเมินสารทั้งหมดในครั้งเดียว เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ส่วนประกอบทั้ง 4 ของข้อความจะถูกนำเสนอให้ผู้รับสารรับรู้เฉพาะการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความสามารถในการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายแสดงให้เห็นถึงการประเมิน 2 ชั้น ชั้นแรกคือ การประเมินภัยคุกคามจะต้องสร้างข้อความที่มีระดับการรับรู้ที่แน่นอนก่อนที่ผู้รับสารจะมีการประเมิน การประเมินขั้นที่สองคือ ประสิทธิภาพการตอบสนองของข้อความ กล่าวคือภัยคุกคามจะกำหนดว่าผู้รับสารจะมีการตอบสนองต่อข้อความที่มีการรับรู้ความรุนแรงอย่างไร เช่น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงการป้องกัน และการตอบสนองต่อข้อความที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น การตอบสนองเพื่อควบคุมอันตรายหรือควบคุมความกลัว

2. แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภัยคุกคามและความกลัวนั้นแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้สามารถใช้คำว่า ภัยคุกคาม และ ความกลัว แทนกันได้ แต่อย่างไรก็ตามในแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายชี้ให้เห็นว่าทั้งสองคำนี้เป็นแนวคิดที่ต่างกัน และให้ผลลัพธ์ต่างกัน โดยความกลัวนั้นทำให้เกิดการตอบสนองต่อการควบคุมความกลัวโดยตรงและไม่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อการควบคุมอันตราย ดังนั้นการตอบสนองต่อภัยคุกคามนั้นทำให้เกิดการตอบสนองการควบคุมอันตรายโดยตรง ความกลัวจึงอยู่ในกระบวนการควบคุมทางอารมณ์เป็น

หลัก ในส่วนความคิดเกี่ยวกับภัยคุกคามและประสิทธิภาพของการตอบสนองนั้นมีอิทธิพลในการควบคุมอันตราย

3. ก่อนมีการพัฒนาแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย นักวิจัยส่วนใหญ่วัดเพียงการตอบสนองการควบคุมอันตราย ทัศนคติ ความตั้งใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น ซึ่งข้อความนั้นสามารถสร้างผลลัพธ์นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้นได้ จึงเสนอเพิ่มการวัดการตอบสนองความกลัว เช่น การหลีกเลี่ยงการป้องกันหรือการปฏิเสธ

4. แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย ขยายขอบเขตของผลลัพธ์ที่เกิดจากข้อความ ซึ่งการวิจัยก่อนหน้านี้ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าข้อความที่สื่อสารไปมีความความล้มเหลวอย่างไร โดยแบบจำลองนี้เหตุผลของข้อความที่ล้มเหลว 2 ประการคือ ข้อความไม่สามารถทำให้ผู้รับสารเกิดพฤติกรรมใดๆ และข้อความที่สร้างผลลัพธ์ต่อการควบคุมความกลัว เช่น การหลีกเลี่ยงการป้องกันหรือการปฏิเสธ เมื่อการรณรงค์หรือข้อความเกิดความล้มเหลวเพราะไม่มีการตอบสนอง ทำให้เกิดการตอบสนองด้วยความกลัว ผู้ส่งสารจึงต้องเน้นถึงการรับรู้ความความรุนแรงของภัยคุกคาม การรับรู้ประสิทธิภาพเพื่อเป็นแรงจูงใจส่งเสริมพฤติกรรม

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงเลือกศึกษาสารโน้มน้าวใจด้วยความกลัวที่พัฒนามาเป็นสารตามรูปแบบของแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยาย ซึ่งสามารถสร้างประสิทธิภาพให้กับข้อความไปยังผู้รับสารได้มากขึ้น ประกอบด้วย

1. ข้อความที่มีการรับรู้ภัยคุกคาม ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภัยคุกคามและการรับรู้ความเสี่ยงต่อภัยคุกคาม
2. ข้อความที่มีการรับรู้ประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของการตอบสนองการป้องกันภัยคุกคามและการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเกษียณอายุ

ความหมายของการเกษียณอายุ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ได้ให้ความหมายของ เกษียณอายุ ว่าครบกำหนดอายุรับราชการ หรือสิ้นกำหนดเวลารับราชการหรือการทำงาน มักถือเอาเกณฑ์สิ้นสุดที่อายุ 60 ปี

บุญเทือง โพธิ์เจริญ (2551) อธิบายถึง การเกษียณอายุ ว่าผู้ที่รับราชการมีกำหนดเวลาการทำงานจนถึงอายุ 60 ปี จากนั้นจึงเกษียณอายุ คือ ไม่ต้องทำงานอีกต่อไป เมื่อมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ก็จะได้รับบำเหน็จหรือบำนาญ ส่วนใหญ่จะเกษียณอายุเมื่อประมาณ 60 ปี สำหรับผู้ที่ทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ธนาคาร ฯลฯ จะมีกำหนดให้เกษียณอายุแตกต่างกัน อาจจะมีอายุน้อยกว่าหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นอยู่กับหน่วยงานนั้นๆ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) กล่าวว่า การเกษียณอายุ หมายถึง การพักผ่อนประจำ โดยการกำหนดอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การพักผ่อนประจำที่เคยปฏิบัติ โดยทั่วไปกำหนดอยู่ระหว่างอายุ 55-65 ปี สำหรับประเทศไทยกำหนดให้ผู้มีอายุ 60 ปี ต้องเกษียณจากหน้าที่งานราชการ ส่วนภาคเอกชนบางแห่งใช้เกณฑ์อายุ 55 ปีเป็นปีเกษียณจากงาน

บรรลุ ศิริพานิช (2531 อ้างถึงใน; สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ 2550) อธิบายว่า การเกษียณอายุ หมายถึง การหยุดทำงานที่เคยทำอยู่เป็นประจำ เมื่ออายุครบตามที่หน่วยงานนั้นๆกำหนดไว้ เช่นข้าราชการไทยกำหนดให้เกษียณอายุเมื่อครบ 60 ปี ส่วนงานเอกชนมีการกำหนดอายุที่แตกต่างกันไปในแต่ละองค์กร และมักจะกำหนดไว้ที่อายุ 60 ปี เช่นเดียวกับราชการ แต่บางแห่งกำหนดไว้ 55 ปี

วิจิตร บุญยโหดระ (2537) ให้ความหมายไว้ว่า การยุติ การถดถอย การออกจากสังคม กลุ่มผู้ร่วมงาน และชีวิตของงานทำงาน

กล่าวได้ว่าการเกษียณอายุ คือ การสิ้นสุดการทำงาน เมื่ออายุครบตามที่หน่วยงานกำหนด สำหรับผู้ที่ทำงานราชการมักจะสิ้นสุดการทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปี ส่วนผู้ที่ทำงานในองค์กรหรือหน่วยงานมักจะสิ้นสุดอายุการทำงานเมื่ออายุครบ 55 ปี หรือตามที่หน่วยงานกำหนดไว้

กระบวนการเกษียณอายุ

แอสลีย์ (1991 อ้างถึงใน; จิณณรัตน์ วราบุญนาคริรมย์ 2558) กล่าวถึงกระบวนการเกษียณอายุที่ต้องพบการเปลี่ยนแปลงมีทั้งหมด 6 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนเกษียณ (Pre-retirement Phrase) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1.1 ระยะไกล (Remote Phrase) เป็นช่วงระยะที่อยู่ก่อนการเกษียณหลายปี ผู้เกษียณมักจะยังไม่มีความคิดหรือความกังวลต่อการเกษียณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

1.2 ระยะใกล้ (Near Phrase) เป็นระยะใกล้ถึงกำหนดการเกษียณอายุ ผู้ที่ใกล้เกษียณต้องเตรียมความพร้อมหลายด้าน ทั้งความกังวลและการยอมรับการเปลี่ยนแปลง

2. ระยะหลังเกษียณใหม่ๆ (Honeymoon Phrase) เป็นระยะแรกที่เริ่มใช้ชีวิตหลังเกษียณ ผู้เกษียณอายุมักจะมีความสุขทั้งกายและใจ เพราะสามารถทำตามความต้องการของตนเองได้มาก เนื่องจากมีเวลาว่างและไม่ต้องปฏิบัติงานจากที่เคยทำประจำ แต่ช่วงเวลานี้อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เนื่องจากสถานภาพทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

3. ระยะขมขื่น (Disenchantment Phrase) เป็นระยะที่เบื่อหน่ายต่อชีวิตการเกษียณ เกิดความไม่สบายใจในการเปลี่ยนแปลงไปของสิ่งต่างๆ เช่น ไม่มีงานทำ รายได้ไม่เพียงพอ มีเวลาว่างมากเกินไป ไม่ได้พบปะเพื่อนฝูง ไม่มีบทบาทในสังคม ระยะนี้เป็นระยะที่มีผลกระทบทางจิตใจมาก อาจทำให้เกิดความเครียดสูง หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้

4. ระยะปรับตัวใหม่ (Re-orientation Phrase) เป็นระยะที่ต้องยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสภาวะความเป็นจริงของชีวิต

5. ระยะคงความสมดุล (Stabilization Phrase) เป็นระยะที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับชีวิตเกษียณได้ สามารถพึ่งพาตัวเองได้ และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

6. ระยะสุดท้ายของชีวิต (Termination Phrase) เป็นระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมลง อาจมีอาการเจ็บป่วยบ่อย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

การเกษียณอายุในแต่ละระยะนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น สถานะทางสังคม สิ่งแวดล้อม หรือรายได้ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคของวัยเกษียณ

พฤติกรรมกรกินเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินนั้นมีอยู่ 2 ด้านดังต่อไปนี้ (วิธณา วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์, 2541)

1. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ
2. ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจ หมายถึง งานที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การจำหน่าย และเศรษฐกิจ หมายถึง งานที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การจำหน่าย และการบริโภคที่ช่วยสนองความต้องการของบุคคลและสังคม ทั้งสิ่งบริโภคและอุปโภค กิจกรรมทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การผลิต เพื่อการอุปโภคบริโภค การแลกเปลี่ยน ซึ่งกิจกรรมต่างๆดังกล่าวในแต่ละสังคมกันอาจแตกต่างกันไป โดยสถาบันทางเศรษฐกิจมีเป้าหมายอยู่ที่การกินดีอยู่ดีของประชาชน ดังนั้นกิจกรรมทางเศรษฐกิจจึงเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนเกิดการอยู่ดีกินดี มีดังนี้

1. ระบบการตลาดและราคาของอาหาร ประเทศไทยมีเป็นระบบเศรษฐกิจการค้าแบบเสรี จึงมีสินค้าและบริการมากมายหลายชนิด รวมทั้งสินค้าที่เป็นอาหารด้วย ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะเป็นผู้ผลิตอาหารได้มาก มีการส่งสินค้าทั้งสดและแปรรูปออกจำหน่ายไปยังต่างประเทศแล้ว นอกจากนี้ ถึงแม้จะมีระบบการตลาดด้านอาหารที่ดีแต่อาหารทุกประเภทยังต้องขึ้นอยู่กับฤดูกาลการให้ผลผลิต และการคมนาคมขนส่งอาหารไปยังที่ต่างๆ พื้นที่แต่ละที่สามารถผลิตผลได้มากหรือน้อยแตกต่างกันจึงทำให้ราคาอาหารมีราคาสูงและแพงไม่เท่ากัน ดังนั้นผู้ที่อยู่ใกล้แหล่งผลิตอาหารมีโอกาสได้บริโภคอาหารที่มีราคาถูกกว่าและยังมีโอกาสได้รับอาหารที่มีคุณค่าดี เนื่องจากอาหารยังสดใหม่ไม่สูญเสียไประหว่างการเก็บหรือการขนส่ง แต่ในระบบเศรษฐกิจการค้าเสรีในปัจจุบันผู้ผลิตจะผลิตเพื่อขายได้มากกว่าเพื่อการบริโภค ดังนั้น อาหารบางชนิดแม้จะผลิตในท้องถิ่นนั้นๆ คน ในท้องถิ่นอาจไม่มีโอกาสบริโภคเพราะ ไม่มีวางขายในตลาดท้องถิ่นนั้นเพราะผู้ผลิตนำไปจำหน่ายในสถานที่ที่สามารถได้ราคาแพงกว่าในท้องถิ่นของตน

2. ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบต่างๆ

2.1 ด้านการผลิต ความเจริญด้านเทคโนโลยีทางการผลิตอาหาร ทั้งในด้านการผลิต เกษตรกรรม การเก็บรักษา การแปรรูปอาหาร ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ๆรวมถึงการบรรจุด้วยวัสดุรูปแบบต่างๆที่น่าดึงดูดและอำนวยความสะดวกทำให้เป็นที่นิยมของผู้บริโภคอย่างกว้างขวาง

2.2 ด้านการสื่อสาร ปัจจุบันการสื่อสารสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น การตลาดที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารมักจะมีอิทธิพลในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคมาก

ผู้บริโภคที่ได้รับการเสนอสินค้าจากโฆษณาและสื่อต่างๆ มากขึ้นทำให้มีการตัดสินใจซื้ออย่างรวดเร็ว

3. สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว การขยายตัวของอุตสาหกรรมมีผลต่อรายได้ของบุคคล ผู้ที่มีรายได้สูงจะสนใจและเลือกซื้ออาหารที่มีราคาแพงมาบริโภค ทำให้เกิดค่านิยมและรสนิยมใหม่ๆตามมาด้วย การมีรายได้ของแต่ละบุคคลมีผลโดยตรงต่อรายได้ของครอบครัว จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับค่าใช้จ่ายในเรื่องอาหาร พบว่าครอบครัวที่มีรายได้มาก ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารจะเป็นสัดส่วนน้อยคือ ไม่มากขึ้นตามอัตราส่วนหรือเหมาะสมกับรายได้ แม้จะมีรายได้มากขึ้นกว่าเดิมหลายเท่าแต่ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารจะใกล้เคียงกับของเดิม เพราะเมื่อมีเงินมากขึ้นมักจะใช้เงินส่วนใหญ่ไปกับการซื้อสิ่งของมากกว่าอาหาร ครอบครัวที่มีฐานะปานกลาง รายได้ส่วนใหญ่จะใช้ในเรื่องการซื้ออาหาร เมื่อมีรายได้มากขึ้นค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารจะสูงขึ้นบ้าง เช่น เมื่อมีรายได้น้อย แม่บ้านจะซื้ออาหารในตลาดเล็กและซื้ออาหารที่มีราคาถูก แต่เมื่อมีรายได้มากขึ้นจะไปซื้ออาหารในตลาดที่ใหญ่ขึ้น มีอาหารที่คุณภาพดีขึ้นจึงมีราคาแพงขึ้นตามลำดับ แสดงว่าการมีรายได้สูงขึ้นนั้น อาจได้อาหารที่มีคุณภาพดีขึ้นแต่ปริมาณก็คงไม่เพิ่มขึ้น เพราะจำนวนคนในครอบครัวมีเท่าเดิม สำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อยมากหรือไม่เคยอยู่ที่กินดีมาก่อน โดยปกติ อาหารที่กินไม่ค่อยเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ถ้ามีรายได้มากขึ้นจะนำรายได้ส่วนที่เพิ่มขึ้นใช้ในการซื้ออาหารเช่นเดียวกับกลุ่มที่มีฐานะปานกลาง แต่สิ่งที่แตกต่างคือจะซื้ออาหารในปริมาณที่มากขึ้นให้สมาชิกในครอบครัวได้กินอิ่ม ถ้าเขามีรายได้มากขึ้นจึงจะซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีขึ้นตามไปด้วย เพราะอาหารที่มีคุณภาพส่วนมากนั้นมักจะมีราคาแพงกว่าอาหารที่คุณภาพน้อย เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผลไม้ ย่อมมีราคาแพงกว่าข้าว เป็นต้น และถ้ามีรายได้มากขึ้นไปอีก ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหาร จะคงอยู่ตามเดิม แต่จะเพิ่มในด้านค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับอาหาร เช่น นำไปซื้อเสื้อผ้า วิทยุ โทรทัศน์ หรือปรับปรุงที่อยู่อาศัย เป็นต้น

นอกจากนี้รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแล้ว เรื่องการเลือกซื้ออาหารก็เป็นสิ่งสำคัญเกี่ยวข้องกับการซื้ออาหาร อาหารในท้องตลาดนั้นถ้าชนิดใดมีจำนวนมากมักจะมีราคาถูกแต่ถ้าชนิดใดมีน้อยมักจะมีราคาแพง ผู้ที่มีความรู้ในการเลือกซื้ออาหารอาจมีเทคนิคในการเลือกซื้ออาหารที่มีราคาไม่แพงมากเพื่อทดแทนอาหารที่มีราคาแพง หรือเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายชนิดเดียวกันแต่เลือกซื้ออาหารที่มีราคาถูกกว่า เช่น เลือกซื้อปลาทุที่มีราคาถูกกว่าปลาแซลมอน แต่มีคุณค่าทางโภชนาการและโอเมก้า 3 สูงพอๆกัน โดยเฉลี่ยแล้ว ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารภายในครอบครัวจะมีประมาณร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งมากกว่าค่าใช้จ่ายในด้านอื่น ซึ่งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการใช้เงินค่าอาหารของครอบครัว ได้แก่

1. รายได้ของครอบครัว

2. ขนาดของครอบครัว
3. วัย ความชอบ และทัศนคติการบริโภคอาหารของสมาชิกในครอบครัวปัจจัยทางด้านสังคม
4. ฐานะทางสังคมกับผู้บริโภค
5. ชุมชนที่ครอบครัวอาศัยอยู่
6. กิจกรรมที่ครอบครัวมี เช่น จัดงานเลี้ยงบ่อยมากแค่ไหน
7. เวลาที่มีสำหรับการจ่ายตลาดและประกอบอาหาร
8. ประสบการณ์ที่ในการตัดแปลงหรือใช้ของให้คุ้มค่า

ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

ณรงค์ เส็งประชา (2532) อธิบายว่าปัจจุบันนี้นักสังคมวิทยาเห็นว่า วัฒนธรรม คือความรู้ ความเชื่อ และวิธีในการกระทำทุกสิ่งทุกอย่างซึ่งมนุษย์ได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกของสังคม และได้มีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เป็นสิ่งที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือสังคมใดสังคมหนึ่ง มนุษย์จะคิดสร้างระเบียบ กฎเกณฑ์ วิธีในการปฏิบัติ ตลอดจนระบบความเชื่อ ความ คิด ความรู้และเทคโนโลยีต่างๆ นักสังคมวิทยา แบ่งประเภทของวัฒนธรรมออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. วัฒนธรรมทางแนวความคิด (Ideas - thinking) หมายถึงวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับ ความ คิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึก ซึ่งอาจถูกหรือผิดก็ได้ เช่น เชื่อว่ากินปลาแล้วฉลาด กินผักบั้งแล้วตา สวย เป็นต้น

2. วัฒนธรรมทางบรรทัดฐาน (Norms - doing) ได้แก่ ระเบียบแบบแผนหรือประเพณีที่ บุคคลในสังคมยึดถือ หรือปฏิบัติ ร่วมกัน ประกอบด้วย

- 2.1 วิธีชาวบ้าน คือ ระเบียบแบบแผนที่บุคคลในสังคมควรจะทำปฏิบัติ เช่น การบวช ของลูกชายเมื่อมีอายุครบ 20 ปี เพื่อทดแทนบุญคุณบิดามารดา

- 2.2 จารีต เป็นระเบียบแบบแผนที่บุคคลในสังคมจะต้องปฏิบัติตาม หากฝ่าฝืนถือ เป็นการกระทำผิดทางศีลธรรม สังคมอาจรังเกียจ เช่น การเลี้ยงดูพ่อแม่ตอนแก่เฒ่า เป็นต้น

3. วัฒนธรรมทางวัตถุ ได้แก่ วัตถุ สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อนำมาใช้ในสังคม เช่น เสื้อผ้า อาหาร ยา ที่อยู่อาศัย

การบริโภคของมนุษย์นั้นไม่ได้เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆแต่ค่อยสะสมมาตั้งแต่วัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ อาจมาจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคนั้น ชวลิต รัตนกุล (2523) กล่าวไว้ดังนี้

1. อาหารที่มีในท้องถิ่น ท้องถิ่นใดที่มีอาหารให้บริโภคสมบูรณ์ คนในท้องถิ่นนั้นก็จะมีโอกาสได้บริโภคอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ท้องถิ่นใดขาดแคลนอาหารคนในท้องถิ่นจะมีการบริโภคอย่างจำกัด

2. ฐานะเศรษฐกิจ แต่ละครอบครัวสามารถซื้ออาหารที่มีขายในท้องตลาดมาบริโภคได้มากน้อยเพียงใดและซื้ออาหารประเภทใดได้บ้างนั้น ส่วนหนึ่งอยู่กับรายได้ของครอบครัว

3. ความเคยชินในการกินของแต่ละครอบครัว เช่น เชื้อชาติ ศาสนา และขนบธรรมเนียมประจำชาติ หรือความเชื่อในแต่ละครอบครัว รวมทั้งนิสัยที่สืบทอดมาหลายชั่วอายุคน ก็เป็นตัวกำหนดในการบริโภคเช่นเดียวกัน

4. ขนบธรรมเนียมประเพณี

5. ภาวะทางอารมณ์และจิตใจ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุข รำคาญ หรืออุนวายใจ ความชอบหรือไม่ชอบในอาหาร

6. อิทธิพลของการศึกษา ความรู้เรื่องคุณค่าของอาหารอาจเป็นสาเหตุสำคัญในการตัดสินใจเลือกซื้อ เมื่อบุคคลเลือกซื้ออาหารเพราะรู้คุณค่าของอาหารนั้นๆ แสดงให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ประชาชน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโภชนาการของวัยเกษียณนั้น ไม่เพียงแต่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเท่านั้น กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) กล่าวว่ายังมีสาเหตุอื่นร่วมด้วย คือ

1. ภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการกิน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตรวมถึงการเลือกซื้ออาหาร ทำให้วัยเกษียณไม่สามารถกินได้ตามความเหมาะสมทั้งปริมาณและคุณค่าอาหารที่ควรได้รับตามที่ร่างกายต้องการ

2. ขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การไม่เข้าใจคุณค่าของอาหารกับความต้องการของร่างกาย ทำให้เลือกอาหารไม่เหมาะสมในแง่คุณค่า ถ้ามีรายได้น้อยมักจะมุ่งซื้ออาหารประเภทแป้งที่ให้แต่สารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเพราะราคาถูก บางคนมีรายได้มากแต่ตระหนักก็จะมีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ที่มีรายได้น้อย กล่าวคือ จะเลือกซื้ออาหารที่ให้ค่าน้อย ราคาถูก แต่บางคนมีรายได้มากเลือกซื้ออาหารได้ครบถ้วนแต่กินมากเกินไปกว่าที่ร่างกายต้องการ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันเป็นสาเหตุของโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ความรู้จะช่วยให้ผู้บริโภครู้จักเลือกและจัดการอาหารที่มีคุณค่าให้กับตนเอง

3. นิสัยการกิน การกินเป็นวัฒนธรรมทางสังคมที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะของสุขภาพ ความคุ้นเคย ความชอบ และความเชื่อเกี่ยวกับอาหารในวัยที่ผ่านมามีผลกระทบต่อกรกิน เมื่อความเชื่อและความคุ้นเคยรวมกันจะทำให้ตนเองเลือกกินแต่อาหารที่ตนพอใจเท่านั้น และเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในวัยเกษียณมักจะมองข้ามคุณค่าและความสำคัญของอาหารที่ร่างกายต้องการลดลง

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) ได้อธิบายเพิ่มเติมถึงปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการกินมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย ได้แก่ การประกอบอาชีพพ่อครัวหรือแม่ครัวที่ต้องชิมอาหารเป็นประจำ การกินอาหารเพื่อลดความกังวล หรือค่านิยมที่ว่าคนอ้วนแสดงถึงความสมบูรณ์พูนสุข เป็นต้น

เมื่อคนมีอายุมากขึ้นมักมีแนวโน้มที่จะกินอาหารลดลง ส่วนหนึ่งมาจากการใช้แรงงานน้อยลง และมีสาเหตุอื่นๆที่ทำให้ผู้สูงอายุกินอาหารน้อยลง มีดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2543)

1. ความไม่ปกติของร่างกาย เมื่ออายุสูงขึ้นร่างกายมีความแข็งแรงลดลงทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก สายตาไม่ดี หรือมีความเจ็บป่วยบางประการ ก็เป็นอุปสรรคต่อการจับจ่ายซื้ออาหารและการปรุงอาหาร ถ้าอยู่เพียงลำพังหรือไม่อยากรบกวนผู้อื่น ก็ทำให้การซื้ออาหารหรือปรุงอาหารลดน้อยตามไปด้วย หรือทำแต่พอกินทำให้กินอาหารน้อยลง

2. การขาดความชำนาญในการทำอาหาร ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ชายบางคนไม่มีความรู้เรื่องการทำอาหารมาก่อน เมื่อภรรยาเสียชีวิตหรือต้องอยู่เพียงลำพังมักมีปัญหาในการปรุงอาหาร

3. อาหารราคาแพง ผู้สูงอายุบางรายมีรายได้น้อย ทำให้เงินที่จะนำมาซื้ออาหารไม่เพียงพอ

4. สุขภาพจิตเสื่อมโทรม ผู้สูงอายุบางคนมีความบกพร่องหรือพิการทางกาย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้ด้วยลำบาก ช่วยเหลือตนเองได้ไม่มาก ก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ เกิดอาการซึมเศร้า นำมาซึ่งการเบื่ออาหารและกินอาหารได้น้อยลง

ปัญหาโภชนาการในวัยเกษียณ

บรรลู่ ศิริพานิช (2543) กล่าวว่า การรับประทานอาหารมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับพลังงานที่เราใช้ไปในแต่ละวันหรือกล้ามเนื้อต้องทำงานหนักมากเท่าใด ปัจจัย 2 อย่างนี้แตกต่างกันในแต่ละคน เมื่ออายุมากขึ้นเข้าสู่วัยชรา ร่างกายเรามีแนวโน้มที่ต้องการอาหารลดลง โดยเฉพาะคนที่ต้องใช้กำลังในการทำงานมากๆ เมื่อเกษียณอายุการใช้กำลังทำงานลดลงทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ง่าย นอกจากจะลดปริมาณอาหารให้น้อยลง คนอ้วนมากๆมักจะมีอายุสั้นกว่าคนที่รูปร่างสมส่วน เพราะ หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มทำให้เป็นโรคความดันเลือดสูง และเสี่ยงต่อหัวใจวาย มีน้ำหนักลงข้อมาก โดยเฉพาะข้อสะโพกและข้อเข่า จะมีโอกาสปวดหลังและปวดเข่าสูง ผลสุดท้ายมักทำให้ขาโก่ง เมื่อเดินจะทำให้เกิดข้ออักเสบและปวดข้อ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เส้นเลือดแข็ง เส้นเลือดอุดตัน มีการเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ใช้ชีวิตอย่างคล่องแคล่วไม่ได้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อชรา ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องรักษาน้ำหนักตัวไว้ให้เหมาะสม

การกินอาหารบางชนิดมากเกินไปไม่ได้สัดส่วน อาจเป็นโทษแก่ร่างกายได้ อาหารที่ควรระวังในการรับประทานคือ อาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันสูง โดยทั่วไปเมื่อสูงอายุจะมีไขมันตกตะกอนตามผนังของเส้นเลือดทำให้เส้นเลือดแข็ง ถ้ายังมีไขมันในเลือดสูงยิ่งเกิดปัญหาผนังเส้นเลือดแข็งมากขึ้น เพราะเมื่อไขมันตกตะกอนมากทำให้ขนาดรูของเส้นเลือดเล็กลงและขาดความยืดหยุ่น ถ้าเป็นเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจหรือสมอง จะทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอ บางครั้งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต ดังนั้นควรลดความเสี่ยงโดยกินอาหารที่มีไขมันในปริมาณที่เหมาะสม ได้แก่ ไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์ ไข่แดง นม น้ำมันมะพร้าว เป็นต้น

การกินอาหารไม่ใช่ว่ากินอาหารได้มากจะเป็นการเพียงพอ เพราะการที่จะคงสุขภาพกายและใจให้แข็งแรงได้ จะต้องได้รับอาหารที่มีสัดส่วนครบถ้วนด้วย ลักษณะการกินอาหารไม่ครบส่วนของผู้สูงอายุมีดังนี้

1. กินอาหารที่กากใยไม่เพียงพอ โดยทั่วไปอาหารที่กินเข้าไปบางส่วนเป็นกาก ร่างกายไม่สามารถย่อยจึงถ่ายเป็นอุจจาระออกมาอย่างเส้นใยของผักผลไม้ต่างๆ เป็นต้น การที่กินอาหารไม่มีกากจะทำให้เกิดการท้องผูก ซึ่งมีอาการอึดอัดทำให้เกิดการเบื่อบริโภคอาหารในที่สุด ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารที่มีกากมาก เช่น ผักใบเขียวหรือผลไม้ต่างๆ

2. การขาดแคลเซียม เมื่ออายุมากขึ้น แคลเซียมซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูกจะลดลง ทำให้กระดูกเปราะและหักได้ง่ายกว่าคนที่มีอายุน้อย ผู้สูงอายุควรรับประทานแคลเซียมมากขึ้น เพื่อไม่ให้ร่างกายขาดแคลเซียม ซึ่งสามารถพบมากใน นม ผลไม้ กระดูกปลากรอบ เป็นต้น

3. การขาดน้ำ คนเราต้องการน้ำปริมาณ 2 ลิตรต่อวัน เพื่อให้ร่างกายคงระบบการทำงานได้ตามปกติ ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นมักจะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยๆ บางคนรำคาญที่ต้องลุกเดินปัสสาวะหลายครั้งจึงดื่มน้ำน้อยลง เป็นผลทำให้ร่างกายขาดน้ำและเป็นสาเหตุให้เกิดอาการท้องผูก อ่อนเพลีย และเกิดภาวะเป็นกรดในน้ำเลือด

4. การขาดธาตุเหล็ก หากร่างกายขาดธาตุเหล็กจะทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ทำให้การนำออกซิเจนเข้าสู่เพื่อใช้ในการเผาผลาญบกพร่อง ในขณะที่วัยหนุ่มสาว ผู้หญิงมักเป็นโรคเลือดจางได้มากกว่าผู้ชายเพราะต้องสูญเสียเลือดในการมีประจำเดือน แต่ถ้ารับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายสามารถนำไปใช้ในการผลิตเลือดทำให้ไม่เกิดเลือดจาง เมื่ออายุมากขึ้นพันวัยมีประจำเดือนแล้วโอกาสเป็นโรคเลือดจางในหญิงและชายมีเท่ากัน เพราะอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนอาจทำให้ขาดธาตุเหล็ก ผู้ที่เป็นโรคเลือดจางจะมีอาการอ่อนเพลีย วิงเวียน และอาการจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อเลือดจางมากขึ้น ผู้สูงอายุบางคนเสียเลือดจากการเป็นริดสีดวง เพราะเวลาถ่ายอุจจาระจะมีเลือดไหล หรือถ้าหากเกิดเป็นแผลและเสียเลือดมากจึงเป็นอันตราย ดังนั้นเมื่อมีอายุมากขึ้นควรรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ เนื่องจากร่างกายต้องการธาตุเหล็กขึ้นเพื่อทดแทนส่วนที่เสียไป

5. การขาดวิตามินซี ทำให้เกิดโรคเลือดจางได้เช่นกัน เพราะวิตามินซีช่วยให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ นอกจากนี้อาจเกิดโรคเลือดออกตามไรฟันหรือผิวหนัง ทำให้ภูมิต้านทานโรคต่ำ ถ้าร่างกายได้รับผลไม้รสเปรี้ยวและผักเป็นประจำในจำนวนที่เหมาะสม ร่างกายมักจะไม่ต้องขาดวิตามินซี

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) ได้กล่าวถึงการรับประทานอาหารที่มากและน้อยเกินไป ซึ่งสอดคล้องจากการกล่าวข้างต้น คือ บุคคลในวัยเกษียณมีการเลือกรับประทานตามใจตนเอง ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นได้ง่าย แต่บางคนมีความเชื่อว่ารูปร่างอ้วน คือความสมบูรณ์ของสุขภาพ จึงบำรุงร่างกายโดยการรับประทานอาหารให้มาก จึงได้รับสารอาหารบางอย่างมากเกินไปร่างกายต้องการทำให้ส่งผล 2 ประการคือ

1. รับประทานน้อยเกินไป วัยเกษียณส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารเสื่อมประสิทธิภาพ ทั้งกระบวนการดูดซึม การย่อยอาหาร การรับรส และการบดเคี้ยว ทำให้ได้รับ

สารอาหารไม่เพียงพอกับที่ร่างกายต้องการ ถ้าหากกินน้อยเกินไปจะทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ซึ่งภาวะขาดสารอาหารที่เกิดขึ้นนอกจากโรคขาดอาหาร โรคโลหิตจางและโรคเหน็บชาแล้ว ยังมีโอกาสเป็นโรคอื่นๆได้ง่าย เพราะความต้านทานของร่างกายต่ำ และโรคโลหิตจางของวัยเกษียณส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับ ไข่ เนื้อ ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่สามารถหาซื้อได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงต้องปรับนิสัยการกิน เพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง

2. รับประทานมากเกินไป อาหารที่เกินความต้องการของร่างกายจะถูกสะสมเป็นเนื้อเยื่อไขมันทำให้อ้วน การอ้วนมากเกินไปส่งผลต่อร่างกายมักก่อให้เกิดโรคตามมาและทำให้อายุสั้นมากกว่าคนผอม แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย พ.ศ.2513 ได้รายงานเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคในคนอ้วนและคนผอมที่แสดงให้เห็นว่า คนอ้วนเป็นโรคมมากกว่าคนผอม ดังนี้ โรคหัวใจในโตพบในคนอ้วนเป็น 6 เท่าของคนผอม โรคหัวใจในถุงน้ำดีพบในคนอ้วนเป็น 4 เท่าของคนผอม โรคเบาหวานพบในคนอ้วนเป็น 3 เท่าของคนผอม โรคเส้นเลือดในสมองพบในคนอ้วนเป็น 3 เท่าของคนผอม และทำให้เกิดโรคอื่นๆอีก เช่น โรคอ้วน เป็นโรคที่อาจเกิดได้จาก 2 สาเหตุ สาเหตุแรกเกิดจากฮอร์โมนในร่างกายมีความผิดปกติ คือมีไทรอยด์ฮอร์โมนน้อยเกินไป หรือมีคอร์ติซอลมากเกินไป แต่ส่วนใหญ่แล้วมาจากนิสัยการกินมากเกินไปทำให้เกิดภาวะอ้วน ทำให้ไขมันเพิ่มการเกาะจับตามส่วนต่างๆของร่างกายมากกว่าปกติ จึงทำให้มีน้ำหนักมากเกินไปกว่ามาตรฐาน การกินมากเกินไปกว่าที่ร่างกายต้องการเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอ้วนซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอ้วนที่แก้ได้ยาก ผลเสียจากการอ้วนมากเกินไปนอกจากทำให้มีการเคลื่อนไหวลำบากแล้วยังทำให้สุขภาพเสื่อมลงไปด้วย โดยเฉพาะข้อเข่าและข้อสะโพกจะมีการอักเสบของกระดูกเร็วกว่าปกติ เข่าจะแบนข้อเข่าจะบวมทำให้เดินได้ลำบาก รวมทั้งการหายใจลำบากขึ้น การแก้ปัญหาที่สำคัญคือการลดน้ำหนักให้กลับเข้าสู่เกณฑ์มาตรฐานตามอายุด้วยการลดอาหาร จะให้ผลดีกว่าการออกกำลังกายอย่างเดียว เพราะบางครั้งการออกกำลังกายจะทำให้เกิดความอยากอาหารเพิ่มขึ้น อาหารที่ควรได้รับในแต่ละวันควรมีประมาณ 800-1,000 แคลอรี และควรงดหรือรับประทาน แป้ง น้ำตาล และไขมันน้อยลง อีกหนึ่งโรคที่พบมากคือโรคสืบเนื่องจากไขมันในเลือดสูง คอเลสเตอรอลเป็นไขมันที่ปรากฏในกระแสเลือด หากมีมากเกินไปจะนำไปสู่โรคอื่นๆตามมา เนื่องจากการกินอาหารไขมันมาก ไขมันบางส่วนจะเก็บไว้ในรูปไขมัน แต่บางส่วนจะเกาะจับอยู่ตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ช่องของหลอดเลือดแคบลง การไหลเวียนของโลหิตไม่ดี หลอดเลือดอุดตัน โรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและตีบแคบที่ตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอัมพาต และความดันโลหิตสูง เป็นต้น อาหารทุกประเภทมีคุณค่าและจำเป็นต่อร่างกาย แต่ถ้ามากเกินไปที่ร่างกายต้องการก็ย่อมทำให้เกิดโรค

สุนีย์ และ จักรกฤษณ์ (2560) อธิบายถึงปัญหาโภชนาการในผู้ที่มีอายุ 51-59 ปีหรือวัยผู้ใหญ่ตอนปลายว่า โรคอ้วนนั้นเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับประทานอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกายและออกกำลังกายไม่เพียงพอ วัยผู้ใหญ่ตอนปลายเป็นวัยที่ร่างกายไม่มีการเจริญเติบโตอีกต่อไป ความต้องการพลังงานของร่างกายจะลดลง การทำกิจกรรมต่างๆก็เริ่มลดลง การใช้พลังงานก็ลดลงตามไปด้วย แต่การกินอาหารของคนวัยนี้ไม่ได้ลดลงตามไปด้วย และอาจมากขึ้นในบุคคลที่มีการกินเลี้ยงพบปะสังสรรค์หรือในโอกาสพิเศษต่างๆ ทำให้ได้รับอาหารเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ประกอบกับไม่มีเวลาออกกำลังกายและนิสัยการบริโภคที่ไม่ดี คือกินอาหารที่ไม่มีประโยชน์เป็นประเภทที่ให้แต่พลังงาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เหล้า เป็นต้น จึงมีน้ำหนักเพิ่มและเกิดโรคอ้วน ซึ่งก่อให้เกิดโรคต่างๆตามมาเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายควรกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ และสามารถลดปัญหาการเกิดโรคต่างๆเมื่ออายุมากขึ้น

ปัญหาโภชนาการในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือวัยผู้สูงอายุ มักมาจากนิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง การกินอาหารตามความชอบและความสนใจในรสชาติมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ เมื่อผู้สูงอายุที่ลูกหลานไม่ได้เอาใจใส่ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ทำให้คิดมาก เกิดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร หรือในทางตรงกันข้ามอาจใช้อาหารเป็นเครื่องชดเชยอารมณ์และกินตลอดเวลา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดโรคต่างๆที่พบบ่อย ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดแข็งและหัวใจขาดเลือด โรคกระดูกพรุน เป็นต้น

ดังนั้น ในงานวิจัยนี้จึงเลือกบุคคลวัยเกษียณเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพราะเมื่อประเทศก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีจำนวนประชากรที่เข้าสู่วัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมักได้รับประทานอาหารจานด่วนหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีโซเดียมในปริมาณมาก งานวิจัยนี้เลือกศึกษาบุคคลวัยเกษียณที่มีอายุ 51-70 ปี ซึ่งมีความแตกต่างทางด้านประชากร

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เป็นแบบจำลองทางสังคมจิตวิทยาที่เกิดขึ้นเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1950 และเป็นทฤษฎีหรือแบบจำลองลำดับแรกๆที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

ทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ และหลังจากนั้นมีพัฒนาการทางความคิดที่ต่อเนื่องยาวนานมากกว่าครึ่ง ศตวรรษ (Champion and Skinner, 2008; Edberg, 2015; Simons-Morton, McLeroy, & Wendal. 2012 อ้างถึงใน; จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) การพัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้น เกิดขึ้นในปี ค.ศ.1950 โดย Hochbaum และ Rosenstock ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัยด้านสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการออกแบบโปรแกรมการศึกษาด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านประชากรศาสตร์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันและการใช้บริการสุขภาพ แต่ปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้ ดังนั้นการโน้มน้าวโดยใช้ความเชื่อจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการสะท้อนถึงความแตกต่างทางประชากรศาสตร์ของแต่ละบุคคล และยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกด้วย (Abraham, Samuel Sheeran, P., 2004) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ นักวิจัยหลายคนใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการรณรงค์ด้านการสื่อสารสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค (Rosenstock M, 1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ใช้ให้เห็นผลลัพธ์ของสื่อ โดยใช้ในการออกแบบและประเมินผลการสื่อสารการรณรงค์มากที่สุด (Hornik และ Yanovitzky, 2003)

ต่อมา Rosenstock (1969) ได้ศึกษาและพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพื่อแก้ไขความล้มเหลวของโครงการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือกับโครงการดังกล่าว แม้ว่าจะเป็นเป็นการบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ โดยพบว่าบุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้นเมื่อประเมินแล้วพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีประโยชน์หรือส่งผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรคตามมา หลังจากนั้น Rosenstock จึงได้องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค (Perceived barriers)

ต่อมา Becker & Maiman (1975) มีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มเป็น 6 ตัวแปร โดยเพิ่มตัวแปรด้านปัจจัยร่วม และตัวแปรด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ช่วยให้เห็นแบบจำลองนี้

สามารถนำไปใช้อธิบายและประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาโรคได้กว้างมากยิ่งขึ้น โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้ แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม 6 ตัวแปร ได้แก่

1. กลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะส่งอิทธิพลผ่านการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคก่อนจึงไปถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคล

2. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่ส่งอิทธิพลโดยอ้อม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความรู้เรื่องโรค

3. กลุ่มปัจจัยแนวโน้มการปฏิบัติ (Likelihood of action) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและการรักษาโรค

ในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock และ Becker เสนอให้เพิ่มตัวแปรเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยยังคงองค์ประกอบที่มีอยู่เดิมไว้ โดยมีตัวแปรเพิ่มมาคือ ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นการรวมกันของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิภาพตนเอง การศึกษาจำนวนมากพบว่าคำแนะนำและการดำเนินการเพื่อป้องกันทางสุขภาพของแพทย์ในการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติตามนั้นเกิดความล้มเหลว เพราะกลุ่มเป้าหมายเชื่อว่าตนเองอาจไม่พบความเจ็บป่วยหรือสูญเสียชีวิต (Becker & Rosenstock และ Janz, 1984-1985) โดย Strecher (1986) ยืนยันว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังและการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ กล่าวคือ เมื่อกลุ่มเป้าหมายเชื่อว่าไม่ต้องเผชิญกับอุปสรรคและเกิดผลลัพธ์ที่ดีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือเมื่อมีอุปสรรคตนเองก็จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนบรรลุเป้าหมายได้ ดังนั้นการเพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเพื่อการใช้ประโยชน์ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้มากขึ้นกว่าแบบจำลองเดิมที่จำกัดเพียงพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค โดยสามารถนำไปปรับใช้กับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมการรับประทานอาหารมากเกินไป โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม 7 ตัวแปร (Skinner, Tiro, & Champion, 2008) ได้แก่

1. กลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล (Individual beliefs) ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค

1.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค

1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

2. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) หรือปัจจัยส่วนบุคคลและสังคมที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความรู้

3. กลุ่มปัจจัยด้านการกระทำ (Action) หรือปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

อธิบายได้ว่าปัจจัยที่ส่งอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคซึ่งเป็นผลรวมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำส่งอิทธิพลทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และโดยอ้อมที่ส่งผ่านกลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล ซึ่งทั้งกลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลและกลุ่มปัจจัยด้านการกระทำก็ได้รับอิทธิพลทางอ้อมมาจากปัจจัยร่วมมาอีกทอดหนึ่ง

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ตัวแปร ซึ่งแต่ละตัวแปรมีนิยามเชิงทฤษฎีดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม แต่ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคต่างๆมีมากหรือน้อยแตกต่างกัน ดังนั้น บุคคลจึงมีการปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยจะมีความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อไม่ให้ตนเองเกิดโรคอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลประเมินปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมาน รวมถึงผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สิน และสถานะทางสังคม ซึ่งผลของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

และการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิด การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ซึ่งหากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามมาก ก็จะมีผลให้บุคคลนั้นเกิดความโน้มเอียงในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีการป้องกันและรักษาโรคนั้นๆ มากตามไปด้วย ดังนั้นการประเมินระดับภาวะคุกคามของโรคใน แต่ละบุคคลจึงแตกต่างกันอาจอาศัยการกระตุ้นของบุคคลร่วมด้วย

3. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) หมายถึง บุคคลรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดี ที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ความพอใจและความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ถึงแม้ว่าบุคคล จะมีการรับรู้ประโยชน์หรือผลดีแล้ว แต่จะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงก็ต่อเมื่อ บุคคลนั้นเชื่อว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมและสามารถป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง บุคคลรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคหรือ ผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นมาตามหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเสียค่าใช้จ่าย การทำให้เกิดความอับอาย ความยากลำบากใจ หรือการกระทำที่ยุ่งยากหรือทำได้ ยาก เพราะฉะนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจเมื่อบุคคลมีความ พร้อมในการปฏิบัติ แต่รับรู้ว่ามีอุปสรรคมากจะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่ กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนั้นจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อ ความยากลำบากและอุปสรรค จนสามารถควบคุมสถานการณ์และมีพฤติกรรมในการป้องกันและ รักษาโรคจนสำเร็จได้

6. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมและร่วมมือในการมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรค ซึ่งประกอบ ด้วย 2 ปัจจัย คือ

6.1 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล (Internal cues) ได้แก่ ความรู้สึกถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง เช่น การเจ็บป่วยหรืออาการของโรค ซึ่งไปเพิ่มระดับการ รับรู้ภาวะคุกคามให้เพิ่มขึ้น

6.2 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล (External cues) ได้แก่ การสื่อสาร ผ่านสื่อสารมวลชน คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดหรือแพทย์ อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

หรือเพื่อน โดยปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติทั้งที่มาจากภายในบุคคลและภายนอกบุคคลทำหน้าที่คล้ายๆ กับตัวจุดระเบิดที่จะนำบุคคลไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Rosenstock, 1996)

7. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ที่ส่งผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรม การป้องกันและรักษาโรคของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (เช่น ฐานะความเป็นอยู่ การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ฯลฯ) และความรู้ที่เกี่ยวข้อง

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

1. ความกังวลด้านสุขภาพหรือการมีแรงจูงใจที่เพียงพอ จะทำให้ปัญหาสุขภาพกลายเป็นสิ่งสำคัญ
2. ความเชื่อว่าคนเรามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่รุนแรง หรือผลที่ตามมาของการเจ็บป่วย เรียกว่าการรับรู้การคุกคาม
3. ความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดการรับรู้การคุกคาม และเป็นสิ่งที่ไม่เป็นอุปสรรคจนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพฤติกรรม การป้องกันและรักษาโรคของบุคคล และบุคคลจะมีพฤติกรรม การป้องกันและรักษาโรคหากพวกเขา คิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย (การรับรู้โอกาสเสี่ยง) เชื่อว่าจะมีผลกระทบร้ายแรง ตามมา (การรับรู้ความรุนแรง) หากเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกอื่นๆ (การรับรู้ประโยชน์) ถ้าบุคคลมีการรับรู้ผลกระทบเชิงลบบางอย่างเมื่อมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ เหมาะสม (การรับรู้อุปสรรค) รวมทั้งปัจจัยร่วมภายในและภายนอกบุคคล และปัจจัยทาง ประชากรศาสตร์ นอกจากนี้ก็วิจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เสนอแนะภายหลังว่าตัวแปรการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นความเชื่อที่ว่าบุคคลหนึ่งสามารถประสบความสำเร็จใน พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคได้สำเร็จแม้จะมีอุปสรรค สามารถนำมาปรับใช้กับการ อธิบายพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงต้องการทดสอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ ทั้ง 5 ด้าน คือ การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคลทั้ง 5 ด้านคือ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2. การ

รับรู้ความรุนแรงของโรค 3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค 4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และ 5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

การบริโภคเค็ม

เกลือ มีชื่อทางเคมีว่า โซเดียมคลอไรด์ (Sodium Chloride) เกลือเป็นสารปรุงแต่งรสชาติอาหารให้มีความเค็ม มีบทบาทในอุตสาหกรรมอาหารอย่างมากเพราะมีราคาถูกและสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างหลากหลาย ทั้งการประกอบอาหารและถนอมอาหาร (นันทยา และคณะ, 2554) โซเดียมเป็นส่วนหนึ่งในเกลือแร่ที่สำคัญของร่างกาย ทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลและการกระจายตัวของน้ำ ในส่วนต่างๆของร่างกาย ควบคุมความสมดุลของความเป็นกรดด่าง การเต้นของหัวใจและชีพจร มีผลต่อความดันโลหิต การทำงานของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ (อติพร อิงค์สาธิต, 2554)

รูปแบบเกลือที่พบในอาหาร

เกลือสามารถพบได้ในอาหารหลากหลายประเภท มีมากและน้อยแตกต่างกันไป อาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบมีดังนี้ (นันทยา ประทีประเสน, 2554)

1. อาหารที่มาจากธรรมชาติ โดยทั่วไปโซเดียมมีอยู่ในอาหารทุกประเภท อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆหรือสัตว์ทะเล ส่วนอาหารที่มีโซเดียมต่ำ เช่น ผักผลไม้ ธัญพืชหรือถั่วชนิดต่างๆ ซึ่งอาหารเหล่านี้มีโซเดียมเพียงพอต่อร่างกายโดยไม่จำเป็นต้องใส่เครื่องปรุงรสเพิ่ม
2. อาหารแปรรูปหรือการถนอมอาหาร เช่น อาหารกระป๋อง กุนเชียง หมูยอ ไส้กรอก อาหารหมักดอง ไข่เค็ม ปลาจืด ผักหรือผลไม้ดอง อาหารตากแห้ง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น
3. เครื่องปรุงชนิดต่างๆ เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น ซีอิ๊วขาว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ กะปิ น้ำบูดู ซอสปรุงรสที่มีรสเค็มน้อยหรือไม่เค็มเลย เช่น ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ น้ำจิ้มต่างๆ
4. ผงชูรส เป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็มแต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบประมาณร้อยละ 15 อาหารปรุงสำเร็จในท้องตลาดมักเติมผงชูรสเพื่อเพิ่มรสอร่อยให้อาหาร หรือการปรุงอาหารในครัวเรือนบางครั้งมีการเติมผงชูรสทำให้ได้รับโซเดียมมากกว่าที่ร่างกายต้องการ

5. อาหารและขนมสำเร็จรูป เช่น ผลไม้และน้ำผลไม้กระป๋อง ขนมกรุบกรอบ อาหารเหล่านี้มักเติมเกลือหรือสารกันบูด ซึ่งมีโซเดียมในปริมาณสูงมาก

6. อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปก้อนหรือซูปผง บางครั้งรับประทานอาหารสำเร็จรูปเพียง 1 ส่วนทำให้ร่างกายรับโซเดียมที่ต้องการได้รับต่อวัน

7. ขนมที่มีการเติมผงฟู เช่น เค้ก ขนมปัง คุกกี้ แพนเค้ก หรือแป้งสำเร็จรูปที่ใช้ทำขนม ก็มีผงฟูด้วยเช่นกัน ซึ่งผงฟูนั้นมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ

8. น้ำและเครื่องดื่ม เช่น เครื่องดื่มเกลือแร่ มักมีการเติมโซเดียมเพราะต้องการให้เป็นเครื่องดื่มของนักกีฬาที่สูญเสียเหงื่อมาก ต้องการโซเดียมเพิ่ม แต่หากเป็นบุคคลทั่วไปดื่มแล้วอาจทำให้ร่างกายได้รับโซเดียมเกินความต้องการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคเค็ม

1. เพศ เพศหญิงมักถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลเรื่องการประกอบอาหารของครอบครัว ในการปรุงอาหารผู้หญิงจะปรุงรสตามความชอบของสามีและบุตรมากกว่าความต้องการของตนเอง เพราะการแยกปรุงอาหารนั้นมีความยุ่งยาก สูญเสียเงินและเวลามากขึ้น หรือทำให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ หากสามีมีบริโภคนิสัยที่ชอบทานรสเค็ม ก็จะทำให้ภรรยาต้องบริโภคอาหารที่มีรสเค็มตามไปด้วย Silvia by Douglas (1993 อ้างถึงใน; วรลักษณ์ คงหนู 2542)

2. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นประสาทสัมผัสมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะความสามารถในการรับรสชาติของอาหาร เช่น เค็ม เผ็ด เปรี้ยว หวาน จะกระตุ้นปมรสสัมผัสของลิ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุและเพศ ผู้ที่อายุน้อยจะมีปมรับรสสัมผัสมากและจะลดน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงทำให้ผู้ที่อายุตั้งแต่ 35-59 ปีเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในวัยร่างกายค่อยๆเสื่อมลง รับประทานอาหารรสจัดขึ้น โดยเฉพาะรสเค็ม สุวรรณฯ หัสพฤกษ์ (2535 อ้างถึงใน; วรลักษณ์ คงหนู 2542)

3. การศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูงนั้นมีโอกาสแสวงหาความรู้ มากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการค้นหาข้อมูลความรู้ การตั้งคำถามถึงปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

4. ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือ ซึ่งผู้ที่มีการเจ็บป่วยอยู่หรือต้องมีการรับประทานยาเป็นประจำจะมีความต้องการอาหารน้อยกว่าผู้ที่ไม่เจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความกังวลในความเจ็บป่วย รวมถึงอาหารที่มีลักษณะหรือรสชาติที่เปลี่ยนไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ชอบทานรสเค็มเมื่อต้องงดอาหารรสเค็ม จะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคไต จะต้องควบคุมปริมาณการบริโภคเกลือเพื่อควบคุมหรือลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสบริโภคเกลือได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว (ธีระพล ชัยสงคราม, 2552)

5. รายได้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างบุคคลที่มีรายได้ได้น้อยและรายได้มากนั้นมีความแตกต่างกันคือ ผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมน้อยหรือผลิตภัณฑ์ที่ควบคุมปริมาณของโซเดียมมักมีราคาแพง ทำให้ผู้ที่มีรายได้สูงสามารถเลือกซื้อและเข้าถึงได้ง่าย ส่วนผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมมากหรือไม่มีการควบคุมปริมาณโซเดียมมักจะอยู่ในอาหารที่ไม่ได้ควบคุมมาตรฐาน จึงมีราคาถูก ผู้บริโภคที่มีรายได้น้อยจึงถูกจำกัดและสามารถเลือกได้เฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีราคาถูก ดังนั้นผู้ที่มีรายได้มากจึงมีโอกาสได้รับโซเดียมในปริมาณที่น้อยกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (ธีระพล ชัยสงคราม, 2552)

6. อาชีพหรือลักษณะงานที่ทำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือกล่าวคือ ลักษณะอาชีพที่ใช้แรงงานน้อย เช่น พนักงานบริษัทที่นั่งโต๊ะทำงานเป็นประจำ หรือทำงานโดยไม่ต้องใช้แรงงานมาก ทำให้ร่างกายเสียเหงื่อน้อย ความต้องการรับประทานเกลือจึงน้อยกว่าอาชีพที่ต้องใช้แรงงานปานกลางหรือใช้แรงงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม งานก่อสร้าง จักรยานยนต์รับจ้าง ลักษณะอาชีพเหล่านี้จะมีการสูญเสียเกลือทางเหงื่อในปริมาณมาก เพราะต้องใช้แรงและอยู่กลางแจ้ง ดังนั้นจะมีความต้องการเกลือมากกว่าอาชีพอื่นๆ (กรมอนามัย, 2532)

7. ค่านิยม คนไทยนิยมรับประทานรสจัดแต่ก็มีความชอบในระดับที่แตกต่างกัน เช่น บางคนชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด รสเค็มน้อย หรือไม่ชอบรสเค็มเลย ซึ่งค่านิยมดังกล่าวนำไปสู่การเลือกรับประทานอาหาร เช่น คนที่ชอบรสเค็มมากอาจจะเติมน้ำปลาลงไปในการรับประทานอาหารก่อนรับประทาน หรือในทางกลับกันคนที่ไม่ชอบรสเค็มแต่จะเติมน้ำปลาไปทุกครั้งก่อนรับประทาน เพราะความเคยชินกับการปรุงรสอาหาร กล่าวคือเมื่อรับประทานข้าวแกง ข้าวผัด ก็จะปรุงรสอาหารด้วยพริกน้ำปลา เมื่อรับประทานก๋วยเตี๋ยวจะนิยมปรุงรสด้วยน้ำปลา ซึ่งสามารถพบเห็นตามร้านอาหารทั่วไป หรือเมื่อรับประทานผลไม้สด เช่น สับปะรด มะม่วง ชมพู่ จะมีการจิ้มพริกกับเกลือ (วรลักษณ์ คงหนู, 2542)

8. ลักษณะภูมิประเทศ ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคเขตร้อน ทำให้คนไทยมีลักษณะเป็นคน “คอเคซัส” จึงมีโอกาที่จะบริโภคเกลือเพิ่มขึ้นเนื่องจากเสียเหงื่อมากกว่าประชากรในประเทศที่อยู่ในเขตหนาว (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2553)

การบริโภคเค็มและผลกระทบต่อสุขภาพ

ปัจจัยด้านอายุที่มากขึ้นทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ จึงพบผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี พฤติกรรมการบริโภคก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคคือ การบริโภคเกลือเกินกำหนดซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไต (มันทนา ประทีประเสน, 2554) ซึ่งคนไทยในปัจจุบันมีการบริโภคโซเดียมเกินกว่าที่แนะนำประมาณ 2 เท่า คนที่รับประทานเค็มจัดมีโอกาสเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากกว่าคนที่รับประทานเค็มอย่างเหมาะสม (วีรณัฐ รอบสันติสุข, 2556) การที่ร่างกายได้รับโซเดียมสูงมีผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานของไตที่มีหน้าที่กำจัดโซเดียม ไตจะทำงานหนักขึ้นและเสื่อมเร็วถึงแม้จะมีการลดปริมาณโซเดียมในภายหลังก็ตาม เกิดการสูญเสียแคลเซียมเพราะการรับประทานเค็มอย่างต่อเนื่องทำให้มีการดึงแคลเซียมในกระดูกมาใช้ เมื่ออายุมากจะส่งผลให้กระดูกบางและกระดูกพรุนได้ อีกทั้งยังทำให้เกิดความรุนแรงและแทรกซ้อนของโรคอื่นๆตามมา ส่วนผู้ป่วยอยู่แล้วอาจทำให้การรับประทานยามีประสิทธิภาพน้อยลง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการทำงานบกพร่องของอินซูลิน การลดปริมาณการรับประทานโซเดียมลง จะทำให้การทำงานของอินซูลินดีขึ้น ส่งผลให้การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นตามไปด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวทางการลดบริโภคเค็ม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2559) แนะนำการจำกัดการบริโภคโซเดียมของคนทั่วไปไม่ควรเกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับ 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา ต่อวัน ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ขาดการออกกำลังกาย มีไขมันในเลือดสูง มีความเครียดเป็นประจำ หรือสูบบุหรี่ ควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวันหรือเกือน้อยกว่า 1 ช้อนชา แต่สำหรับผู้ที่ป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรจำกัดการบริโภคโซเดียมไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน เท่ากับเกลือ 4 กรัม หรือ 2/3 ช้อนชา

วีรณัฐ รอบสันติสุข (2556) อธิบายแนวทางการลดบริโภคเค็มมีดังนี้

1. ทำอาหารรับประทานเองอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ โดยใช้อาหารสด เช่น ผักสด เนื้อสัตว์ ไข่ แทนการรับประทานอาหารแปรรูป รวมถึงเติมเครื่องปรุงรสในปริมาณน้อยที่สุด
2. ทานผลไม้สดรสไม่หวาน แทนขนมกรุบกรอบ
3. ลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำจิ้ม เช่น ข้าวมันไก่ สุกี้ หมูกระทะ เป็นต้น
4. ลดหรือเลิกการเติมผงชูรสในอาหาร
5. ถ้าหากเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปควรอ่านฉลากโภชนาการ และเลือกชนิดที่มีปริมาณเกลือหรือโซเดียมน้อยที่สุด โดยดูที่ส่วนประกอบที่ปรากฏอยู่บนฉลากอาหาร อาหารที่มีโซเดียมมากกว่า 0.5 กรัม หรือเกลือ 12.5 กรัมต่อน้ำหนักอาหาร 100 กรัม ถือว่ามีโซเดียม/เกลือมาก ถ้ามีโซเดียมน้อยกว่า 0.1 กรัม หรือเกลือ 0.25 กรัม ถือว่ามีโซเดียม/เกลือน้อย

การอ่านความหมายฉลากอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสามารถแบ่งได้ 4 ประเภท คือ

1. ไร้โซเดียม หมายถึง อาหารที่มีโซเดียมปริมาณ 5 มิลลิกรัมต่อหน่วยบริโภคที่ระบุไว้บนฉลาก
2. โซเดียมต่ำ หมายถึง อาหารที่มีโซเดียมปริมาณน้อยกว่า 140 มิลลิกรัม ต่อหน่วยบริโภค
3. ลดโซเดียม หมายถึง อาหารที่มีโซเดียมปริมาณ 25 เปอร์เซ็นต์ต่อหน่วยบริโภคของอาหารปกติ
4. โลโซเดียม หมายถึง ถ้าอาหารชนิดนั้นมีไขมันหรือพลังงานต่ำ จะมีโซเดียมปริมาณน้อยกว่าปกติ 5 เปอร์เซ็นต์

การบริโภคเกลือหรือโซเดียมนั้นควรบริโภคอย่างเหมาะสม หรือเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การบริโภคเกลือเกินปริมาณที่แนะนำมักก่อให้เกิดโรคต่างๆมากมาย ดังนั้นการเลือกรับประทานอาหารเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพ

การดำเนินงานเพื่อลดบริโภคเค็ม

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (2558) มีนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยการสร้างความตระหนักต่อผู้ผลิตหรือจำหน่ายสินค้า ดำเนินการรณรงค์ทำความเข้าใจให้ผู้บริโภคและผู้ประกอบการไปพร้อมกับการป้องกันโรค พร้อมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่าง

นโยบายการบริโภคโซเดียมและเกลือ มีมติดังนี้

1. ให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพวิถีชีวิตไทย เครือข่ายบริโภคเค็ม สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และภาคี เครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการต่อไปนี้

1.1 จัดตั้งกลไกการดำเนินงานระดับชาติ ในการประสานงานและบูรณาการการ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยโดยกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ

1.2 จัดทำยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยให้แล้วเสร็จ ภายในปีงบประมาณ 2559

1.3 จัดทำแผนปฏิบัติการลดบริโภคเกลือและโซเดียมในทุกระดับและให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

1.4 กำหนดมาตรฐานและข้อบังคับเกี่ยวกับปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหารต่างๆที่ ผลิตในประเทศและนำเข้า รวมทั้งจัดทำฉลากแสดงข้อมูลปริมาณโซเดียมและเกลือให้ เหมาะสมและ เข้าใจง่าย

1.5 รณรงค์ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ดำเนินการสนับสนุนผู้ประกอบการที่ปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง

1.6 เฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม และประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน วิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมและภาระโรค รวมทั้งติดตามปริมาณเกลือหรือโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารที่ ประชาชนบริโภค

1.7 ผลิตและกระจายชุดทดสอบในการวัดปริมาณโซเดียม

2. ขอให้หน่วยงานให้ความรู้และสร้างความตระหนัก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการ บริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ดำเนินการต่อไปนี้

2.1 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับกรมอนามัย กรมประชาสัมพันธ์ สื่อมวลชนทุกแขนง สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายลด บริโภคเค็ม และภาคีเครือข่ายอื่นๆ สร้างความตระหนักรู้ในประชาชนทุกกลุ่มทุกวัย และ

ผู้ประกอบการทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในรูปแบบที่ประชาชนทุกคน เข้าถึงและนำไปปฏิบัติได้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยการลดการปรุงหรือเติม เครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ปลาร้า บุดู กะปิ เป็นต้น

2.2 กระทรวงศึกษาธิการ ปรับปรุงหลักสูตรหรือจัดทำชุดความรู้รวมทั้งบูรณาการการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมความรู้และตระหนักเกี่ยวกับการลดบริโภคเกลือและโซเดียมในสถานศึกษา ทุกระดับ

3. สมาชิกรัฐสภาสุขภาพทุกระดับ ดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในหน่วยงานและชุมชน ตลอดจนสร้างเครือข่ายต้นแบบในการลดบริโภคเกลือและโซเดียม

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดมาตรการที่เอื้อต่อการส่งเสริมการผลิตอาหารสำเร็จรูป อาหารพร้อมบริโภค การปรุงอาหารในครัวเรือนและร้านค้า เพื่อให้มีอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ

5. ให้ภาคอุตสาหกรรมอาหารและผู้ประกอบการด้านอาหาร สมาคมภัตตาคาร สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย นักวิชาการและนักชิมอาหารเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ผลิตอาหาร ทบพวน พัฒนา ส่งเสริมปรับปรุงตำรับและผลิตภัณฑ์อาหารที่ลดปริมาณเกลือและโซเดียม พร้อมทั้ง ส่งเสริมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีเกลือและโซเดียมต่ำอย่างเป็นรูปธรรม

6. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา เช่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันการศึกษาสนับสนุนการดำเนินงานต่อไปนี้

6.1 ศึกษาวิจัยนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดเกลือและโซเดียมในอาหาร รวมถึงการจัดหาสารทดแทนเกลือ และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

6.2 พัฒนากฎหมายเพื่อส่งเสริมการลดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่ม รวมทั้งกำหนดแนวทางการโฆษณาอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง

7. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10



การรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

ความเป็นมาของการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย

การสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่เค็มเกินพอดี นับเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนในสังคมไทย โดยพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรค NCDs หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อเนื่องจำนวนมากขึ้นทุกปี โรคกลุ่มนี้เกิดจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง กินอาหารรสเค็มจัด และยังได้รับโซเดียมจากการกินอาหารในแต่ละมื้อโดยไม่รู้ตัว ซึ่งสารเหล่านี้มักอยู่ในอาหารแปรรูป โดยเฉพาะจากเครื่องปรุงรสที่คนไทยนิยมกันมาก คือ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เกลือ กะปิ และซอสหอยนางรม ด้วยเหตุนี้การรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงโทษของการบริโภคเกลือมากกว่ามาตรฐานที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเผยแพร่ให้รับทราบอย่างจริงจัง และได้จัดตั้งโครงการลดการบริโภคเค็มเพื่อรณรงค์การลดบริโภคเค็มและสนับสนุนทุนวิจัยต่างๆ โดยอาศัยความร่วมมือจากทั้งหน่วยงานของรัฐบาลและเอกชน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข องค์การอาหารและยา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สมาคมประสาทวิทยา สมาคมโรคหัวใจ สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย เครือข่ายรักหทัย และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่ง เป็นต้น หน่วยงานเหล่านี้จะทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ให้ประชาชนผ่านการจัดแสดงโดยเดินทางไปยังที่ต่าง (Roadshow) ทั้งในสถานศึกษาและสถานที่ทำงาน การเผยแพร่ความรู้ผ่านหน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพตำบล การเผยแพร่ความรู้เรื่องการลดการกินเค็มผ่านสื่อ เช่น โทรทัศน์ ป้ายโฆษณาและสื่อสังคมออนไลน์ เว็บไซต์หลักของการลดเค็มลดโรค www.lowsaltthai.com และยังจัดให้มีการรณรงค์ลดกินเค็มในสัปดาห์ของวันไตโลก วันที่ 14 มีนาคม ของทุกปี ทั้งนี้เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจและป้องกันโรคอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการผลักดันนโยบายทางกฎหมายในการควบคุมสินค้าในกลุ่มอาหารที่มีรสเค็ม และสนับสนุนอาหารที่มีเกลือและโซเดียมน้อยโดยการลดภาษีสำหรับอาหารในกลุ่มนี้ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมการกินที่ถูกต้อง ลดผลกระทบที่เกิดจากการกินเค็มทั้งการเจ็บป่วย พิกัด ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพต่างๆ อันเกิดจากการกินเค็มมากเกินไป

สื่อในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

ประเภทสื่อ	รายการ	ภาพ/ข้อความ
1. โทรทัศน์	รายการ รามาแซนแนล ช่อง True4U	 <p>ปรึกษาปัญหาสุขภาพ "พิมพ์พิบ ดองบับ" Facebook: รามาแซนแนล Rama Channel วันที่: พุธที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๑ 18:๓๑:๕๖ (6/6)</p>  <p>ตั้งแต่วินาทีแรกที่เปิดใจเลย</p>
2. วิทยู	ໂໝໝາວິທຸ	<p>ໂໝໝາວິທຸ ຫຼຸດ ສຸຂາພາດີທີ່ເຮົາ ເລືອກໄດ້ເປັນສື່ໃນການຮຽນຮູ້ຄວບຄືມ ຂໍ້ຄວາມວ່າ “ເມັດເກຣິງໄກຣ ອຸໝະໝັ້ນໝັ້ນ ຄິ້ງ ເມັດເກຣິງໄກຣ 61 ແລ້ວ ແຕ່ກໍ່ຍັງແຂ້ງແຮງ ເມັດເກຣິງໄກຣ ເຮັດອາຫານກາກິນແລະອອກກຳລັງກາຍອ່າງ ສ່ຳເສມອ ຕອນນີ້ ອ່າງ. ໄດ້ອອກສັດທະລັກຊະນ໌ ທາງເລືອກສຸຂາພາ ບຸນຊລາກຜລິທັກຊະນ໌ອາຫານ ທຳໃຫ້ເມັດເກຣິງໄກຣໃນການເລືອກບຣິໂກດຜລິທັກຊະນ໌ ອາຫານໄດ້ງ່າຍຢັງຊັ້ນ ເນື່ອງ ຈາກເປັນສັດທະລັກຊະນ໌ ທີ່ກຳລັງອາຫານ ທີ່ລຸດ ຫວານ ມັນ ເຕັມ ທຳໃຫ້ ເມັດເກຣິງໄກຣ NCDs...ສຸຂາພາດີອ່າງທີ່ເຮົາ ເລືອກ ເລືອກຜລິທັກຊະນ໌ອາຫານທີ່ມີຊລາກທາງ ເລືອກສຸຂາພາພະຮຸ້ບ”</p>

<p>3. สื่อ สิ่งพิมพ์</p>	<p>3.1 โปสเตอร์ “เค็ม=ไตวาย”</p>	
	<p>3.2 โปสเตอร์ “สุขภาพดีเริ่มที่ ลดเค็ม ลดโซเดียม”</p>	
	<p>3.3 โปสเตอร์ “7 เทคนิคลดการกินเค็ม”</p>	

	<p>3.4 โปสเตอร์ “อาหารที่มีโซเดียมสูง 6 ชนิด”</p>	
	<p>3.5 โปสเตอร์ “8 เส้นทางสู่การมีสุขภาพ ลดเค็ม ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”</p>	
	<p>3.6 แผ่นพับ “กินรสจืด ยืดชีวิต”</p>	

	<p>3.7 แผ่นพับ “สุขภาพดี เริ่มที่ลดอาหารหวาน มัน เค็ม”</p>	
<p>4. กิจกรรม</p>	<p>4.1 กิจกรรมวันไตโลก “สตรีไทย ไตstrong”</p>	
	<p>4.2 กิจกรรมรู้ทันเค็ม กับ นก สิ้นจ๊วย นักแสดงนำภาพยนตร์สั้นเรื่อง “มือพิ(ช)เศษ”</p>	

<p>5. เว็บไซต์</p>	<p>5.1 เว็บไซต์ของ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล https://med.mahidol.ac.th</p>	
	<p>5.2 เว็บไซต์ของ สมาคมโรคไต แห่งประเทศไทย http://www.nephrothai.org</p>	
	<p>5.3 เว็บไซต์ของ สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) http://www.thaihealth.or.th</p>	
	<p>5.4 เว็บไซต์ของ เครือข่ายลดเค็ม ลดโรค https://www.lowsaltthai.com</p>	

<p>6. เฟซบุ๊ก</p>	<p>6.1 เครื่องช่วยลดเค็มลดโรค https://www.facebook.com/lowsaltthai</p>	
	<p>6.2 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) https://www.facebook.com/thaihealth</p>	
	<p>6.3 รามาชैनแนล Rama Channel https://www.facebook.com/ramachannel</p>	

	<p>6.4 กระทรวงสาธารณสุข https://www.facebook.com/fanmoph</p>	
	<p>6.5 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) https://www.youtube.com/user/ThaiHealthMedia</p>	
	<p>6.6 รามาชैनแนล Rama Channel https://www.youtube.com/user/RamachannelTV</p>	
	<p>6.7 ภาพยนตร์สั้น เรื่อง The Ingredients มือพิ(ช)เศษ นำแสดงโดย นก สตินจัย เปล่งพาณิชย์</p>	



สารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561

สารโน้มน้าวใจตามแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายที่พบในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม ปีพ.ศ. 2561 สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่

1. แทบทุกคนรู้ว่าเป็นโรคนี้โดยไม่รู้ตัว
2. โรคมักไม่แสดงอาการ
3. มักพบผู้ป่วยในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร
4. การกินเค็มเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค
5. เกลือมักแฝงอยู่ในอาหารสำเร็จรูปที่ทานประจำ
6. การเติมเครื่องปรุงมักทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่

1. แทบทุกคนรู้ว่าเป็นโรคนี้โดยไม่รู้ตัว
2. โรคมักไม่แสดงอาการ
3. มักพบผู้ป่วยในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร
4. การกินเค็มเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค
5. เกลือมักแฝงอยู่ในอาหารสำเร็จรูปที่ทานประจำ

6. การเติมเครื่องปรุงมักทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้แก่

1. การเกิดโรคทำให้เสียสุขภาพและค่าใช้จ่ายสูงถึง 200,000 บาทต่อปี
2. ผู้ที่มีอาการไตเสื่อมหรือไตวายสูงถึงปีละ 8 ล้านคน
3. การรับประทานโซเดียมมากทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร
4. ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตสูงเป็นอันดับ 3 ของอาเซียน
5. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก
6. หลายคนต้องพอกไตตลอดชีวิต

ประสิทธิภาพของการตอบสนองการป้องกันภัยคุกคาม ได้แก่

1. ทำอาหารกินเองสามารถคุมโซเดียมได้
2. ลดการปรุงเค็มที่ละน้อยช่วยให้ลดกินเค็มได้
3. การลดกินเค็มควรปฏิบัติอย่างจริงจัง
4. การลดกินเค็มช่วยลดการเจ็บป่วยลงได้
5. การลดกินเค็มช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค ได้แก่

1. เราสามารถควบคุมการเกิดโรคได้ไม่ยาก
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินเค็มนั้นไม่ใช่เรื่องที่เป็นไปไม่ได้

จากการแบ่งประเภทสารโน้มน้าวใจจากสื่อในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มนี้เพื่อใช้ในแบบสอบถามทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจในรูปแบบต่างๆ เพื่อทราบถึงระดับทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจที่ใช้ในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในปัจจุบัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Rosenstock M, 1966); Francis, et al (1968) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

การศึกษาทัศนคติและความตั้งใจในการผ่าตัดต่อกระจกที่มีต่อการวางกรอบข้อความ การรับรู้การคุกคาม การรับรู้ประสิทธิภาพของการสื่อสาร ผลการศึกษาพบว่าการใช้ข้อความที่มีประสิทธิภาพสูงและมีการคุกคามสูงส่งผลดีต่อทัศนคติในการรักษาต่อกระจก นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความตั้งใจเชิงบวกต่อการรักษาต่อกระจกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายของ Witte (1998) พบว่าการโน้มน้าวใจโดยใช้ความกลัวที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมตามที่สารโน้มน้าวใจคือ ข้อความที่มีระดับการคุกคามสูงและระดับการรับรู้ที่มีประสิทธิภาพสูง

วินัส เจิตจรรยาพงศ์ (2541) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของการใช้ความกลัวในภาพยนตร์โฆษณาต่อต้านโรคเอดส์ต่อกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง พบว่าระดับความน่ากลัวในภาพยนตร์โฆษณาต่อต้านโรคเอดส์ที่แตกต่างกัน จะมีอิทธิพลต่อผู้รับสารทำให้เกิดความกลัวต่อโรคเอดส์ต่างกัน โดยในความกลัวระดับ ต่างกันนี้ จะสอดคล้องกับประสิทธิภาพของสื่อในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้ตามความเห็นกลุ่มตัวอย่าง คือ สื่อที่ใช้ความน่ากลัวในระดับสูง จะมีประสิทธิภาพมากกว่าสื่อที่ใช้ความน่ากลัวในระดับปานกลางหรือต่ำ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างคือ มีแนวโน้มที่จะป้องกันเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่ควรเน้นความน่ากลัวเป็นหลัก ควรใช้แทรกในสื่อโดยความน่ากลัวที่นำมาใช้ควรเป็นข้อเท็จจริงหรือข้อมูล ทางวิชาการ และการใช้อารมณ์ความรู้สึกของผู้แสดงจะมีประสิทธิภาพ

กรองกรานต์ เสวตเวช (2557) ทำการศึกษาผลการโน้มน้าวใจด้วยความกลัวต่อเจตนาและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อศึกษาอิทธิพลของสารโน้มน้าวใจโดยใช้ความกลัวตามแนวทฤษฎีกระบวนการคู่ขนานและระดับความรู้เกี่ยวกับไซเดียมที่มีต่อเจตนาและพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่าเมื่อการรับรู้ประสิทธิภาพสูง ระดับความกลัวจะมีอิทธิพลเชิงลบต่อเจตนาในการลดบริโภคไซเดียม ในบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับไซเดียมสูง และเมื่อการรับรู้ประสิทธิภาพสูง ระดับความกลัวจะมีอิทธิพลเชิงบวกต่อเจตนาในการลดบริโภคไซเดียม ในบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับไซเดียมต่ำนอกจากนั้น เนื้อหาที่รณรงค์ควรมีความหลากหลาย คือให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกัน ในขณะที่เดียวกันก็ต้องให้กำลังใจผู้ติดเชื้อแล้วด้วย

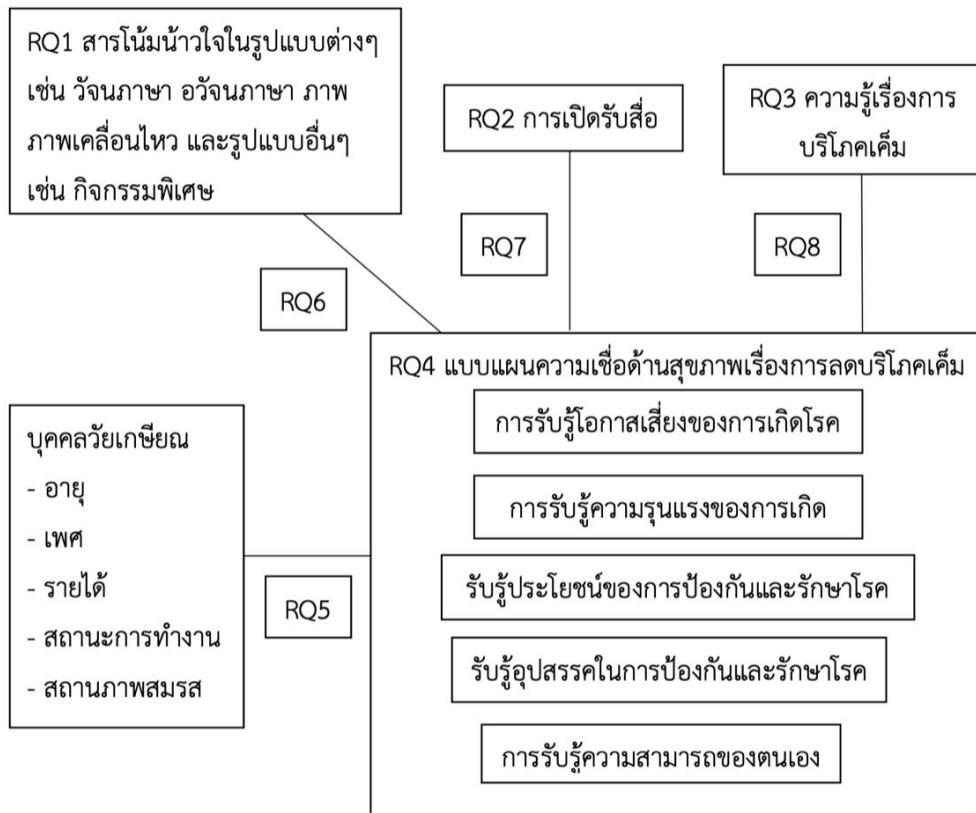
นิยะนันท์ สำเภาเงิน (2559 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการสื่อสารด้วยความกลัวสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยง ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้จริงหรือ พฤติกรรมสุขภาพที่ขาดความสมดุลเป็นสาเหตุสำคัญยิ่งของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดจากปัจจัยภายใน และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อกันอย่างซับซ้อน ผู้เขียนได้ใช้แนวทางจิตวิทยาและมโนทัศน์ความเสี่ยงอธิบายปัจจัยภายในที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน ทำให้เข้าใจว่าผู้รับสารมองโรคและปฏิบัติต่อโรคในฐานะความเสี่ยงอย่างไร พบว่าอิทธิพลของปัจจัยภายในที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพแสดงให้เห็นว่าเหตุใดการสื่อสารสุขภาพ ที่นำเทคนิคการโน้มน้าวใจแบบกระตุ้นความกลัว จึงไม่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและยังส่งผลเสียต่อสภาวะอารมณ์ของผู้รับสารทั้งนี้ได้เสนอแนะการออกแบบ และพัฒนาประเด็นเนื้อหาในการสื่อสารสุขภาพที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย

(L., M., B., & P., 2004) ได้ศึกษาการสื่อสารความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการใช้แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายเพื่อพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ เพื่อสำรวจปัจจัยในการลดทอนประสิทธิภาพของข้อความ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50-69 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัว มีการรับรู้ภัยคุกคาม ความกลัว และประสิทธิภาพที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวจะได้รับข้อความที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า และปัจจัยการศึกษาส่งผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน กล่าวคือผู้ที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าจะมีการรับรู้ภัยคุกคามและรับรู้ประสิทธิภาพที่ต่ำกว่าผู้ที่ศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และข้อความที่มีประสิทธิภาพต่ำเป็นอีกปัจจัยที่ลดประสิทธิภาพในการโน้มน้าวใจได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้ สารโน้มน้าวใจในรูปแบบต่างๆ การเปิดรับสื่อ และความรู้เรื่องการบริโภคเค็ม ส่งผลต่อทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 51-70 ปี ซึ่งอาจส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค 4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และ 5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสารโน้มน้าวใจ การเปิดรับสื่อ ความรู้เรื่องการบริโภคเค็ม กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างทางประชากร การเปิดรับสื่อทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีดำเนินการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นบุคคลวัยเกษียณที่มีอายุ 51-70 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 1,255,572 คน ณ เดือนธันวาคม 2562 (สำนักสถิติการทะเบียนกรมการปกครอง, 2562)

2. กลุ่มตัวอย่าง บุคคลวัยเกษียณที่มีอายุ 51-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

2.1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขึ้นโดยใช้การคำนวณจากสูตร Taro Yamane (1973 อ้างถึงใน มัชฌิมา ศิริอัมสำราญ, 2557)

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง หรือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนหน่วยทั้งหมด หรือขนาดของกลุ่มประชากร

e คือ ความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้
มีค่าเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{1,255,572}{1+1,255,572(0.05)^2}$$

$$n = 399.87$$

ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของบุคคลวัยเกษียณในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2562

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

ที่มา: สำนักสถิติการทะเบียน กรมการปกครอง ปี พ.ศ.2562

2.2 การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านทางออนไลน์บน google form โดยนำลิงก์แบบสอบถามฝากไว้บนโซเชียลมีเดียช่องทางต่างๆ และอาศัยการแนะนำของผู้ให้ข้อมูลต่อกัน จนกระทั่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามกำหนด ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม - 22 พฤษภาคม พ.ศ.2563

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

สมมติฐาน 1 : บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกััน

สมมติฐาน 1.1 : บุคคลวัยเกษียณที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกััน
ตัวแปรต้น คือ เพศของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 1.2 : บุคคลวัยเกษียณที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกััน
ตัวแปรต้น คือ อายุของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 1.3 : บุคคลวัยเกษียณที่มีสถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกััน

ตัวแปรต้น คือ สถานภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 1.4 : บุคคลวัยเกษียณที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ตัวแปรต้น คือ ระดับการศึกษาของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 1.5 : บุคคลวัยเกษียณที่มีสถานะการทำงานต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ตัวแปรต้น คือ สถานะการทำงานของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 1.6 : บุคคลวัยเกษียณที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ตัวแปรต้น คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 1.7 : บุคคลวัยเกษียณที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ตัวแปรต้น คือ แหล่งรายได้หลักของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 1.8 : บุคคลวัยเกษียณที่มีลักษณะการอยู่อาศัยต่างกันมี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ตัวแปรต้น คือ ลักษณะการอยู่อาศัยของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 2 : สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรอิสระ คือ สารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 3 : การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรต้น คือ การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ ทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐาน 4 : การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรต้น คือ การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปรตาม คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

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

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การวัดตัวแปรที่มีต่อการเปิดรับสื่อได้มาจากการนำคะแนนของความคิดเห็นในการเปิดรับข้อมูลจากสื่อต่างๆ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อ กิจกรรม และสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าตอบ (Rating Scale Question) จำนวน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามมาตรวัดของ Likert Scale มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้ (ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2539)

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีการเปิดรับสื่อระดับต่ำมาก

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีการเปิดรับสื่อระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีการเปิดรับสื่อระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีการเปิดรับสื่อระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีการเปิดรับสื่อระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อสารโหม้มน้ำจืดรูปแบบต่างๆ คำถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อสารโหม้มน้ำจืดรูปแบบต่างๆในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าตอบ (Rating Scale Question) จำนวน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามมาตรวัดของ Likert Scale มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้ (ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2539)

ข้อความที่เป็นทัศนคติเชิงบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่เห็นใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำมาก

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค 5 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค 5 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าตอบ (Rating Scale Question) จำนวน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามมาตรวัดของ Likert Scale มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้ (ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2539)

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีการรับรู้ระดับต่ำมาก

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีการรับรู้ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีการรับรู้ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีการรับรู้ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ระดับสูงมาก

ส่วนที่ 5 เกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2545)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.00 – 0.20 มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.21 – 0.40 มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.41 – 0.60 มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.61 – 0.80 มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มากกว่า 0.80 มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดสอบ (Pre-test) กับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคำถามในแต่ละข้อ สามารถสื่อสารความหมายได้ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจแบบสอบถามได้ตรงตามประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

- คำถามด้านการเปิดรับสื่อ รวม 8 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบักเท่ากับ 0.909

- คำถามด้านทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจรูปแบบต่างๆ รวม 12 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบักเท่ากับ 0.971

- คำถามด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รวม 25 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบักเท่ากับ 0.874

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

- 5.1 ศึกษาแนวคิด โมเดล ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมตัวแปรที่จะศึกษา
- 5.2 สร้างแบบสอบถามเพื่อสอบถามประเด็นต่างๆ คือ ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลการเปิดรับสื่อ ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจรูปแบบต่างๆ และข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 5.3 เสนอแบบสอบถามต่อที่ปรึกษา และทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามความเหมาะสม
- 5.4 ดำเนินการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ความเที่ยงตรง และความเชื่อถือได้ก่อนการเก็บข้อมูลจริง
- 5.5 ดำเนินการแจกแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้
- 5.6 เก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทางประชากร การเปิดรับสื่อ ทัศนคติ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ T-test เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ตั้งไว้ในสมมติฐาน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณ และการสื่อสารรณรงค์ลดบริโภคเค็ม” กลุ่มประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ บุคคลวัยเกษียณที่มีอายุ 51-70 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน โดยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเปิดรับสื่อการรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านความแตกต่างทางประชากรของบุคคลวัยเกษียณต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 3 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 4 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ผลจากการวิจัยด้านข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้หลัก และลักษณะการอยู่อาศัย

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	110	27.5
หญิง	290	72.5
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 72.5 และกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
51-55	138	34.50
56-60	127	31.75
61-65	103	25.75
66-70	32	8.00
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 51-55 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.50 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 56-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.75 ลำดับต่อมาคือ กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 61-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.75 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 66-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.00

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพ

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	82	20.5
สมรส	231	57.8
หย่าร้าง	48	12.0
หม้าย	39	9.8
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.8 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 20.5 ลำดับต่อมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 12.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 9.8

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	54	13.5
อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า	42	10.5
ปริญญาตรี	208	52.0
สูงกว่าปริญญาตรี	96	24.0
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 24.0 ลำดับต่อมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 13.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับคิดอนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 10.5

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะการทำงาน

สถานะการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ทำงานอยู่	231	57.8
ไม่ได้ทำงานแล้ว	169	42.3
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะการทำงานอยู่ จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะไม่ได้ทำงานแล้วจำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 15,000 บาท	76	19.0
15,000 – 20,000 บาท	62	15.5
20,001 – 30,000 บาท	73	18.3
30,001 – 40,000 บาท	52	13.0
40,001 – 50,000 บาท	45	11.3
มากกว่า 50,000 บาท	92	33.0
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.0 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.0 ลำดับต่อมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 15.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001 – 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 40,001 – 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.3

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งรายได้หลัก

แหล่งรายได้หลัก	จำนวน	ร้อยละ
บุตร/หลาน	22	5.5
คู่สมรส	41	10.3
ญาติพี่น้อง	3	0.8
ทำงานด้วยตัวเอง	270	67.5
บำเหน็จ/บำนาญ	53	13.3
ประกันสังคม	2	0.5
(หุ้น, อสังหาริมทรัพย์, ประกันชีวิต)	8	2.0
ภาครัฐ	1	0.3
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งรายได้หลักจากการทำงานด้วยตัวเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งรายได้หลักจากบำเหน็จ/บำนาญ คิดเป็นร้อยละ 13.3 ลำดับต่อมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งรายได้หลักจากคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 10.3 แหล่งรายได้หลักจากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 5.5 แหล่งรายได้หลักจากหุ้น/อสังหาริมทรัพย์/ประกันชีวิต คิดเป็นร้อยละ 2.0 แหล่งรายได้หลักจากญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 0.8 แหล่งรายได้หลักจากประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 0.5 และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งรายได้หลักจากภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย

ลักษณะการอยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ตามลำพัง	54	13.5
คู่สมรส/บุตร/หลาน	266	66.5
อยู่กับญาติ/พี่น้อง	78	19.5
อยู่บ้านพักคนชรา	2	0.5
รวม	400	100.0

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.5 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับญาติ/พี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 19.5 ลำดับต่อมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 13.5 และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่บ้านพักคนชรา คิดเป็นร้อยละ 0.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเปิดรับสื่อ

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความถี่ในการเปิดรับสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561 จำแนกตามประเภทของสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

ประเภทของสื่อรณรงค์ ลดบริโภคเค็ม	ความถี่ในการเปิดรับสื่อรณรงค์					ค่าเฉลี่ย x	S.D.
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยที่สุด		
1. โทรทัศน์	58 (14.5)	80 (20.0)	175 (43.8)	54 (13.5)	33 (8.3)	2.81 ปานกลาง	1.10

2. วิทย์	84 (21.0)	94 (23.5)	152 (38.0)	53 (13.3)	17 (4.3)	2.56 ต่ำ	1.09
3. โปสเตอร์	56 (14.0)	86 (21.5)	181 (45.3)	54 (13.5)	23 (5.8)	2.76 ปานกลาง	1.04
4. แผ่นพับ	58 (14.5)	77 (19.3)	165 (41.3)	69 (17.1)	31 (7.8)	2.85 ปานกลาง	1.11
5. กิจกรรม	63 (15.8)	93 (23.3)	169 (42.3)	59 (14.8)	16 (4.0)	2.68 ปานกลาง	1.03
6. เว็บไซต์	44 (11.0)	84 (21.0)	139 (34.8)	93 (23.3)	40 (10.0)	3.00 ปานกลาง	1.13
7. เฟสบุ๊ก	41 (10.3)	60 (15.0)	125 (31.3)	118 (29.5)	56 (14.0)	3.22 ปานกลาง	1.17
8. ยูทูบ	57 (14.3)	89 (22.3)	132 (33.0)	86 (21.5)	36 (9.0)	2.88 ปานกลาง	1.17
รวม						2.84 ปานกลาง	.863

จากตารางที่ 4.9 พบว่าการเปิดรับสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 2.84 โดยสื่อที่มีการเปิดรับระดับปานกลาง คือ เฟสบุ๊ก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.22 เว็บไซต์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00 ยูทูบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.88 แผ่นพับ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.85 โทรทัศน์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.81 โปสเตอร์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.76 และ กิจกรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.68 ตามลำดับ ส่วนสื่อที่มีการเปิดรับระดับต่ำ ได้แก่ วิทย์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.56

กล่าวได้ว่าสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปิดรับมากที่สุด คือ เฟสบุ๊ก ส่วนสื่อที่มีการเปิดรับน้อยที่สุด คือ วิทย์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติที่มีต่อสารโหนดน้ำวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

4.10 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านทัศนคติ เกี่ยวกับการรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561 จำแนกตามประเภทของสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

ข้อความ ท่านอยากให้ข้อมูลในการ รณรงค์...	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย x	S.D.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
1. บอกถึงโอกาสในการเกิดโรค	192 (48.0)	188 (47.0)	18 (4.5)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.42 มากที่สุด	0.62
2. บอกถึงพฤติกรรมที่ทำแล้ว เสี่ยงในการเกิดโรค	229 (57.3)	158 (39.5)	11 (2.8)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.53 มากที่สุด	0.59
3. บอกถึงกลุ่มบุคคลที่มีความ เสี่ยงในการเกิดโรค	229 (57.3)	155 (38.8)	14 (3.5)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.52 มากที่สุด	0.60
4. บอกถึงความรุนแรงของโรค	241 (60.3)	139 (34.9)	17 (4.3)	1 (0.3)	2 (0.5)	4.54 มากที่สุด	0.64
5. บอกผลกระทบที่เกิดจาก โรค	233 (58.3)	152 (38.0)	13 (3.3)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.54 มากที่สุด	0.60
6. บอกความเสียหายหรือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค	233 (58.3)	139 (34.8)	24 (6.0)	3 (0.8)	1 (0.3)	4.50 มากที่สุด	0.67
7. แนะนำวิธีการป้องกันโรคที่ ทำตามได้ง่าย	254 (63.5)	132 (33.0)	12 (3.0)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.60 มากที่สุด	0.59
8. สามารถปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันได้	265 (66.3)	121 (30.3)	12 (3.0)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.62 มากที่สุด	0.58
9. บอกถึงประโยชน์หรือข้อดี เมื่อทำตามคำแนะนำในการ ป้องกันและรักษาโรค	247 (61.8)	139 (34.8)	12 (3.0)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.58 มากที่สุด	0.60
10. สนับสนุนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี	239 (59.8)	143 (35.8)	17 (4.3)	1 (0.3)	0 (0.0)	4.56 มากที่สุด	0.60

11. สนับสนุนการควบคุม พฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี	236 (59.0)	146 (36.5)	17 (4.3)	1 (0.3)	0 (0.0)	4.54 มากที่สุด	0.60
12. สร้างความมั่นใจว่าสามารถ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้	228 (57.0)	154 (38.5)	16 (4.0)	2 (0.5)	0 (0.0)	4.52 มากที่สุด	0.60
รวม						4.53 มากที่สุด	.516

จากตารางที่ 4.10 พบว่าทัศนคติที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.53 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุดอันดับแรก คือ อยากให้ข้อมูลในการรณรงค์สามารถปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.62 อันดับสอง คือ แนะนำวิธีการป้องกันโรคที่ทำตามได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.60 อันดับสาม คืออยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกถึงประโยชน์หรือข้อดีเมื่อทำตามคำแนะนำในการป้องกันและรักษาโรค โดยทั้ง 3 ประเด็นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ อยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกถึงโอกาสในการเกิดโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.42 อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง

ข้อความ ท่านเชื่อว่า...	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย x	S.D.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
1. เกล็ดมักแฝงอยู่ใน อาหารทุกประเภท เช่น อาหารกระป๋อง ซอส น้ำจิ้ม และผงฟูในผลิตภัณฑ์ ภัณฑ์เบเกอรี่	251 (62.8)	127 (31.8)	22 (5.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.57 มากที่สุด	0.60

6. การกินเค็มเป็นประจำอาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร	152 (38.0)	144 (36.0)	89 (22.3)	14 (3.5)	1 (0.3)	4.08 มาก	0.87
7. ผู้ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตหรือตายได้	248 (62.0)	122 (30.5)	27 (6.8)	2 (0.5)	1 (0.3)	4.54 มากที่สุด	0.67
8. ถ้าเป็นโรคไตอาจทำให้ทรมานจากการล้างไตและสุดท้ายอาจตายได้	277 (69.3)	107 (26.8)	15 (3.8)	1 (0.3)	0 (0.0)	4.65 มากที่สุด	0.56
9. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาโรคไต	230 (57.5)	142 (35.5)	26 (6.5)	2 (0.5)	0 (0.0)	4.50 มากที่สุด	0.64
10. การรักษาโรคทำให้เป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม	271 (67.8)	98 (24.5)	14 (3.5)	9 (2.3)	8 (2.0)	4.54 มากที่สุด	0.83
รวม						4.45 มากที่สุด	.560

จากตารางที่ 4.12 พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.45 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ ถ้าเป็นโรคไตอาจทำให้ทรมานจากการล้างไตและสุดท้ายอาจตายได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.65 รองลงมา มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ ผู้ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือตายได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 และการรักษาโรคทำให้เป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 อันดับสาม คือ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาโรคไต มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.50 และอันดับสุดท้าย คือ การกินเค็มเป็นประจำอาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.08

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค

ข้อความ ท่านเชื่อว่า...	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย ×	S.D.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง		
11.หลีกเลี่ยงการกินเค็ม จะช่วยป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูงได้	211 (52.8)	131 (32.8)	56 (14.0)	2 (0.5)	0 (0.0)	4.38 มากที่สุด	0.74
12.หลีกเลี่ยงการกินเค็ม จะช่วยป้องกันโรคไตได้	241 (60.3)	136 (34.0)	19 (4.8)	4 (1.0)	0 (0.0)	4.53 มากที่สุด	0.64
13.หลีกเลี่ยงการกินเค็ม จะช่วยป้องกันโรคมะเร็ง ได้	91 (22.8)	120 (30.0)	167 (41.8)	16 (4.0)	6 (1.5)	3.70 มาก	0.92
14.หลีกเลี่ยงการใส่ เครื่องปรุงรสในอาหารจะ ช่วยลดการเกิดโรคได้	181 (45.3)	164 (41.0)	46 (11.5)	7 (1.8)	2 (0.5)	4.29 มากที่สุด	0.78
15.การกินอาหารที่มี เกลือหรือโซเดียมใน ปริมาณที่เหมาะสมช่วย ให้มีสุขภาพดีภาระต่อ ตนเอง ครอบครัว และ สังคม	158 (39.5)	165 (41.3)	70 (27.5)	7 (1.8)	0 (0.0)	4.19 มาก	0.18
รวม						4.21 มากที่สุด	.573

จากตารางที่ 4.13 พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.21 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ หลีกเลี่ยงการกินเค็มจะช่วยป้องกันโรคไตได้ มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.53 รองลงมา คือ หลีกเลี่ยงการกินเค็มจะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่

ที่ 4.38 อันดับสาม คือ หลีกเลี่ยงการใส่เครื่องปรุงรสในอาหารจะช่วยลดการเกิดโรคได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.29 อันดับสี่ คือ การกินอาหารที่มีเกลือหรือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมช่วยให้มีสุขภาพดีภาระต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.19 และอันดับสุดท้าย คือ หลีกเลี่ยงการกินเค็มจะช่วยป้องกันโรคมะเร็งได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.70

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค

ข้อความ ท่านเชื่อว่า...	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย x	S.D.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
16.ท่านไม่ทราบว่าอาหารที่ บริโภคมีเกลือหรือโซเดียม มากนักน้อยเพียงใด	115 (29.9)	174 (43.5)	85 (21.3)	19 (4.8)	7 (1.8)	3.93 มาก	0.92
17.ท่านไม่ทราบว่าต้องลด กินเค็มลงอีกเท่าไร	103 (25.8)	176 (44.0)	86 (21.5)	23 (5.8)	12 (3.0)	3.84 มาก	0.97
18.ถ้าท่านลดกินเค็มลงจะ ทำให้กินอาหารไม่อร่อย	46 (11.5)	102 (25.5)	144 (36.0)	80 (20.0)	28 (7.0)	3.15 ปาน กลาง	1.08
19.การลดกินเค็มใช้เวลาใน การปรับตัวนาน	42 (10.5)	118 (29.5)	140 (35.0)	81 (20.3)	19 (4.8)	3.20 ปาน กลาง	1.03
20.ค่าใช้จ่ายในการรักษา โรคสูงมาก	230 (57.5)	137 (34.3)	30 (7.5)	3 (0.8)	0 (0.0)	4.49 มากที่สุด	0.67
รวม						3.70 มาก	.671

จากตารางที่ 4.14 พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 3.70 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงมาก มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.49 รองลงมา คือ ท่านไม่ทราบว่าอาหารที่บริโภคมีเกลือ หรือโซเดียมมากนักน้อยเพียงใด มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.93 อันดับสาม คือ ท่านไม่ทราบว่าต้องลดกินเค็มลงอีกเท่าไร มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.84 อันดับสี่ คือ

การลดกินเค็มใช้เวลาในการปรับตัวนาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.20 และอันดับสุดท้าย คือ ถ้าท่านลดกินเค็มลงจะทำให้กินอาหารไม่อร่อย มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.15

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค

ข้อความ ท่านเชื่อว่า...	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย x	S.D.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
21.ตนเองสามารถลดกินเค็ม ได้ แม้ว่าจะใช้เวลาในการ ปรับตัวนาน	138 (34.5)	196 (49.0)	49 (12.3)	11 (2.8)	6 (1.5)	4.12 มาก	0.84
22.ตนเองสามารถลดกินเค็ม ได้ แม้ว่าจะต้องพยายาม หลายครั้ง	141 (35.3)	201 (50.3)	43 (10.8)	11 (2.8)	4 (1.0)	4.16 มาก	0.80
23.ตนเองสามารถลดกินเค็ม ได้ แม้ว่าจะต้องวางแผนการกิน ใหม่	141 (35.3)	209 (52.3)	42 (10.5)	6 (1.5)	2 (0.5)	4.20 มาก	0.72
24.ตนเองสามารถลดกินเค็ม ได้ แม้ว่าจะต้องทำตาม แผนการกินที่วางไว้	142 (35.8)	211 (52.8)	42 (10.5)	2 (0.5)	2 (0.5)	4.23 มากที่สุด	0.70
25.ตนเองสามารถลดกินเค็ม ได้ แม้ว่าจะไม่มีคนคอย สนับสนุน	167 (41.8)	193 (48.3)	33 (8.3)	5 (1.3)	2 (0.5)	4.30 มากที่สุด	0.71
รวม						4.19 มาก	.660

จากตารางที่ 4.15 พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.19 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก คือ ตนเองสามารถลดกินเค็มได้ แม้ว่าจะไม่มีคนคอยสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.30 รองลงมา คือ ตนเองสามารถลดกินเค็มได้ แม้ว่าจะ

จะต้องทำตามแผนการกินที่วางไว้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.23 อันดับสาม คือ ตนเองสามารถลดกินเค็มได้ แม้ว่าต้องวางแผนการกินใหม่ 4.20 อันดับสี่ คือ ตนเองสามารถลดกินเค็มได้ แม้ว่าจะต้องพยายามหลายครั้ง มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.16 และอันดับสุดท้าย คือ ตนเองสามารถลดกินเค็มได้ แม้ว่าจะใช้เวลาในการปรับตัวนาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.12

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านความแตกต่างทางประชากรของบุคคลวัยเกษียณต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.16 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง

ประชากร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	3.464	11	.331	1.680	.076
	ภายในกลุ่ม	76.552	388	.197		
	รวม	80.197	399			
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	4.546	11	.431	1.186	.295
	ภายในกลุ่ม	135.204	388	.438		
	รวม	139.750	399			
สถานภาพ	ระหว่างกลุ่ม	6.606	11	.601	.857	.588
	ภายในกลุ่ม	271.771	388	.700		
	รวม	278.378	399			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	32.426	11	2.948	3.728	.000
	ภายในกลุ่ม	306.814	388	.791		
	รวม	339.240	399			
สถานะการทำงาน	ระหว่างกลุ่ม	2.446	11	.222	.910	.531
	ภายในกลุ่ม	94.832	388	.244		
	รวม	97.277	399			

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	79.193	11	7.199	2.241	.012
	ภายในกลุ่ม	1246.245	388	3.212		
	รวม	1325.437	399			
แหล่งรายได้หลัก	ระหว่างกลุ่ม	30.246	11	2.750	1.495	.131
	ภายในกลุ่ม	713.714	388	1.839		
	รวม	743.960	399			
ลักษณะการอยู่อาศัย	ระหว่างกลุ่ม	4.546	11	.413	1.186	.295
	ภายในกลุ่ม	135.204	388	.348		
	รวม	139.750	399			

จากตารางที่ 4.16 พบว่า

เพศของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่แตกต่างกัน

อายุของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่แตกต่างกัน

สถานภาพของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกัน

สถานะการทำงานของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่แตกต่างกัน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกัน

แหล่งรายได้หลักของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่แตกต่างกัน

ลักษณะการอยู่อาศัยของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.17 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ประชากร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	4.441	11	.404	2.068	.022
	ภายในกลุ่ม	75.757	388	.195		
	รวม	80.197	399			
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	11.159	11	1.014	1.063	.391
	ภายในกลุ่ม	370.401	388	.955		
	รวม	381.560	399			
สถานภาพ	ระหว่างกลุ่ม	5.362	11	.487	.693	.746
	ภายในกลุ่ม	273.015	388	.705		
	รวม	278.378	399			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	22.295	11	2.027	2.481	.005
	ภายในกลุ่ม	316.945	388	.817		
	รวม	339.240	399			
สถานะการทำงาน	ระหว่างกลุ่ม	1.678	11	.153	.619	.813
	ภายในกลุ่ม	95.599	388	.246		
	รวม	97.278	399			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	58.883	11	5.353	1.640	.085
	ภายในกลุ่ม	1266.554	388	3.264		
	รวม	1325.438	399			
แหล่งรายได้หลัก	ระหว่างกลุ่ม	33.993	11	3.090	1.689	.074
	ภายในกลุ่ม	709.967	388	1.830		
	รวม	743.960	399			

ลักษณะการ อยู่อาศัย	ระหว่างกลุ่ม	4.051	11	.368	1.053	.399
	ภายในกลุ่ม	135.699	388	.350		
	รวม	139.750	399			

จากตารางที่ 4.17 พบว่า

เพศของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน

อายุของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

สถานภาพของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน

สถานะการทำงานของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

แหล่งรายได้หลักของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

ลักษณะการอยู่อาศัยของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.18 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค

ประชากร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	6.433	14	.460	2.398	.003
	ภายในกลุ่ม	73.764	385	.192		
	รวม	80.197	399			

อายุ	ระหว่างกลุ่ม	15.011	14	1.072	1.126	.333
	ภายในกลุ่ม	366.549	385	.952		
	รวม	381.560	399			
สถานภาพ	ระหว่างกลุ่ม	4.803	14	.343	.483	.942
	ภายในกลุ่ม	273.575	385	.711		
	รวม	278.378	399			
ระดับ การศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	31.217	14	2.230	2.787	.001
	ภายในกลุ่ม	308.023	385	.800		
	รวม	339.240	399			
สถานะการ ทำงาน	ระหว่างกลุ่ม	4.265	14	.305	1.261	.229
	ภายในกลุ่ม	93.013	385	.242		
	รวม	97.277	399			
รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน	ระหว่างกลุ่ม	40.440	14	2.889	.865	.597
	ภายในกลุ่ม	1284.997	385	3.338		
	รวม	1325.438	399			
แหล่งรายได้ หลัก	ระหว่างกลุ่ม	27.530	14	1.966	1.057	.396
	ภายในกลุ่ม	716.430	385	1.861		
	รวม	743.960	399			
ลักษณะการ อยู่อาศัย	ระหว่างกลุ่ม	3.216	14	.230	.648	.824
	ภายในกลุ่ม	136.534	385	.355		
	รวม	139.750	399			

จากตารางที่ 4.18 พบว่า

เพศของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคแตกต่างกัน

อายุของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

สถานภาพของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคแตกต่างกัน

สถานะการทำงานของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

แหล่งรายได้หลักของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ลักษณะการอยู่อาศัยของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.19 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค

ประชากร	แหล่งความแปรปรวน	แหล่งความแปรปรวน				
		SS	df	MS	F	Sig
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	3.901	18	.217	1.082	.368
	ภายในกลุ่ม	76.297	381	.200		
	รวม	80.197	399			
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	21.188	18	1.177	1.244	.222
	ภายในกลุ่ม	360.372	381	.946		
	รวม	381.560	399			
สถานภาพ	ระหว่างกลุ่ม	10.246	18	.569	.809	.690
	ภายในกลุ่ม	269.132	381	.704		
	รวม	278.378	399			

ระดับ การศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	23.588	18	1.310	1.582	.062
	ภายในกลุ่ม	315.652	381	.828		
	รวม	339.240	399			
สถานะการ ทำงาน	ระหว่างกลุ่ม	4.807	18	.267	1.100	.349
	ภายในกลุ่ม	92.471	381	.243		
	รวม	97.278	399			
รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน	ระหว่างกลุ่ม	59.781	18	3.321	1.000	.459
	ภายในกลุ่ม	1265.657	381	3.322		
	รวม	1325.438	399			
แหล่งรายได้ หลัก	ระหว่างกลุ่ม	33.615	18	1.868	1.002	.457
	ภายในกลุ่ม	710.345	381	1.864		
	รวม	743.960	399			
ลักษณะการ อยู่อาศัย	ระหว่างกลุ่ม	4.741	18	.263	.743	.766
	ภายในกลุ่ม	135.009	381	.354		
	รวม	139.750	399			

จากตารางที่ 4.19 พบว่า

เพศของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

อายุของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

สถานภาพของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการ รับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

สถานะการทำงานของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้าน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

แหล่งรายได้หลักของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ลักษณะการอยู่อาศัยของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.20 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

ประชากร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	5.309	16	.332	1.697	.045
	ภายในกลุ่ม	74.888	383	.196		
	รวม	80.198	399			
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	16.115	16	1.007	1.056	.397
	ภายในกลุ่ม	365.445	383	.954		
	รวม	381.560	399			
สถานภาพ	ระหว่างกลุ่ม	10.024	16	.626	.894	.576
	ภายในกลุ่ม	268.354	383	.701		
	รวม	278.378	399			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	15.380	16	.961	1.137	.319
	ภายในกลุ่ม	323.860	383	.846		
	รวม	339.240	399			
สถานะการทำงาน	ระหว่างกลุ่ม	3.894	16	.243	.998	.458
	ภายในกลุ่ม	93.384	383	.244		
	รวม	97.278	399			

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	72.484	16	4.530	1.385	.145
	ภายในกลุ่ม	1252.954	383	3.271		
	รวม	1325.438	399			
แหล่งรายได้หลัก	ระหว่างกลุ่ม	20.315	16	1.270	.672	.822
	ภายในกลุ่ม	723.645	383	1.889		
	รวม	743.960	399			
ลักษณะการอยู่อาศัย	ระหว่างกลุ่ม	5.811	16	.363	1.039	.414
	ภายในกลุ่ม	133.939	383	.350		
	รวม	139.750	399			

จากตารางที่ 4.20 พบว่า

เพศของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

อายุของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

สถานภาพของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

สถานะการทำงานของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

แหล่งรายได้หลักของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ลักษณะการอยู่อาศัยของบุคคลวัยเกษียณที่แตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.1 บุคคลวัยเกษียณที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.2 บุคคลวัยเกษียณที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.3 บุคคลวัยเกษียณที่มีสถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.4 บุคคลวัยเกษียณที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.5 บุคคลวัยเกษียณที่มีสถานะการทำงานต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.6 บุคคลวัยเกษียณที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.7 บุคคลวัยเกษียณที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.8 บุคคลวัยเกษียณที่มีลักษณะการอยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.21 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ประชากร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	3.464	11	.331	1.680	.374
	ภายในกลุ่ม	76.552	388	.197		
	รวม	80.197	399			
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	4.546	11	.431	1.186	.816
	ภายในกลุ่ม	135.204	388	.438		
	รวม	139.750	399			

สถานภาพ	ระหว่างกลุ่ม	6.606	11	.601	.857	.772
	ภายในกลุ่ม	271.771	388	.700		
	รวม	278.378	399			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	32.426	11	2.948	3.728	.035
	ภายในกลุ่ม	306.814	388	.791		
	รวม	339.240	399			
สถานะการทำงาน	ระหว่างกลุ่ม	2.446	11	.222	.910	.143
	ภายในกลุ่ม	94.832	388	.244		
	รวม	97.277	399			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	79.193	11	7.199	2.241	.325
	ภายในกลุ่ม	1246.245	388	3.212		
	รวม	1325.437	399			
แหล่งรายได้หลัก	ระหว่างกลุ่ม	30.246	11	2.750	1.495	.032
	ภายในกลุ่ม	713.714	388	1.839		
	รวม	743.960	399			
ลักษณะการอยู่อาศัย	ระหว่างกลุ่ม	4.546	11	.413	1.186	.816
	ภายในกลุ่ม	135.204	388	.348		
	รวม	139.750	399			

จากตารางที่ 4.21 ผลการทดสอบสมมติฐานย่อย พบว่า

1.1 ผลการวิเคราะห์พบว่าเพศของบุคคลวัยเกษียณไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

1.2 ผลการวิเคราะห์พบว่าอายุของบุคคลวัยเกษียณไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

1.3 ผลการวิเคราะห์พบว่าสถานภาพของบุคคลวัยเกษียณไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีสถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

1.4 ผลการวิเคราะห์พบว่าระดับการศึกษาของบุคคลวัยเกษียณมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

1.5 ผลการวิเคราะห์พบว่าสถานะการทำงานของบุคคลวัยเกษียณไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีสถานะการทำงานต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

1.6 ผลการวิเคราะห์พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลวัยเกษียณไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

1.7 ผลการวิเคราะห์พบว่าแหล่งรายได้หลักของบุคคลวัยเกษียณมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

1.8 ผลการวิเคราะห์พบว่าลักษณะการอยู่อาศัยของบุคคลวัยเกษียณไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีลักษณะการอยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

สมมติฐานที่ 2 สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ตารางที่ 4.22 แสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสารโน้มน้าวใจกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

	องค์ประกอบ แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ	ค่า สหสัมพันธ์	ระดับ นัยสำคัญ	ความสัมพันธ์
สารโน้มน้าวใจ	1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	.489**	.000	ระดับปานกลาง
	2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	.502**	.000	ระดับปานกลาง
	3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	.456**	.000	ระดับปานกลาง
	4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค	.266**	.000	ระดับต่ำ
	5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค	.403**	.000	ระดับปานกลาง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.22 ผลการทดสอบสมมติฐานย่อย พบว่า

1. สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า สารโน้มน้าวใจส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ

2. สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า สารโน้มน้าวใจส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ

3. สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับ

ปานกลาง อธิบายได้ว่า สารโน้มน้าวใจส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

4. สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า สารโน้มน้าวใจส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

5. สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า สารโน้มน้าวใจส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 3 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ

ตารางที่ 4.23 แสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อกับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ

ตัวแปร	ทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ		
	ค่าสหสัมพันธ์	ระดับนัยสำคัญ	ความสัมพันธ์
การเปิดรับสื่อ	.257**	.000	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 4.23 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มส่งผลต่อทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 4 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ตารางที่ 4.24 แสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

	องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าสหสัมพันธ์	ระดับนัยสำคัญ	ความสัมพันธ์
การเปิดรับสื่อ	1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	.229**	.000	ระดับต่ำ
	2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	.173**	.000	ระดับต่ำมาก
	3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	.242**	.000	ระดับต่ำ
	4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค	.126*	.000	ระดับต่ำมาก
	5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค	.237**	.000	ระดับต่ำ

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.24 ผลการทดสอบสมมติฐานย่อย พบว่า

1. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การเปิดรับสื่อส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ

2. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อธิบายได้ว่า การเปิดรับสื่อส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ

3. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การเปิดรับสื่อส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

4. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อธิบายได้ว่า การเปิดรับสื่อส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

5. การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การเปิดรับสื่อส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณและการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม” ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ

1. เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อของบุคคลวัยเกษียณอายุที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์บริโภคเค็มในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์บริโภคเค็มในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ
4. เพื่อศึกษาความแตกต่างทางประชากรของบุคคลวัยเกษียณต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสารโน้มน้าวใจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ
6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อและทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ
7. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.1 บุคคลวัยเกษียณที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.2 บุคคลวัยเกษียณที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.3 บุคคลวัยเกษียณที่มีสถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.4 บุคคลวัยเกษียณที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.5 บุคคลวัยเกษียณที่มีสถานะการทำงานต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.6 บุคคลวัยเกษียณที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.7 บุคคลวัยเกษียณที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.8 บุคคลวัยเกษียณที่มีลักษณะการอยู่อาศัยต่างกันมี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 2.1 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 2.2 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 2.3 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 2.4 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค

สมมติฐานที่ 2.5 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

สมมติฐานที่ 3 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 4 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 4.1 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 4.2 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 4.3 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

สมมติฐานที่ 4.4 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค

สมมติฐานที่ 4.5 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค

5.1 สรุปการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 301 คน (ร้อยละ 75.3) และกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำนวน 99 คน (ร้อยละ 24.8) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-60 ปี จำนวน 127 คน (ร้อยละ 31.8) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 61-65 ปี (ร้อยละ 29.3) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจำนวน 231 คน (ร้อยละ 57.8) รองลงมามีสถานภาพโสดจำนวน 80 คน (ร้อยละ 20.0) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 209 คน (ร้อยละ 52.3) รองลงมามีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีจำนวน 95 คน (ร้อยละ 23.8) กลุ่มตัวอย่างมีสถานะทำงานอยู่จำนวน 223 คน (ร้อยละ 55.8) และสถานะไม่ทำงานแล้วจำนวน 177 คน (ร้อยละ 44.3) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 50,000 บาท จำนวน 88 คน (ร้อยละ 22.0) รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 15,000 บาท จำนวน 79 คน (ร้อยละ 19.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากการทำงานด้วยตนเองจำนวน 254 คน (ร้อยละ 63.5) รองลงมามีรายได้หลักจากคู่สมรสจำนวน 39 คน (ร้อยละ 9.8)

ผลการศึกษาข้อมูลการเปิดรับสื่อการรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดรับสื่อการรณรงค์ลดบริโภคเค็มผ่านเฟซบุ๊กมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ รองลงมาคือ การเปิดรับสื่อการรณรงค์ลดบริโภคเค็มผ่านเว็บไซต์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับทั้ง 2 สื่อในระดับปานกลาง และการเปิดรับสื่อการรณรงค์ลดบริโภคเค็มที่น้อยที่สุดคือ วิทยุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ มีการเปิดรับในระดับต่ำ

ผลการศึกษาข้อมูลทัศนคติที่มีต่อสารโชน้ำมันหัวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่อสารโชน้ำมันหัวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับสูงมากคือ อยากให้ข้อมูลในการรณรงค์สามารถปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 รองลงมาคือ อยากให้ข้อมูลในการรณรงค์แนะนำวิธีการป้องกันโรคที่ทำตามได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 และกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ อยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกถึงโอกาสในการเกิดโรค มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.42 โดยทุกข้อมีระดับทัศนคติระดับสูงมาก

ผลการศึกษาข้อมูลด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อมูลด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 5 ด้าน ได้แก่

1. **ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับสูงมากอันดับแรก คือ การกินเค็มเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคไต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 รองลงมาคือ เกลือมักแฝงอยู่ในอาหารทุกประเภท เช่น อาหารกระป๋อง ซอส น้ำจิ้ม และผงฟูในผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ซึ่งมีการรับรู้ระดับสูงมาก และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ การกินเค็มเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.63 ซึ่งมีการรับรู้ระดับสูง

2. **ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับสูงมากอันดับแรก คือ ถ้าเป็นโรคไตอาจทำให้ทรมาณจากการล้างไตและสุดท้ายอาจตายได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 รองลงมาคือ ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตหรือตายได้ และการรักษาโรคทำให้เป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 ซึ่งมีการรับรู้ระดับสูงมาก และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ การกินเค็มเป็นประจำอาจทำให้เสียชีวิตต่อวัยอันควร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.08 ซึ่งมีการรับรู้ระดับสูง

3. **ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับสูงมากอันดับแรก คือ หลีกเลี่ยงการกินเค็มจะช่วยป้องกันโรคไตได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 รองลงมาคือ หลีกเลี่ยงการกินเค็มจะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ซึ่งมีการรับรู้ระดับสูงมาก และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ หลีกเลี่ยงการกินเค็มจะช่วยป้องกันโรคมะเร็งได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.70 ซึ่งมีการรับรู้ระดับสูง

4. **ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ด้านรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับสูงมาก คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 รองลงมาคือ ไม่ทราบว่าอาหารที่บริโภคมีเกลือหรือโซเดียมมากน้อยเพียงใด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ซึ่งมีการรับรู้ระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ถ้าลดกินเค็มลงจะทำให้กินอาหารไม่อร่อย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.15 ซึ่งมีการรับรู้ระดับปานกลาง

5. **ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับสูงมากอันดับแรก คือ ตนเองสามารถลดกินเค็มได้ แม้ว่าจะไม่มีคนคอยสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 รองลงมาคือ คือ ตนเองสามารถลดกินเค็มได้ แม้ว่าจะต้องทำตามแผนการกินที่วางไว้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 มีการรับรู้ระดับสูงมาก และกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีการรับรู้ ตนเองสามารถลดกินเค็มได้ แม้ว่าจะใช้เวลาในการปรับตัวนาน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.12 ซึ่งมีการรับรู้ระดับสูง

5.2 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 บุคคลวัยเกษียณที่มีลักษณะประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5.1 แสดงความแตกต่างของลักษณะประชากรต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ลักษณะทางประชากร	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
เพศ	ปฏิเสธสมมติฐาน
อายุ	ปฏิเสธสมมติฐาน
สถานภาพ	ปฏิเสธสมมติฐาน
ระดับการศึกษา	ยอมรับสมมติฐาน
สถานะการทำงาน	ปฏิเสธสมมติฐาน
รายได้	ปฏิเสธสมมติฐาน
แหล่งรายได้	ยอมรับสมมติฐาน
ลักษณะการอยู่อาศัย	ปฏิเสธสมมติฐาน

1.1 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน (ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย)

1.2 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน (ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย)

1.3 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน (ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย)

1.4 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (ยอมรับสมมติฐานการวิจัย)

1.5 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานะการทำงานต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน (ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย)

1.6 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน (ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย)

1.7 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (ยอมรับสมมติฐานการวิจัย)

1.8 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะการอยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน (ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย)

สมมติฐานที่ 2 สารโหนดน้ำใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ตารางที่ 5.2 ความสัมพันธ์ของสารโหนดน้ำใจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สารโหนดน้ำใจ	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	เป็นไปตามสมมติฐาน
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	เป็นไปตามสมมติฐาน
สุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	เป็นไปตามสมมติฐาน
ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค	เป็นไปตามสมมติฐาน
สถานะการทำงาน	เป็นไปตามสมมติฐาน

2.1 สารโหนดน้ำใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

2.2 สารโหนดน้ำใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

2.3 สารโหนดน้ำใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

2.4 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

2.5 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

สมมติฐานที่ 3 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ตารางที่ 5.3 ความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อต่อทัศนคติ

การเปิดรับสื่อ	ทัศนคติ
สื่อทุกประเภท	เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

ตารางที่ 5.4 ความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การเปิดรับสื่อ	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
โทรทัศน์	เป็นไปตามสมมติฐาน
วิทยุ	เป็นไปตามสมมติฐาน
โปสเตอร์	เป็นไปตามสมมติฐาน
แผ่นพับ	เป็นไปตามสมมติฐาน
กิจกรรม	เป็นไปตามสมมติฐาน
เว็บไซต์	เป็นไปตามสมมติฐาน
เฟสบุ๊ก	เป็นไปตามสมมติฐาน

ยูทูป	เป็นไปตามสมมติฐาน
-------	-------------------

4.1 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

4.2 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

4.3 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

4.4 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

4.5 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดค

5.3 อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยในข้างต้น สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็น ดังต่อไปนี้

การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มปี 2561

จากผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่อรณรงค์มากที่สุดจาก เฟซบุ๊ก รองลงมาคือ เว็บไซต์ และยูทูป ซึ่งเป็นสื่อออนไลน์ ส่วนสื่อรณรงค์ที่มีการเปิดรับน้อยที่สุดคือ วิทยุ ซึ่งเป็นสื่อมวลชน รองลงมาคือ สื่อกิจกรรมและโปสเตอร์ ซึ่งเป็นสื่อเฉพาะกิจ

แสดงให้เห็นว่าสื่อออนไลน์อย่างเฟซบุ๊ก ที่มีคุณลักษณะสามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ประหยัด สื่อสารกันอย่างอิสระ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประโยชน์ต่างๆ จึงเป็นสื่อออนไลน์ที่ผู้คนทั่วโลกนิยมใช้งานกันอย่างแพร่หลาย รวมถึงประเทศไทยโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครที่นิยมการใช้สื่อออนไลน์เฟซบุ๊กมากเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งมี 22 ล้านบัญชีจากจำนวนผู้ใช้ทั้งหมดของประเทศไทยมี

มากถึง 51 ล้านบัญชีทั่วประเทศ (สถิติผู้ใช้ดิจิทัลทั่วโลก, 2561) สอดคล้องกับ กันทพล บรรทัดทอง (2557) เรื่อง พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และความพึงพอใจของกลุ่มคนผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และผู้สูงอายุใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับแรงจูงใจมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อ การแบ่งปันข้อมูล และการรู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ ของ สิริลักษณ์ อุบลรัตน์ (2560) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจาก เฟซบุ๊ก มากที่สุด

ซึ่งในปัจจุบันสื่อออนไลน์มีความสำคัญในการส่งผ่านข้อมูลหลากหลายด้าน โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ บุคลากรทางการแพทย์ ให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องถึงประชาชนได้โดยตรง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีทักษะในการใช้สื่อออนไลน์จะสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, 2560) และผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความต้องการเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เช่น เนื้อหาด้านการดูแลสุขภาพ ศักยภาพของผู้สูงอายุ สวัสดิการต่างๆ ธรรมะและศาสนา (ระวีวรรณ ทรัพย์อินทร์ และ ญาศิณี เคารพธรรม, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ สุวิช ธีระโคตร และ วีรพงษ์ พลนิกรกิจ (2561) เรื่อง พฤติกรรมการใช้และการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตและทัศนคติการใช้เนื้อหาสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีอายุ 50-60 ปี มีการใช้สื่อออนไลน์เฟซบุ๊กเป็นหลัก ในการแสวงหาความรู้เรื่องที่น่าสนใจ และค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ

ทัศนคติที่มีต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็มในระดับสูงมาก โดยผลการวิจัยรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับสูงมากทุกข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อรูปแบบสารโน้มน้าวใจด้านการรับรู้ภัยคุกคามและด้านการประสิทธิภาพสูง เช่น อยากให้ข้อความรณรงค์บอกความรุนแรงของโรค และอยากให้ข้อความรณรงค์สามารถปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับการวิจัยของ Witte and Allen (2000) พบว่า การโน้มน้าวใจด้วยความกลัวในรูปแบบของสารที่มีระดับการคุกคามสูงและมีการรับรู้ประสิทธิภาพสูง จะทำให้ข้อความมีประสิทธิภาพมาก ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเกิดการยอมรับ มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพตามคำแนะนำและประสิทธิภาพของตนเองในการเกิดพฤติกรรม และสอดคล้องกับผลการวิจัยบางส่วนของ Mc Mahan et al. (1998) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตที่มีระดับการคุกคามสูงและมีการรับรู้ประสิทธิภาพสูง จะส่งผลให้ระดับทัศนคติและความตั้งใจสูงขึ้น แต่ยังไม่ส่งผลถึงพฤติกรรม และงานวิจัยของ Roberto and Goodall (2009) พบว่า ข้อความที่มีการคุกคามสูงและมีประสิทธิภาพสูง จะส่งผลถึงความตั้งใจด้านพฤติกรรมที่แท้จริง รวมถึงงานวิจัยของ Wong and Capella (2009)

ผลการวิจัยพบว่าเมื่อใช้ข้อความที่มีการคุกคามสูง ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีมากขึ้น และผลการวิจัยของ Nachiketas and Bharadhwaj (2017) พบว่า ข้อความที่มีการคุกคามสูงและมีประสิทธิภาพสูง นำไปสู่ทัศนคติเชิงบวกและความตั้งใจที่ดีต่อการผ่าตัดรักษาต่อกระเจกตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ อาจมาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเปิดรับข่าวสารของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับ Schramm (1973) ที่กล่าวว่า ผู้รับสารจะแสวงหาข่าวสารเพื่อสนองความต้องการของตน รวมไปถึงการใช้ประโยชน์จากข่าวสารที่เปิดรับมาด้วย และสอดคล้องกับ Todd Hunt and Brent d. Ruben (อ้างถึงใน ญัตติสภา ทรัพย์สินทางปัญญา, 2557) กล่าวว่า ผู้รับสารจะให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการเข้าใจและจดจำข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เมื่อเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การรับรู้ความสามารถในตนเองและประสิทธิภาพในการตอบสนองสูง จะมีแรงจูงใจในการควบคุมอันตราย โดยแต่ละบุคคลจะอาศัยทัศนคติเป็นเครื่องยึดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปสู่เป้าหมายและเกิดประโยชน์สูงสุด

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ การกินเค็มเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคไต สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสุขภาพในเรื่องทานเค็มจัดเกินไปทำให้เป็นโรคไต ประเด็นรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณรองลงมาคือ เกลือมักแฝงอยู่ในอาหารทุกประเภท เช่น อาหารกระป๋อง ซอส น้ำจิ้ม และผงฟูในผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะ บุรีโส (2558) เรื่อง การศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ลดการกินเค็ม ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากถึง 1 ใน 4 ตอบว่าไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีเกลือหรือโซเดียมสูงเลย อาจแสดงถึงความครอบคลุมในการสื่อสารความรู้สู่ประชาชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยม เป็นกลุ่มผู้สูงอายุภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ ในประเทศไทย พบว่าพฤติกรรมการกินเค็มของผู้สูงอายุ มักเติมเครื่องปรุงจำพวกซุบก้อน ผงปรุงรส และผงชูรส บ่อยครั้งที่กินอาหารถึงสำเร็จรูป มักเติมเครื่องปรุงจนหมดซอง และทานน้ำจิ้มในอาหารจำพวก ลูกชิ้น ข้าวมันไก่ หมูกระทะ สุกี้ โดยไม่คำนึงถึงปริมาณการกิน ดังนั้น ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีส่วนสำคัญต่อการรับรู้และความเข้าใจเรื่องการดูแลปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดีให้มีความเหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าสามารถเข้าถึงเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่มีประโยชน์ได้ดีกว่า (ขวัญดวง กลิ่นรัตน์,

2554) ซึ่ง Hochbaum (1958) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ในการส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ ถ้าเป็นโรคไตอาจทำให้ทรมาณจากการล้างไตและสุดท้ายอาจตายได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 87.0 มีการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะสุขภาพในเรื่องโรคไตส่งผลทำให้ไตวายและเสียชีวิต ซึ่งสรุปจากแนวคิดของ Becker (1977) ได้ว่า การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค มีความรุนแรงที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต หากบุคคลนั้นไม่ปฏิบัติหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาป้องกันโรค ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลนั้นจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค แต่ถ้าไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นก่อให้เกิดผลกระทบหรือเกิดอันตรายต่อร่างกายแล้วนั้น ก็ยังไม่เกิดพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคได้

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ หลีกเลี่ยงการกินเค็มจะช่วยป้องกันโรคไตได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญลักษณ์ โมราษฏร์ (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการเลือกทานอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่มีประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการควบคุมภาวะการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock & Strecher and Becker (1988) หากผู้สูงอายุกnows ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง และรับรู้ความรุนแรงมากขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุแสวงหาแหล่งที่เป็นประโยชน์เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ระดับสูง เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในอนาคต และตามแนวคิดของ Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันการเกิดโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี เหมาะสม และมีประโยชน์ที่สามารถป้องกันโรคได้จริง จะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติและการให้ความร่วมมือในการรักษา

4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก โดยประเด็นรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูง มาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิลไรต์น บัญราศรี (2559) เรื่อง แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมของ พนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ใน ระดับสูง โดยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นความคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับ สิ่งที่ขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อความมุ่งมั่นในการมีพฤติกรรม สุขภาพ แต่ถ้าบุคคลมีความคิดและอารมณ์ทางบวก จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (ปานชีวา แลบุญมา, 2551) และการศึกษาวิจัยของ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ (2561) เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน เนื่องจาก เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคมากขึ้น เช่น ไปพบแพทย์ตามนัดถึงแม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายในการค่า เดินทางและสูญเสียรายได้ หรือการรอคอยในการพบแพทย์ และการศึกษาวิจัยของ Karimy et al. (2009) เรื่อง ผลการวิจัยพบว่า การมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงนั้นยังสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความ รุนแรงของโรคได้เช่นกัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ หากบุคคลรับรู้ประโยชน์ มากกว่ารับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคจะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (วิราภานต์ ปิ่นสกุล, 2554)

5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก โดยประเด็นรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณมากที่สุด คือ ตนเอง สามารถลดกินเค็มได้แม้ว่าจะไม่มีคนคอยสนับสนุน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สายหยุด มูลเพ็ชร (2558) เรื่อง การสำรวจปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะและปัจจัยที่มีผลต่อการกินเค็มใน กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัด เชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนนิสัยการบริโภคอาหารไม่ให้บริโภคเค็ม ตัวเองเป็นสิ่งสำคัญ ที่สุด ไม่ได้ขึ้นกับบุคคลอื่น มีการรับรู้ความสามารถในการลดเค็ม อยู่ในระดับดีมาก รวมถึงการวิจัยของ หทัยกานต์ ห้องกระจก (2559) เรื่อง อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่ง ตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 30-60 ปี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้

ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ตามแนวคิดของ Orem (2001) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะนำไปสู่ความมั่นใจในการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้สำเร็จ แต่ถ้าบุคคลมีการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ อาจจะไม่พยายามปฏิบัติหรือแก้ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้สำเร็จ ดังนั้นเมื่อมีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะมีความพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น และจะไม่หลีกเลี่ยงหรือถอยเมื่อเผชิญกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (ปานชีวัน แลบุญมา, 2551)

สมมติฐานที่ 1 บุคคลวัยเกษียณที่มีประชากรแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.1 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านเพศแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Baker & Maiman (1974) ที่กล่าวว่า โอกาสเสี่ยงในความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน คือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจึงมีแบบแผนความเชื่อในการป้องกันและรักษาโรคที่แตกต่างกันออกไป และไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Courtenay (2000) ได้นำเสนอแนวทางการสร้างสังคมในเรื่องเพศและสุขภาพซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ชายมองว่าการจัดการกับปัญหาสุขภาพเป็นสัญญาณของความเป็นผู้หญิงหรือความอ่อนแอ และผู้หญิงถูกสังคมมองว่าเป็นเพศที่สามารถดูแลตนเองและให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเพศหญิงจึงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูงกว่าเพศชาย แต่ผลการวิจัยข้างต้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัสรา อวารณ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพไม่ต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fenfen Li et al. (2019) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุชาวจีน ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างทางเพศไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.2 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านอายุแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Karimy et al. (2009) เรื่อง ผลของการศึกษาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยเกษียณที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของเรื่อง การทำนายพฤติกรรมโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า เพศที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Soleymani et al. (2015) ว่าเพศมีความเหมือนกันในแง่พฤติกรรมโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ American Cancer Society (2013) เรื่อง ผลของการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50-70 ปี ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และผลประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค

1.3 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านสถานภาพแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Charlotte N. Markey et al. (2005) เรื่อง สถานภาพการสมรสและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กรณีศึกษาความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันสำหรับชายและหญิง ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่เป็นหม้ายหรือแต่งงานแล้วมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากที่สุด แต่พบว่าผู้หญิงโสดมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าผู้ชายโสด ดังนั้นเพศจึงเป็นตัวควบคุมความสัมพันธ์สถานภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเช่นกัน และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ McFarland D. M. (2013) เรื่อง ตัวแปรทางประชากรและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วยการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีสถานภาพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคสูงกว่าการรับรู้ความเสี่ยงของโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและรักษาโรค

1.4 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนัส บุญประกอบ และ พรรณี บุญประกอบ (2549) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานภายหลังเกษียณอายุของข้าราชการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการเกษียณที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีแบบแผนความเชื่อในการรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัสรา อวารณ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญาถึงปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการเกษียณที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Soleymani et al. (2015) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับที่สูงขึ้น จะทำให้ได้รับความรู้ทางโภชนาการเพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย และการมีระดับการศึกษาต่ำนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรคลดลง ส่งผลถึงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Seifan et al., 2017)

1.5 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานะการทำงานต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านสถานะการทำงานแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแรงจูงใจในการเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลวัยก่อนเกษียณอายุ 51-65 ปี และบุคคลวัยหลังเกษียณอายุ 65 ปีขึ้นไป ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ เรื่อง การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบายการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านสถานะการทำงานที่ต่างกัน มีระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกันในการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค (Zare M et al., 2016)

1.6 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่มีรายได้ต่ำมักมีการรับรู้อุปสรรคที่สูงขึ้น ซึ่งผลการวิจัยของ Smith et al. (2015) เรื่อง แรงจูงใจและพฤติกรรมของชาวออสเตรเลียเกี่ยวกับสุขภาพสมองและการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่มีรายได้น้อยมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Werner (2003) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับรู้ พบว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคมามากขึ้น และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rivandi SH et al. (2018) เรื่อง ผลกระทบของการศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรักษาโรคในวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจากงานวิจัยสรุปได้ว่า บุคคลที่มีรายได้ต่ำและรายได้สูงมีแบบแผนความเชื่อในแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน

1.7 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านแหล่งรายได้หลักแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลลดา บุตรวิศา (2561) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่มีแหล่งที่มาของรายได้ต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพ โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ ศรีทับทิม รัตนโกศล (2547 อ้างถึงใน จันทนา สารแสง 2561) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านประกันรายได้ เมื่อเข้าสู่วัยชราจะสามารถช่วยให้ตนเองดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers (1986) ซึ่งเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีคาดหวังในความสามารถของตนเอง นั่นคือ การรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

1.8 บุคคลวัยเกษียณในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะการอยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลวัยเกษียณที่มีปัจจัยทางด้านลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Raheleh Soltani et al. (2016) เรื่อง ปัจจัยเบื้องหลังการบริโภคผักและผลไม้ในผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกจากการทำงาน กรณีศึกษาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการดำรงชีพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ดังนั้นครอบครัวและญาติจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภค และไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Silvia by Douglas (1993 อ้างถึงใน; วรลักษณ์ คงหนู 2542) กล่าวว่า หากสามีมีบริโภคนิสัยที่ชอบทานรสเค็ม ก็จะทำให้ภรรยาต้องบริโภคอาหารที่มีรสเค็มตามไปด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของชวลิต รัตนกุล (2523) กล่าวว่าไว้ว่า ความเคยชินในการรับประทานของแต่ละครอบครัว เช่น เชื่อชาติศาสนา และขนบธรรมเนียมประจำชาติ หรือความเชื่อในแต่ละครอบครัว รวมทั้งนิสัยที่สืบเนื่องมาหลายชั่วอายุคน ก็เป็นตัวกำหนดในการบริโภคเช่นเดียวกัน

สมมติฐานที่ 2 สารโน้มน้าวใจมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

2.1 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Umi Athiyah (2017) เรื่อง การติดยาในผู้ป่วยสูงอายุผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภัยคุกคามจากผลข้างเคียงของยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

2.2 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cauberghe et al. (2009) เรื่อง ความกลัว การคุกคาม และประสิทธิภาพ ของการโน้มน้าวด้วยข้อความที่มีการคุกคาม ด้วยผลการวิจัยพบว่า เมื่อสารโน้มน้าวใจมีระดับภัยคุกคามสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Courtney L Scherr (2017) เรื่อง

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและการส่งเสริมการฉีดวัคซีนในช่วงที่มีการระบาด ผลการวิจัยพบว่าการออกแบบการสื่อสารที่เน้นระดับภัยคุกคามและมีประสิทธิภาพสูง มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวโดยสรุปคือ กลุ่มตัวอย่างจะเกิดความกังวลเกี่ยวกับโรคมามากขึ้นและลดอุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เพื่อกระตุ้นความตั้งใจและพฤติกรรมในส่งเสริมการป้องกันสุขภาพ

2.3 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yoo, W., Kwon, M.-W., & Pfeiffer, L. J. (2013) เรื่อง การสื่อสารการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งและการตรวจคัดกรองมะเร็งและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคในระดับปานกลาง เมื่อรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคร่วมกัน ผู้รับสารจะมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันมากกว่าการรับรู้อุปสรรค ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Habibollah Hosseini (2017) ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อและการออกกำลังกายของวัยกลางคนอายุ 40-60 ปี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประสิทธิภาพของข้อความ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

2.4 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hui-Ting Huang (2016) เรื่อง ปัจจัยโครงสร้างที่มีผลต่อความตั้งใจในพฤติกรรมตรวจสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุในประเทศไต้หวันที่ได้รับข้อมูลสนับสนุนทางสังคมในการตรวจรักษาสุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Witte & Allen (2000) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนั้นจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรคจนสามารถควบคุมสถานการณ์และมีพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคจนสำเร็จได้

2.5 สารโน้มน้าวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rajiv N. Rimal (2006) เรื่อง การรับรู้ความเสี่ยงและประสิทธิภาพในตนเองในฐานะผู้

ส่งสาร กรณีศึกษาการทำความเข้าใจการใช้ข้อมูลสุขภาพในระยะยาวของแต่ละบุคคล ผลการวิจัยพบว่า การจัดการกระทำสารโน้มน้าวใจที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Diane McKay (2004) เรื่อง การสื่อสารความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายเพื่อพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 50-69 ปี หลังจากได้รับข้อความที่มีระดับภัยคุกคามสูงและประสิทธิภาพสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rashmi Thapaliya (2018) เรื่อง แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อ่านสารโน้มน้าวใจที่มีข้อความกล่าวถึงการรับรู้ประสิทธิภาพในการออกกำลังกายและทานอาหารที่มีประโยชน์ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง กล่าวได้ว่า เมื่อสารโน้มน้าวใจมีการรับรู้ประสิทธิภาพสูงกว่าการรับรู้อุปสรรคจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการวิจัยของ Witte & Allen (2000) พบว่า การโน้มน้าวใจโดยจัดการกระทำสารที่มีระดับการรับรู้ประสิทธิภาพมากกว่าระดับการคุกคาม ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเกิดการยอมรับ มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพตามคำแนะนำและประสิทธิภาพของตนเองในการเกิดพฤติกรรม

สมมติฐานที่ 3 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศึกษาการประเมินประสิทธิภาพของข้อความที่มีภัยคุกคามทางสื่อออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่า ข้อความที่มีภัยคุกคามและมีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยอธิบายว่า ข้อความเกี่ยวกับสุขภาพมีผ่านสื่อหลายแห่ง เช่น สื่อมวลชนรวมทั้งโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โบรชัวร์ โปสเตอร์ มักมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้ ความรู้ และทัศนคติของแต่ละบุคคล สื่อมวลชนสามารถเผยแพร่ข้อมูลได้อย่างกว้างขวาง ส่วนด้านสื่อออนไลน์นั้นมีความจำเป็นในการจัดทำข้อมูลที่มีการรับรู้ด้านภัยคุกคามและการรับรู้ประสิทธิภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น เว็บไซต์สำหรับองค์กรสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Boster and Mongeau (1984) พบว่า งานที่ศึกษาการจัดการระดับความกลัวหรือภัยคุกคามในสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ต่อระดับทัศนคติ

สมมติฐานที่ 4 การเปิดรับสื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็มมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลวัยเกษียณ

4.1 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญาดา โตอุตขมน์ (2560) เรื่อง รูปแบบเชิงเหตุผลของปัจจัยที่มีผลระยะเวลาก่อนการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ผลการวิจัยพบว่า บทความหรือโฆษณาในวารสาร หนังสือพิมพ์ สื่อมวลชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 โดยมีค่าความสัมพันธ์ระดับต่ำ โดยมีข้อเสนอแนะในการวางแผนการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค โดยผลิตสื่อสุขภาพที่เน้นเนื้อหาเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร พบว่าสิ่งชักนำมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tsubono Y et al. 1993)

4.2 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Diane McKay (2004) เรื่อง การสื่อสารความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายเพื่อพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ ผลการวิจัยพบว่า สื่อแผ่นพับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคของผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.3 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Salzer, J. E., Marshall, C. L., & Glazer, E. R. (1977). เรื่อง การใช้โทรทัศน์เป็นเครื่องมือในงานสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า โทรทัศน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐพร อยู่ปาน (2558) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติอย่างสื่อโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

4.4 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ

Muhmmad Saqlain (2020) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แหล่งข้อมูลและอุปสรรคในการควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศปากีสถาน ผลการวิจัยพบว่า คนส่วนใหญ่หาข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ เช่น เชื่อว่าไม่สวมหน้ากากอนามัยและไม่ล้างมือ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการติดเชื้อ และหน้ากากอนามัยที่มีจำนวนจำกัดทำให้ประชาชนติดเชื้อง่ายขึ้น โดยสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการใช้สื่อโซเชียลมีเดียของผู้สูงอายุในสังคมไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การใช้สื่อโซเชียลมีเดียในผู้สูงอายุมีความสำคัญค่อนข้างมาก เนื่องจากสามารถลดช่องว่างระหว่าง ความสัมพันธ์ของบุตรหลานกับผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการเรียนรู้การใช้สื่อโซเชียลมีเดียในผู้สูงอายุยังขาดทักษะและ ประสบการณ์ในการทำงาน ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้งานได้ด้วยตัวเอง ขาดความเข้าใจในเรื่องของระบบขั้นตอน การทำงานของสื่อโซเชียลมีเดีย อีกทั้งนี้สื่อโซเชียลมีเดียยังมีข้อจำกัดในการทำงานอยู่ค่อนข้างมาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุในบางรายเข้าถึงสื่อ โซเชียลมีเดียได้ค่อนข้างยาก (มนัสสินี บุญมีศรีสง่า และ มนิตรา สดชื่น ,2560) สอดคล้องกับ Allen M. et al (1990) กล่าวว่า สื่อประเภทโบรชัวร์หรือแผ่นพับ มักมีข้อจำกัดเรื่องความยาวของเนื้อหาข้อความ ที่ควรสื่อสารการโน้มน้าวใจทั้ง 2 ด้าน คือการรับรู้ภัยคุกคามและการรับรู้ประสิทธิภาพ ด้วยข้อจำกัดอาจลดโอกาสด้านการรับรู้ความเสี่ยงและอุปสรรคได้

4.5 การเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลวัยเกษียณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Taejin Jung and Maria Brann (2555) เรื่อง การวิเคราะห์แบบจำลองกระบวนการคู่ขนานแบบขยายและโครงสร้างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งข้อความขณะขับรถ ผลการศึกษาพบว่า การเปิดรับสื่อ เช่น โทรทัศน์ และ หนังสือพิมพ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ปัจจัยด้านการศึกษาในระดับที่สูงกว่าจะสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐ เอกชน โรงพยาบาล และองค์กรต่างๆ ควรเน้นประเด็นของการส่งสารโน้มน้าวใจตามแบบจำลองกระบวนการคู่ขนานเชิงขยายไปสู่กลุ่มบุคคลที่มีการศึกษาในระดับเทียบเท่ามัธยมหรือต่ำกว่า เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มากขึ้นจนไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด จึงมีความจำเป็นในการเก็บข้อมูลทางออนไลน์ ทำให้ข้อมูลจากการสำรวจที่ได้จากแบบสอบถามมีการกระจุกตัวของคำตอบด้านการเปิดรับสื่อ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่อรณรงค์ทางสื่อออนไลน์มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการบริโภคเกลือและพฤติกรรมการบริโภคเกลือ เช่น ปัจจัยด้านประชากรเกี่ยวกับโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโซเดียม เป็นต้น
2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเค็มของกลุ่มตัวอย่าง
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในรูปแบบของงานวิจัยเชิงทดลอง เกี่ยวกับผลของสารโน้มน้าวใจตามแบบจำลองกระบวนการคูชนานเชิงขยายที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเค็ม



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- นพวรรณ เปี้ยชื่อ. (2561). การดูแลโภชนาการเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- จักรพันธ์ เท็ชรภูมิ. (2560). พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ณรงค์ เส็งประชา. (2538). มนุษย์กับสังคม. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ปานชีวา แลบุญมา. (2551). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- บุญเทือง โพธิ์เจริญ. (2551). แผนชีวิตวัยเกษียณ. กรุงเทพฯ: ฐานบุ๊คส์.
- ธัญลักษณ์ โมราชภูมิ. (2548). ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
- กรมควบคุมโรค. (2562). จำนวนและอัตราผู้ป่วยปี 2559-2561. เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2563, จากกระทรวงสาธารณสุข
- กรมอนามัย. (2532). ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย. กรุงเทพฯ : : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วรลักษณ์ คงหนู. (2542). มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรทำงาน จังหวัดสระบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.,
- ธีระพล ชัยสงคราม. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- วีณา วีระไวทยะ และ สง่า ตามาพงษ์. (2538). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร. นนทบุรี: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2551). สุขกายกับวัยสูงอายุ.
- สุนีย์ สหสโพธิ์. (2560). โภชนาการพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษราพร ทิพย์กาญจนเรขา. (2560). พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ สื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ. วารสารทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 11.

- ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยบูรพา,
- กันตพล บันทัดทอง. (2557). พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และความพึงพอใจของกลุ่มคน ผู้สูงอายุใน เขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยกรุงเทพ,
- วีไลรัตน์ บุญราศรี. (2559). แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วน ลงพุง. (สาธารณสุขมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
- วิราภรณ์ ปิ่นสกุล. (2554). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทาง สังคมเพื่อ สร้างเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานโรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา. Retrieved 28 มิถุนายน 2563 www.sci.rmuti.ac.th/grad23rd/evidence/virakam/
- สุวิทย์ ภิระโคตร. (2561). พฤติกรรมการใช้และการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตและทัศนคติการใช้ เนื้อหา ด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1).
- รัชนิภรณ์ ภูกร. (2538). สุขภาพผู้สูงอายุ. พิษณุโลก: สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- สายหยุด มูลเพ็ชร์. (2558). การสำรวจปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะและปัจจัยที่มีผลต่อการ กินเค็มในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตำบลดอนแก้ว อำเภอ แม่ริม จังหวัด เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่,
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543). คู่มือผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). พร้อมสุขก่อนเกษียณ. ฉะเชิงเทรา: ศิริวัฒนา อินเทอร์เน็ต.
- หทัยการ์ต ห่องกระจก. (2559). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ การสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยบูรพา,
- ณัฐพร อยู่ปาน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรม การดูแลตนเอง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 10(1), 10-18.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2532). หลักอายุวัฒน์ : การดูแลสุขภาพตนเอง: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล ราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Abraham C, & P, S. (2005). Health belief model. *Behavior Predicting Health*, 28-80.
- Allen M, Hale J, Mongeau P, Berkowitz-Stafford S, Stafford S, Shanahan W, . . . C, R. (1990). Testing a model of message sidedness: Three replications. *Commun Mongr*, 57, 275-291.
- Becker MH, & IM, R. (1984). Compliance with medical advice. In Steptoe A and Matthews A (Eds.). *Health Care and Human Behavior London*.
- D, M. (2013). Associations of demographic variables and the Health Belief Model constructs with Pap smear screening among urban women in Botswana. *International journal of women's health*, 5, 709-716. doi:10.2147/IJWH.S50890
- Fenfen Li, Deding Zhou, Yue Chen, Yan Yu, Ning Gao, Juanjuan Peng, & Wang, S. (2019). *Int J Environ Res Public Health.*, 16(23). doi:10.3390/ijerph16234774
- Huang, H.-T. (2016). Structural Factors Affecting Health Examination Behavioral Intention. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 13(4), 395. doi:10.3390/ijerph13040395
- Janz NK, & MH, B. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Kaimy M, Hasani M, & R, K. (2009). The Effect of Education, Based on Health Belief Model on Breast Self- Examination in Health Liaisons of Zarandieh City. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 10, 83-91.
- L., M., M., B., B., B., & P., G. (2004). Communicating cardiovascular disease risk due to elevated homocysteine levels: using the EPPM to develop print materials. *Health Educ Behav*, 31(3), 355-371. doi:10.1177/1090198104263353
- MH, B. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- MH, B. (1985). Patient adherence to prescribed therapies *Medical Care* 23, 539-555.
- N, C. (2005). Marital Status and Health Beliefs: Different Relations for Men and Women. *Sex Roles*, 53. doi:10.1007/s11199-005-6767-y
- N, R. (2006). *Human Communication Research*. 29(3), 370-399. doi: 10.1111/j.1468-2958.2003.tb00844.x
- Nachiketas Nandakumar, & Sivakumaran, B. (2017). Threat, efficacy and message framing

- in consumer healthcare. *Marketing Intelligent & Planning*, 35, 442-457.
- Organization, W. H. (2007). Reducing salt intake in populations - Report of a WHO Forum and Technical Meeting.
- Organization., W. H. (1998). Health promotion glossary. Geneva, Switzerland: Health Promotion. *Education and Communication Health Education and Health Promotion Unit*.
- Organization., W. H. (2012). Guideline: Sodium intake for adults and children.
- Rosenstock M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quatr*, 44, 94-124.
- Rosenstock M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock M, Strecher J, & Becker H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2).
- Salzer J, Marshall C, & E, G. (1997). The use of Cable Television as a Tool in Health Education of the Elderly: Screening. . *Health Education Monographs*, 5(4363-378). doi:10.1177/109019817700500405
- Seifan A, Ganzer C, & F, V. (2017). Development and validation of the Alzheimer's prevention beliefs measure in a multi-ethnic cohort-A behavioral theory approach. *J Public Health*, 39(4), 863-873.
- Skinner C, Tiro J, & Champion V. (2015). Theory research, and United Nations Development Programme. Discussion paper: addressing the social determinants of noncommunicable diseases. *Health behavior and health education*.
- Smith BJ, Ali S, & H, Q. (2015). Health Promot J Austr. *Health Promot J Austr*, 26(2), 115-121.
- Society, A. C. (2013). Cancer Facts & Figure. Retrieved from <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/>
- Soleymani L, & L, S. (2015). Knowledge, attitude and practice declaration of elderly in Ahram city toward nutrition behavior in 201. *Iranian South Medical Journal*, 18(2), 70-82.
- Soltani R, Torabi A, Hasanzadeh A, & G, S. (2017). Behind Fruit and Vegetable Consumption Among the Elderly with Functional Constipation: A Study Based

- on the Health Belief Model. *Mod Care Journal*, 18(1).
doi:10.5812/modernc.63387.
- Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, & IM, R. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73-92.
- Taejin Jung, & Brann, M. (2555). Analyzing the extended parallel process model and health belief model constructs in texting while driving (Publication no. 10.1080/14635240.2014.906967).
- Thapaliya, R. (2018). *AN EXTENSION OF THE EXTENDED PARALLEL PROCESS MODEL (EPPM) TO PROMOTE HEALTHY BEHAVIORS*. UNIVERSITY OF OKLAHOMA GRADUATE COLLEGE,
- W, C. (2000). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 1, 4-15.
- Werner P. (2003). Factors influencing intentions to seek a cognitive status examination: a study based on the health belief model. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(9), 787-794.
- Yoo W, Kwon M, & L, F. (2013). Influencer of communication on colorectal cancer screening: Revisiting the Health Belief Model. *Journal of Communication in Healthcare*, 6(1), 35-43. doi:10.1179/1753807612y.0000000023
- Zare M, Ghodsbin F, Jahanbin I, Ariafar A, Keshavarzi S, & T, I. (2016). The Effect of Health Belief Model-Based Education on Trial Knowledge and Prostate Cancer Screening Behavior: A Randomized Controlled *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(1), 57-68.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณและการสื่อสารณรงค์ลดบริโภคเค็ม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ ในหลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การจัดการการสื่อสารแบบบูรณาการคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด กรุณาตอบตามความเป็นจริงเพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการวิจัย โดยผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลของท่านและนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ

51-55 ปี 56-60 ปี
 61-65 ปี 66-70 ปี

3. สถานภาพ

โสด สมรส หย่าร้าง หม้าย

4. ระดับการศึกษา

มัธยมศึกษา อนุปริญญา/ปวส. หรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

5. สถานะการทำงาน

ทำงานอยู่ ไม่ได้ทำงานแล้ว

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ต่ำกว่า 15,000 บาท 15,000 – 20,000 บาท
 20,001 – 30,000 บาท 30,001 – 40,000 บาท
 40,001 – 50,000 บาท มากกว่า 50,000 บาท

7. แหล่งรายได้หลัก

บุตร/หลาน คู่สมรส
 ญาติพี่น้อง ทำงานด้วยตนเอง
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

8. ลักษณะการอยู่อาศัย

อยู่ตามลำพัง อยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน
 อยู่กับญาติ อยู่บ้านพักคนชรา
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ท่านเปิดรับสื่อการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม ปี 2561 จากช่องทางต่อไปนี้มาน้อยเพียงใด

สื่อรณรงค์ลดบริโภคเค็ม	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยที่สุด
1. โทรทัศน์ เช่น รายการ รามาชาแนลช่อง True4u					
2. วิทยุ เช่น สปอตวิทยุ ชุด สุขภาพดีที่เราเลือกได้					
3. โปสเตอร์ เช่น เค็ม=ไตวาย/ 7 เทคนิคลดการกินเค็ม					
4. แผ่นพับ เช่น กินรสจืด ยืดชีวิต/ สุขภาพดีเริ่มที่ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม					
5. กิจกรรมรณรงค์ เช่น กิจกรรมวันไตโลก					
6. เว็บไซต์ เช่น เว็บไซต์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) / กระทรวงสาธารณสุข					
7. เฟสบุ๊ก เช่น เครือข่ายลดเค็มลดโรค/ กระทรวงสาธารณสุข					
8. ยูทูบ เช่น รามาชาแนล / ภาพยนตร์สั้น เรื่อง The Ingredients มือพิ(ข)เศษ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อสารโน้มน้าวใจในการรณรงค์ลดบริโภคเค็ม

คำชี้แจง ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้หรือไม่ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 / เห็นด้วย = 4 / ไม่แน่ใจ = 3 / ไม่เห็นด้วย = 2 / ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1) กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่องตามหมายเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความคิดเห็น	5	4	3	2	1
1.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกถึงโอกาสในการเกิดโรค					
2.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกถึงพฤติกรรมที่ทำแล้วเสี่ยงในการเกิดโรค					
3.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกถึงกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค					
4.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกถึงความรุนแรงของโรค					
5.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกผลกระทบที่เกิดจากโรค					
6.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกความเสียหายหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค					
7.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์แนะนำวิธีการป้องกันโรคที่ทำตามได้ง่าย					
8.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์สามารถปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้					

ความคิดเห็น	5	4	3	2	1
9.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์บอกถึงประโยชน์หรือข้อดี เมื่อทำตามคำแนะนำในการป้องกันและรักษาโรค					
10.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์สนับสนุนท่านให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น					
11.ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์สนับสนุนท่านในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น					
12. ท่านอยากให้ข้อมูลในการรณรงค์ สร้างความมั่นใจว่าท่านสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความข้างล่างนี้อย่างไร (เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 / เห็นด้วย = 4 / ไม่แน่ใจ = 3 / ไม่เห็นด้วย = 2 / ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1) กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่องตามหมายเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	5	4	3	2	1
1.ท่านเชื่อว่าเกลือมักแฝงอยู่ในอาหารทุกประเภท เช่น อาหารกระป๋อง ซอส น้ำจิ้ม และผงฟูในผลิตภัณฑ์เบเกอรี่					

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	5	4	3	2	1
2. ท่านเชื่อว่าผู้ที่กินเค็มเป็นประจำ มีโอกาสในการเกิดโรคมมากกว่า					
3. ท่านเชื่อว่าการกินเค็มเป็นประจำมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
4. ท่านเชื่อว่าการกินเค็มเป็นประจำมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคไต					
5. ท่านเชื่อว่าการกินเค็มเป็นประจำมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคมะเร็งได้					

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	5	4	3	2	1
6. ท่านเชื่อว่าการกินเค็มเป็นประจำอาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร					
7. ท่านเชื่อว่าถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือตายได้					
8. ท่านเชื่อว่าถ้าเป็นโรคไตอาจทำให้ทรมานจากการล้างไตและสุดท้ายอาจตายได้					
9. ท่านเชื่อว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาโรคได้					
10. ท่านเชื่อว่าการรักษาโรคทำให้เป็นภาระ					

ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม					
----------------------------	--	--	--	--	--

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และรักษาโรค	5	4	3	2	1
11. ท่านเชื่อว่าหลีกเลี่ยงการกินเค็มจะ ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้					
12. ท่านเชื่อว่าหลีกเลี่ยงการกินเค็มจะ ช่วยป้องกันโรคไตได้					
13. ท่านเชื่อว่าหลีกเลี่ยงการกินเค็มจะ ช่วยป้องกันโรคมะเร็งได้					
14. ท่านเชื่อว่าหลีกเลี่ยงการใส่เครื่องปรุง รสในอาหารจะช่วยลดการเกิดโรคได้					
15. ท่านเชื่อว่าการกินอาหารที่มีเกลือหรือ โซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมช่วยให้มี สุขภาพดี					

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน และรักษาโรค	5	4	3	2	1
16. ท่านไม่ทราบว่าอาหารที่บริโภคมีเกลือ หรือโซเดียมมากน้อยเพียงใด					
17. ท่านไม่ทราบว่าต้องลดกินเค็มลงอีก เท่าไร					
18. ท่านเชื่อว่าถ้าท่านลดกินเค็มลงจะทำให้ กินอาหารไม่อร่อย					

19. ท่านเชื่อว่าการลดกินเค็มใช้เวลาในการปรับตัวนาน					
20. ท่านเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงมาก					

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค	5	4	3	2	1
21. ท่านเชื่อว่าคุณเองสามารถลดกินเค็มได้แม้ว่าจะใช้เวลาในการปรับตัวนาน					
22. ท่านเชื่อว่าคุณเองสามารถลดกินเค็มได้แม้ว่าจะต้องพยายามหลายครั้ง					
23. ท่านเชื่อว่าคุณเองสามารถลดกินเค็มได้แม้ว่าต้องวางแผนการกินใหม่					
24. ท่านเชื่อว่าคุณเองสามารถลดกินเค็มได้แม้ว่าท่านจะต้องทำตามแผนการกินที่วางไว้					
25. ท่านเชื่อว่าคุณเองสามารถลดกินเค็มได้แม้ว่าจะไม่มีคนคอยสนับสนุน					

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	วันวิสา เวชประสิทธิ์
วัน เดือน ปี เกิด	24 พฤษภาคม 2537
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	619/309 ม.สินทวีการ์เด็นท์ 1 แขวงท่าข้าม เขตบางขุนเทียน กทม. 10150



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY