

2023

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

สุรัชฎา จิรสุจริตธรรม
คณะรัฐศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

 Part of the [Public Affairs, Public Policy and Public Administration Commons](#)

Recommended Citation

จิรสุจริตธรรม, สุรัชฎา, "ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร" (2023). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 10701.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10701>

This Independent Study is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2566

RELATIONSHIP BETWEEN ONLINE SOCIAL MEDIA USAGE BEHAVIORS AND SELF - CARE
BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY IN BANGKOK



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Public Administration in Public Administration
Department of Public Administration
Faculty of Political Science
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

หัวข้อสารนิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร
โดย	น.ส.สุรัชฎา จิรสัจจิตธรรม
สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ไชยันต์ ไชยพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.กุลพธู ศักดิ์วิทย์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุรัชญา จิรสัจจจิตรธรรม : ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. (RELATIONSHIP BETWEEN ONLINE SOCIAL MEDIA USAGE BEHAVIORS AND SELF - CARE BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY IN BANGKOK) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน ทั้งในโรงเรียนผู้สูงอายุและช่องทางออนไลน์ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 93.8 และพบว่า มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวิเคราะห์พบว่าพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของภูมิหลังทางประชากร พบว่า สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นภาครัฐจึงควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเกี่ยวกับการเตรียมการด้านสาธารณสุขออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในสังคมเมืองของประเทศไทยซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง และมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสามารถนำความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองโดยเรียนรู้ผ่านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาล และลดภาระงานที่หนักเกินไปของระบบสาธารณสุขได้เช่นกัน

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์
ปีการศึกษา 2566

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6482059024 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORD:

Suratchada Jirasujarittham : RELATIONSHIP BETWEEN ONLINE SOCIAL MEDIA USAGE BEHAVIORS AND SELF - CARE BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY IN BANGKOK. Advisor: Assoc. Prof. SIRIPONG PALAKAWONG-NA-AYUDHYA, Ph.D.

This research aims to investigate the relationship between online social media usage behaviors and self-care behaviors among the elderly in Bangkok. The researchers opted for a quantitative research approach, employing a questionnaire to collect data from 400 elderly individuals in Bangkok, including those in senior schools and online channels. Subsequently, the gathered data were analyzed using the statistical software SPSS, utilizing statistical methods such as frequency distribution, mean, percentage, standard deviation, Test for Difference of Means, and Analysis of Variance.

The study results revealed that the majority of the elderly sample in Bangkok, approximately 93.8%, predominantly use online social media. Additionally, a frequent practice of self-care behaviors was found among this group. When considering the relationship between online social media usage behaviors and self-care behaviors among the elderly, the analysis showed that aspects such as the location of online social media use, the frequency of online social media use, and the preferred online social media platforms are statistically significant in relation to self-care behaviors. In terms of demographic backgrounds, it was found that factors such as marital status, occupation, average monthly income, and healthcare entitlement are statistically significant in relation to self-care behaviors among the elderly. Therefore, the government should place particular emphasis on preparing online public health initiatives to promote proper self-care practices among the elderly in the urban communities of Thailand, a population group that is vulnerable and at risk of health issues. This would enable the dissemination of accurate knowledge regarding self-care practices. Moreover, the ability of the elderly to take care of their health by learning through appropriate online social media usage can help reduce the financial burden on the government and alleviate the excessive workload on the public healthcare system.

Field of Study: Public Administration

Student's Signature

Academic Year: 2023

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี จากความเมตตาอย่างยิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา ที่กรุณาได้รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ การทำวิจัยฉบับนี้เป็นอย่างดี ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เป็น อย่างดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.ไชยันต์ ไชยพร ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.กุลพฐ ศักดิ์วิทย์ กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่ดีต่อการทำวิจัยในครั้งนี้เป็น อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณคณะแพทย์ผู้ก่อตั้งและดูแลกลุ่มไลน์ Dr. ASA (หมออาสาแม่เล่า) ที่ให้ความ อนุเคราะห์ในการวางลิงก์เพื่อเก็บข้อมูลจากสมาชิกในกลุ่มไลน์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักพัฒนา สังคม กรุงเทพมหานคร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุภายในศูนย์บริการผู้สูงอายุ ดินแดง ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุยานนาวา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล จากผู้สูงอายุภายในโรงเรียนผู้สูงอายุยานนาวา และขอขอบพระคุณ ดร.สมชาย เวสารัชชระกุล ที่ให้ ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุภายในโรงเรียนผู้สูงอายุสายไหม ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ ครบถ้วนและสำคัญยิ่งต่อการจัดทำสารนิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลที่ดีเสมอมาจนถึง วันที่เราพบความสำเร็จไปพร้อมกัน

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว และผู้ที่คอยเป็นกำลังใจทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นแรงใจสำคัญ จนผู้วิจัยสามารถจัดทำสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี หากสาร นิพนธ์ฉบับนี้ผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยต้องขออภัยเป็นอย่างสูง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าสารนิพนธ์ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐ และผู้ที่สนใจทุกท่านต่อไป

สุรัชฎา จิรสัจจริตธรรม

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.2 คำถามวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	7
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม.....	9
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภูมิหลังทางประชากร.....	9
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	12
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง.....	17
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media).....	24
2.5 ทฤษฎีพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ (Media Exposure).....	28
2.6 ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model).....	33

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
2.8 กรอบวิจัยการศึกษา.....	37
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	39
3.1 รูปแบบการวิจัย	39
3.2 แหล่งข้อมูล.....	39
3.3 กลุ่มประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง	39
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	42
3.7 จริยธรรมการวิจัย.....	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว	44
4.1 ข้อมูลส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม.....	44
4.2 ภูมิหลังทางประชากร	45
4.3 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์.....	47
4.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง.....	50
บทที่ 5 ผลวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรคู่.....	55
5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลภูมิหลังทางประชากร กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.....	55
5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.....	61
บทที่ 6 บทสรุปและการอภิปรายผล.....	68
6.1 สรุปสาระสำคัญของการออกแบบการวิจัย	68
6.2 สรุปผลการวิจัย.....	69
6.3 อภิปรายผล.....	71

6.4 ข้อจำกัด.....	73
6.5 ข้อเสนอแนะ	73
บรรณานุกรม.....	76
ประวัติผู้เขียน.....	82



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานครและประเทศไทย ปี 2561-2566	1
ตารางที่ 2 สรุปข้อมูลส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม	45
ตารางที่ 3 สรุปข้อมูลภูมิหลังทางประชากร	45
ตารางที่ 4 สรุปข้อมูลพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	48
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ภาพรวม	51
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร รายด้าน	52
ตารางที่ 7 ข้อมูลแสดงระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA).....	56
ตารางที่ 8 ข้อมูลแสดงระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test).....	59
ตารางที่ 9 สรุปการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ข้อ 2 - 6 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) และในส่วน ข้อ 1 7 และ 8 ใช้การทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test)...	60
ตารางที่ 10 ข้อมูลแสดงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA).....	62
ตารางที่ 11 ข้อมูลแสดงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test).....	64
ตารางที่ 12 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ข้อ 3- 6 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) และ ข้อ 1-2 และ 7 ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test).....	66



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ข้อมูลสถิติการใช้งาน social media ของคนไทย	5
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด	38



บทที่ 1

บทนำ

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันนี้ มีความเปราะบางจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม และประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้วในปี 2565 โดยประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 12 ล้านคนหรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 6 ของประชากรไทยทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน เป็นรองจากเพียงประเทศสิงคโปร์เท่านั้น โดยปัญหาสังคมสูงวัยในไทยเป็นผลพวงมาจากอัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง มีประชากรเกิดใหม่เพียง 6 แสนคนต่อปีโดยประมาณ มีการคาดการณ์กันว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสุดยอด (Hyper Aged Society) โดยจะมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีมากถึงร้อยละ 20 และมีประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีมากถึงร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2584 (Urban Creature, 2566) ซึ่งในปี 2566 พบว่าสถิติจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีมากที่สุดจำนวน 1,239,756 คน จากผู้สูงอายุทั่วประเทศที่มีจำนวน 13,043,759 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานครและประเทศไทย ปี 2561-2566

	กรุงเทพมหานคร			ประเทศไทย		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ปี 2561	457,587	619,738	1,077,325	4,936,114	6,121,923	11,058,037
ปี 2562	475,538	646,160	1,121,698	5,152,720	6,394,635	11,547,355
ปี 2563	478,658	661,851	1,140,509	5,229,537	6,559,561	11,789,098
ปี 2564	489,578	682,320	1,171,898	5,424,764	6,816,741	12,241,505
ปี 2565	504,501	706,326	1,210,827	5,622,059	7,076,270	12,698,329
ปี 2566	515,833	723,923	1,239,756	5,772,641	7,271,118	13,043,759

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2566

ประเทศไทยได้มีการประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุ เป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ 9 ประการ คือ การได้รับปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การให้ผู้สูงอายุได้พักอาศัยร่วมกับครอบครัวพร้อมได้รับความรักและไม่ถูกทอดทิ้ง สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ได้รับการและสิทธิขั้นพื้นฐานทางสังคม บริการด้านสุขอนามัย ความเอื้อเฟื้อในการให้ความดูแลเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของตนเอง

เป็นประจำ สม่่าเสมอ การมอบความรู้และประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมาให้กับสังคม การเป็นส่วนหนึ่งกับสังคม การปลูกฝังค่านิยมให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทย โดยการออกพระราชบัญญัติกำหนดสิทธิและการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ, 2558) และได้กำหนดเป็นแผนกลยุทธ์ของประเทศ

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัยด้วยการกำหนดให้เป็นแผนกลยุทธ์ของประเทศ โดยเริ่มจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) เป็นเสมือนแผนแม่บทหลักในการกำหนดทิศทางและกรอบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 65 ให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อกำหนดเป้าหมายการพัฒนาของประเทศอย่างยั่งยืนและใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการเกิดเป็นพลังในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ 2 ฉบับ จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) เพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ โดยการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ด้วยการเพิ่มศักยภาพการวิจัยการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566)

โดยมุ่งเตรียมพร้อมการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกให้คนทุกช่วงวัยตระหนักรู้ มีความรอบรู้ และมีความพร้อมเพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงวัยในทุกมิติ ทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม เพื่อให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพที่สามารถพึ่งตนเองและเป็นพลังในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศให้นานที่สุด รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังทางสังคมด้วยการถ่ายทอดประสบการณ์ และภูมิปัญญาให้กับประชากรรุ่นอื่นๆ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติของสังคมที่มีต่อการปฏิบัติกับผู้สูงอายุ โดยการสร้างความตระหนักและการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตได้มีการเตรียมการให้พร้อมทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม และเป็นผู้สูงอายุที่มีกำลังมีแรง มีความมั่นคงทางรายได้พึ่งพาตนเองได้ และส่งเสริมการนำความรู้ ประสบการณ์ ภูมิปัญญาที่สั่งสมมาตลอดช่วงชีวิตของผู้สูงอายุมาถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลัง เพื่อให้เกิดการสืบสานและต่อยอดการพัฒนาสังคม รวมทั้งส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และสามารถช่วยเหลือชุมชนและสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีศักดิ์ศรี มีความสุขในการดำเนินชีวิตในสังคม สามารถคงไว้ซึ่งศักยภาพและบทบาทในการสร้างสรรค์สังคมและเป็นอีกหนึ่งแรงพลังในการช่วยขับเคลื่อนพัฒนาประเทศได้เช่นเดียวกับช่วงวัยอื่น โดยสนับสนุนให้สังคมและภาคส่วนอื่นตระหนักและยอมรับถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ พร้อมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคม

จัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและทุกช่วงวัยให้สามารถใช้ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนและนวัตกรรมเพื่อรองรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562)

ปัญหาสังคมสูงอายุส่งผลทำให้การพัฒนาเศรษฐกิจและการใช้ทักษะความสามารถของแรงงานจำนวนมากลดลงไปด้วย เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนโครงสร้างทางอายุของประชากรในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงกลายเป็นสังคมสูงวัย แต่ในขณะเดียวกันอัตราการตายของผู้สูงอายุลดลงเนื่องจากประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความเจริญทางการแพทย์ นอกจากนี้อาจทำให้สังคมไทยเสียโอกาสในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ภาพของวัยแรงงาน โดยจำเป็นต้องนำงบประมาณสำหรับการจัดสรรเพื่อการพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้การที่สังคมเมืองอยู่ภายใต้บริบทของสังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นตัวกระตุ้นให้สังคมเมืองต้องเผชิญกับความเสี่ยงภัยด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงด้านสภาพแวดล้อมในสังคมเมืองที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทำให้ลักษณะการดำเนินชีวิตในสังคมเมืองยังส่งผลต่อการบั่นทอนสุขภาพและจิตใจของผู้สูงอายุให้เสื่อมลงได้อย่างรวดเร็วเช่นกัน ตลอดจนผลสะท้อนกลับจากภาวะสังคมผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพังในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นั้น จะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาล และเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับความเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพที่เหมาะสมต่อไป (ศิริพงษ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา, 2557) ดังนั้น ภาครัฐจึงจำเป็นต้องจัดสรรสวัสดิการที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุเหล่านี้ เพื่อให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ อาทิ เบี้ยผู้สูงอายุ สิทธิในการตรวจและประเมินสุขภาพ ซึ่งถือเป็นหน้าที่ของภาครัฐอยู่แล้ว แต่นอกเหนือจากการจัดสรรสวัสดิการเหล่านี้ที่เหมาะสมแล้ว อีกประเด็นสำคัญที่ภาครัฐจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งก็คือการเตรียมการด้านสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมแผนและแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์การใช้สื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์เพื่อสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเหล่านี้ ไปฝึกปฏิบัติให้สามารถใช้ชีวิตช่วงบั้นปลายในสังคมได้อย่างมีความสุข ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ เนื่องจากผู้สูงอายุนั้น มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายมีการเสื่อมและมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงของระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

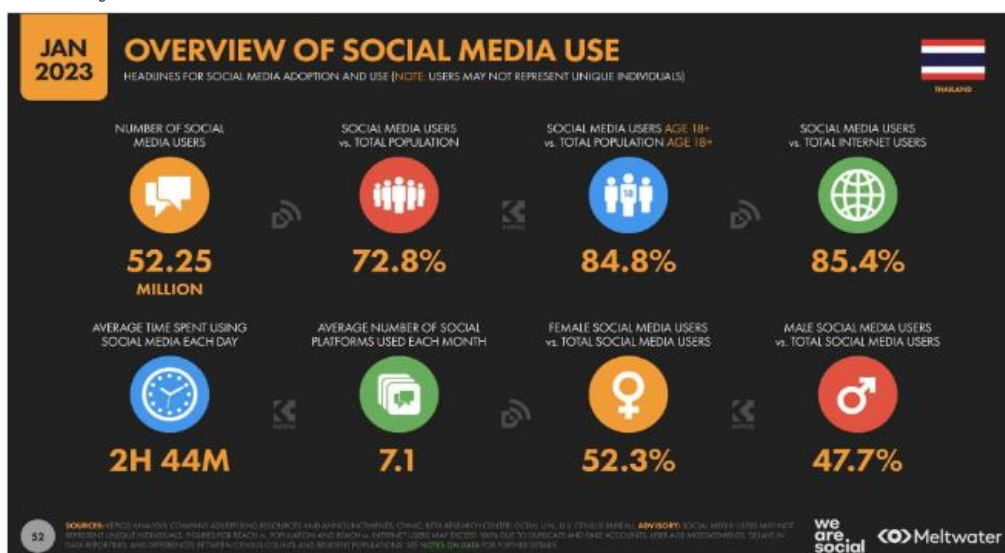
ผู้สูงอายุในประเทศไทยจำนวนมากประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง และมีโรคร้ายไข้เจ็บเป็นประจำ โดยอ้างอิงข้อมูลจากกรมอนามัยร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HiTAP) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรค หรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความ

ต้นโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 41 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 9 ผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 6 โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1 และผู้ป่วยติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 1 ขณะที่ไม่มีเพียง คิดเป็นร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว (กรมอนามัย, 2565) และพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกอื่นๆ จำนวน 16,743 คน คิดเป็นร้อยละ 29 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11,788 คน คิดเป็นร้อยละ 21 โรคเบาหวาน จำนวน 6,682 คน คิดเป็นร้อยละ 12 โรคไตวาย จำนวน 4,640 คน คิดเป็นร้อยละ 8 โรคโลหิต จำนวน 4,343 คน คิดเป็นร้อยละ 8 โรคปอดบวม จำนวน 4,033 คน คิดเป็นร้อยละ 7 โรคหัวใจ จำนวน 2,291 คน คิดเป็นร้อยละ 4 โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ จำนวน 2,257 คน คิดเป็นร้อยละ 4 และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 2,158 คน คิดเป็นร้อยละ 4 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากปัจจัยภายนอกหรืออุบัติเหตุ จำนวน 1,265,751 คน โรคซึมเศร้า จำนวน 3,590 คน และมีการฆ่าตัวตาย จำนวน 62 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งตัวเลขตรงนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญที่ผู้สูงอายุในประเทศไทยควรมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง เมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วย และวิธีการรักษาดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จึงควรจัดเป็นนโยบายสำคัญของภาครัฐ และหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ควรเร่งดำเนินการภายใต้สภาพสังคมและบริบทปัจจุบันที่จำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้พวกเขาสามารถดูแลรักษาตนเองได้ในระดับเบื้องต้น

ทั้งนี้ สำหรับกลยุทธ์และช่องทางในการสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชนโดยหน่วยงานรัฐนั้น ได้รับการส่งเสริมจากการเติบโตของสื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งได้เข้ามามีบทบาทกับโลกยุคสมัยใหม่ที่ถูกขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีทันสมัยต่างๆมากมาย รวมถึงเทคโนโลยีสารสนเทศที่เติบโตควบคู่กับการพัฒนาและเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของประชาชนเป็นวงกว้างขึ้นและอย่างแพร่หลายมากขึ้น จะสังเกตได้ว่าผู้คนจำนวนมากหันมาใช้งานแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ในการสื่อสารพูดคุยกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว การติดต่อทำมาค้าขาย การเจรจาต่างๆ และ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารสำคัญไปยังบุคคลรอบตัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ได้เข้ามามีส่วนสำคัญกับการดำเนินชีวิตของผู้คนภายใต้ยุคโลกาภิวัตน์ โดยอ้างอิงข้อมูลจากรายงาน Global Overview Digital Report 2023 พบว่า ในปี 2566 นั้น มีคนไทยใช้สื่อสังคมออนไลน์มากถึง 52.25 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วน 72.8% ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ โดยคนไทยใช้สื่อสังคมออนไลน์วันละ 2 ชั่วโมง 44 นาที ซึ่งหากเปรียบเทียบกับภาพรวมค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่มีสัดส่วนผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ 59.4% และมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์วันละ 2 ชั่วโมง 31 นาทีนั้น ยังถือว่าประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก ทั้งนี้ หากพิจารณาเฉพาะสำหรับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 18 ปี พบว่า มีสัดส่วนการใช้งานสูงถึง 84.8% (InsightEra, 2566) ซึ่งภาครัฐและหน่วยงานด้านสาธารณสุขของไทย สามารถประยุกต์ใช้สื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์เป็นอีกหนึ่งช่องทางใน

การดำเนินการประชาสัมพันธ์ และแบ่งปันข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพของตนเองให้กับประชาชนได้ โดยการใช้สื่อดังกล่าว จะช่วยทำให้ข้อมูลข่าวสารแพร่กระจายได้เป็นวงกว้างภายในระยะเวลาอันสั้น ช่วยให้ประชาชนสามารถได้รับข้อมูลสำคัญจากหน่วยงานรัฐได้อย่างรวดเร็ว

ภาพที่ 1 ข้อมูลสถิติการใช้งาน social media ของคนไทย



ที่มา: InsightEra (2566)

ทั้งนี้ หากพิจารณาแต่ในบริบทของผู้สูงอายุในประเทศไทยแล้ว อ้างอิงข้อมูลจาก (กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2564) พบว่า ในปัจจุบัน มีผู้สูงอายุที่มีโทรศัพท์มือถือรวม 8.7 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ มีผู้ใช้โทรศัพท์ Smart Phone สูงถึง 5.89 ล้านคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มผู้สูงอายุเพียง 8 แสนคนเท่านั้นที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองแก่กลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย จึงเป็นความท้าทายที่ภาครัฐกำลังเผชิญ โดยจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มประชากรดังกล่าวเพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมเฉพาะกลุ่มของผู้สูงอายุในแง่ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์และการศึกษาพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ทราบถึงลักษณะการใช้งาน ความเชี่ยวชาญในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์เพื่อให้ภาครัฐประเมินถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและได้ผลตอบแทนที่ตรงกับวัตถุประสงค์

จากความท้าทายดังกล่าวนี้ การศึกษาวิธีการส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุในประเทศไทยเกิดพฤติกรรมการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จึงถือว่าเป็นเรื่องสำคัญและประเด็นที่ไม่ควรละเลยหากภาครัฐต้องการพัฒนาแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองแก่กลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยซึ่งยังคงมีจำนวนไม่มากนักที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ดังที่นำเสนอข้างต้น การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้งานสื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์เพื่อรับและแบ่งปันข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมสามารถเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มประชากรดังกล่าวได้ในระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่จำเป็นต่อพวกเขาจนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Wilson, 2015) กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบันมีส่วนสำคัญในการยกระดับการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ประชากรแทบจะทุกกลุ่มวัยในประเทศยากไร้หรือที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลบริการทางการแพทย์สามารถใช้ประโยชน์จากการสืบค้นและรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อให้พวกเขามีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางสูง มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสูงมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองผ่านการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขไทยอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มผู้สูงอายุในสังคมเมืองของประเทศไทยและผลกระทบที่เกิดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในสังคมเมือง ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มเปราะบาง โดยผลลัพธ์ของการศึกษานี้สามารถนำไปประกอบการพัฒนาแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองแก่กลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินงานของภาครัฐและหน่วยงานด้านสาธารณสุขของไทยในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้เปราะบางในประเทศไทยต่อไป

1.2 คำถามวิจัย

- 1.2.1 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
- 1.2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
- 1.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
- 1.3.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
- 1.3.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.4.1 ได้รับทราบพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุ
- 1.4.2 ได้รับทราบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
- 1.4.3 ได้รับทราบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
- 1.4.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุผ่านการดูแลสุขภาพตนเองในสื่อสังคมออนไลน์

1.5 ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีขอบเขตการศึกษาดังต่อไปนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) และทฤษฎีพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ (Media

Exposure) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,239,756 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2566) ผู้วิจัยได้ใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน

1.5.3 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่เป็นเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ

1.6.2 พฤติกรรม หมายถึง สิ่งที่แสดงออกผ่านการกระทำหรือการแสดงออกอย่างเฉพาะเจาะจงซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้โดยมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการกระทำหรือการแสดงออกที่ชัดเจน

1.6.3 การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการ และด้านการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย

1.6.4 สื่อสังคมออนไลน์ หมายถึง สื่อสังคมออนไลน์ออนไลน์ที่ผู้สูงอายุใช้ในการได้รับและส่งข้อมูลหรือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook) และไลน์ (Line)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวม แนวคิด ทฤษฎีและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภูมิหลังทางประชากร
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media)
- 2.5 ทฤษฎีพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ (Media Exposure)
- 2.6 ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบวิจัยการศึกษา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภูมิหลังทางประชากร

ลักษณะภูมิหลังทางประชากร เป็นความหลากหลายทางภูมิหลังของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และรายได้ เป็นต้น ภูมิหลังของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่แตกต่างกัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากความแตกต่างทางด้านภูมิหลังทางประชากร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2558) ได้กล่าวว่า ลักษณะภูมิหลังทางประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา รายได้ เหล่านี้นิยมใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งส่วนตลาด เพื่อช่วยกำหนดเป้าหมายของตลาด โดยลักษณะภูมิหลังทางประชากร ที่แตกต่างกัน ดังนั้นลักษณะภูมิหลังทางประชากรจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ ที่ส่งผลต่อลักษณะทางจิตวิทยาของผู้บริโภคที่แตกต่างกัน ได้แก่

เพศ (Sex) บุคคลต่างเพศกันจะมีพฤติกรรม และความต้องการที่ต่างกัน เพศจึงเป็นตัวแปรในการแบ่งส่วนตลาดที่สำคัญ แต่ในปัจจุบันผู้หญิงมีบทบาททางสังคมมากขึ้น จึงอาจทำให้มีพฤติกรรมและความต้องการที่เปลี่ยนไป นักการตลาดจึงควรศึกษาตัวแปรนี้อย่างรอบครอบ

อายุ (Age) เนื่องจากผลิตภัณฑ์จะสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้บริโภคที่มีอายุแตกต่างกัน นักการตลาดแบ่งกลุ่มตลาดโดยใช้อายุได้ อายุเป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและการแสดงออกทางร่างกาย การมีทัศนคติและการมองปัญหาหรือสิ่งต่าง ๆ รวมถึงความเข้าใจและประสบการณ์ที่มีต่อชีวิตไม่เหมือนกัน

การศึกษา (Education) จะส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีทัศนคติและการกระทำที่ต่างกัน คนที่มีการศึกษาสูงมักรับรู้สารที่ดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย เพราะเป็นผู้มีความกว้างขวางและเข้าใจสารได้ดี แต่จะไม่เชื่ออะไรง่ายๆ ถ้าไม่แสดงหลักฐานหรือเหตุผลเพียงพอ ในขณะที่คนมีการศึกษาน้อยกว่ามักเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้น้อยกว่าคนที่มีการศึกษา โดยคนที่มีการศึกษาน้อยกว่ามักใช้สื่อประเภทวิทยุ โทรทัศน์และภาพยนตร์เท่านั้น แต่ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีการหาข่าวสารแหล่งอื่นเพิ่มเช่นจากสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ

รายได้ (Income) เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดส่วนแบ่งตลาด ผู้บริโภคที่มีรายได้สูงจะมีกำลังการซื้อสูง จึงเป็นกลุ่มที่นักการตลาดนิยมสนใจ แต่ในขณะเดียวกันตลาดที่ขนาดใหญ่กว่าจะเป็นผู้บริโภคที่มีรายได้ต่ำ ตัวแปรด้านรายได้จึงอาจเป็นตัวชี้ถึงความสามารถในการบริโภคสินค้า ในขณะที่ รสนิยม ค่านิยม อาชีพ การศึกษา ฯลฯ อาจเป็นตัวแปรสำคัญในการเลือกซื้อสินค้าที่แท้จริง นักการตลาดส่วนใหญ่จึงเชื่อมโยงเกณฑ์รายได้กับตัวแปร อื่นๆ เช่น ภูมิหลังทางประชากร อายุ และอาชีพพร้อมกัน เพื่อให้กำหนดตลาดเป้าหมายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

(Schiffman, 2015) ได้กล่าวถึงภูมิหลังทางประชากรว่าแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป โดยสามารถเก็บข้อมูลตัวแปรภูมิหลังทางประชากรได้จากการสอบถาม หรือการสังเกตได้ ซึ่งจะช่วยให้นักการตลาดสามารถแบ่งผู้บริโภคแต่ละประเภทตามที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน เช่น จากการจัดกลุ่มอายุ หรือกลุ่มรายได้ เช่นเดียวกับระดับชนชั้นทางสังคม ที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ จากความแตกต่างทางด้านภูมิหลังทางประชากร ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภค

(บุญญศรี จิตบุญเรืองโรจน์, 2560) ได้กล่าวถึงลักษณะผู้บริโภคที่วิเคราะห์ตามภูมิหลังทางประชากรซึ่งจะแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล และภูมิหลังทางประชากรจะมีอิทธิพลต่อการสื่อสาร ซึ่งลักษณะภูมิหลังทางประชากร คือ

1. อายุ (Age) การสอนบุคคลที่อายุแตกต่างกันให้ทำตามหรือเปลี่ยนพฤติกรรมหรือทัศนคตินั้น เป็นเรื่องยาก ยิ่งอายุมากการสอนให้เชื่อฟังหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก การโน้มน้าวชักจูงจะยากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งอายุยังสัมพันธ์กับการรับข้อมูลและการสื่อสาร เช่น วัยรุ่นจะมีคำใหม่ๆ ภาษาแปลกๆ ที่พบได้มากกว่าในผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. เพศ (Sex) มีงานวิจัยที่พิสูจน์ว่าคุณลักษณะบางอย่างของเพศชายและเพศหญิงที่แตกต่างกันส่งผลให้การสื่อสารของชายและหญิงต่างกัน เช่น การวิจัยเกี่ยวกับชมภาพยนตร์โทรทัศน์ของเด็กวัยรุ่น พบว่า เด็กวัยรุ่นชายสนใจภาพยนตร์สงครามและจารกรรมมากที่สุดส่วนเด็กวัยรุ่นหญิง

สนใจภาพยนตร์วิทยาศาสตร์มากที่สุดแต่ก็มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงว่าเด็กชายและเด็กหญิงมีการสื่อสารและ รับผิดชอบต่อไม่ต่างกัน

3. การศึกษา (Education) การศึกษาเป็นตัวแปรที่สำคัญมากที่มีประสิทธิภาพของการสื่อสารของผู้รับสาร ดังงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ว่าการศึกษาของผู้รับสารนั้นทำให้ผู้รับสารมีพฤติกรรมสื่อสาร ต่างกันไป เช่น บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสนใจข่าวสารไม่ค่อยสนใจอะไรง่าย ๆ และมักเปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์มาก

4. ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Status) หมายถึง อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ ตลอดจนภูมิหลังของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล โดยมีรายงานหลายเรื่อง ที่ได้พิสูจน์แล้วว่า ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจนั้นมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของคน

(กิริตยา มอร์แกน, 2560) กล่าวว่า ปัจจัยด้านภูมิหลังทางประชากร เป็นปัจจัยนิยมนำมาใช้ศึกษากันมากที่สุดในการแบ่งส่วนการตลาดตามกลุ่มผู้บริโภคโดยอาศัยตัวแปรศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ นำมาวางแผนกำหนดกลยุทธ์สร้างความต้องการหรือจูงใจให้ผู้บริโภคตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการ เพื่อให้เข้าถึงและตรงกลุ่มเป้าหมายโดยตรงมากที่สุดเพราะจะทำให้ นักการตลาดสามารถประเมินขนาดของตลาดเป้าหมายได้ตามสัดส่วนที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(จิตาพร รุ่งสถาพร, 2562) กล่าวว่า ลักษณะภูมิหลังทางประชากร หมายถึง ปัจจัยที่บ่งบอกถึงลักษณะภูมิหลังทางประชากรที่อยู่ในตัวบุคคลนั้นๆ ได้แก่ อายุ ขนาดครอบครัว รายได้ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ศาสนา สัญชาติ และสถานภาพทางสังคม Social Class เป็นปัจจัยคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ยาก เนื่องจากหลายประเด็นเป็นสิ่งที่ติดตัวมาอยู่แล้ว หรือเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นเป็น หรือครอบครองอยู่ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ของแต่ละบุคคล

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับภูมิหลังทางประชากรว่า ปัจจัยทางด้านภูมิหลังทางประชากร เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพ เป็นสิ่งที่ทำให้ความต้องการของผู้บริโภคมีความแตกต่างกัน และมีโอกาสในใช้สื่อ การเลือกซื้อสินค้าและบริการต่าง ๆ มากกว่ากัน

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทำให้สามารถเข้าใจถึงความเป็นไปของการสูงอายุ ตั้งแต่นิยามความหมายและการกำหนดช่วงอายุของการเป็นผู้สูงอายุ รวมถึงทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะเฉพาะและตระหนักถึงความเปราะบางที่ต้องได้รับความสนใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ United Nations (2525), อ่างถึงใน (บรรลุ ศิริพานิช, 2559) ได้ระบุความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1995) ได้กำหนดให้การเข้าสู่วัยชราจะเริ่มต้นที่ผู้ที่มี 60 ปีบริบูรณ์ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายและจิตใจมีการเสื่อมถอยในทุกๆ ด้าน ซึ่งในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว โดยส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ส่วนประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมถึง ประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์ผู้สูงอายุไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ สำหรับบางประเทศ เช่น กลุ่มประเทศในภูมิภาคแอฟริกา ถูกเสนอให้ใช้ที่เกณฑ์อายุของบุคคล ตั้งแต่ 50 ปี หรือ 55 ปีขึ้นไป เนื่องจากยังมีอายุไม่ยืนยาว เท่ากับภูมิภาคอื่นๆ

สำหรับประเทศไทย ได้กำหนดคำจำกัดความไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคล ซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) โดยสำหรับพจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) นั้น ได้ให้ความหมายของคำว่าชรา ไว้ว่า หมายถึง ความแก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมนักโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มนักวิชาการ เพราะคำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่และถดถอยสิ้นหวัง ดังนั้นที่ประชุมคณะอาวุโส จึงได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทน ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิและประสบการณ์

ในขณะที่ (ศิริลักษณ์ รื่นวงศ์, 2557) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายเป็นวัยที่อยู่ในช่วงวงจรสุดท้ายของชีวิตอยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเป็นการเสื่อมถอยตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและในสังคม โดยในครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันต้องพึ่งตนเองให้มากขึ้น ส่วนในสังคมการเคารพนับถือ ยกย่องลดลง สังคมให้ความสำคัญเคารพนับถือยกย่องผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและกำลังทรัพย์มากกว่าเคารพในความเป็นผู้มีอายุยืนยาวกว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาทตนเอง จากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในฐานะผู้รับมากกว่าผู้ให้ จากผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้อยู่อาศัย เกิดความรู้สึกว่าตนหมดความสำคัญและ

ต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดว่า ตนเองเป็นตัวปัญหา เป็นภาระเรื้อรังของครอบครัวและสังคม แต่อย่างไรก็ตาม มิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดจะมีสภาพเป็นเช่นที่กล่าวมา ส่วนในกลุ่มผู้ที่มีการเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุตั้งแต่ต้นนั้น จะสามารถปรับตัวกับสภาพทางสังคมที่ปกติกว่าบุคคลอื่น

ซึ่งสอดคล้องกับ (ทิพย์วารี พาณิชย์กุล, 2562) ที่ได้อธิบายความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ทางด้านอารมณ์ และทางด้านสังคม ซึ่งก็ส่งผลทำให้บุคคลวัยนี้ เป็นวัยที่เปราะบาง และมักประสบปัญหาความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากกว่าคนวัยอื่นๆ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่โรคร้ายไข้ เจ็บต่างๆ เข้ามารุมเร้าได้ง่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง บุคคลในวัยนี้ จึงเป็นวัยที่ต้องการความรักและการดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้างมากกว่าวัยอื่นๆ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลง ทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงมีปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆตามมาซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลเอาใจใส่จากสังคมนรอบข้าง

2.2.2 การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ

สำหรับการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุนั้น ได้มีความหลากหลายในการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุในแง่มุมและระดับ ทั้งในระดับสังคมไปจนถึงระดับบุคคล ซึ่งมีการจำแนกในแต่ละประเด็นดังนี้

2.2.2.1 การแบ่งประเภทตามระดับของสังคมสูงวัย

องค์การสหประชาชาติ แบ่งระดับสังคมสูงวัยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2560)

1) Aging society (ระดับสังคมสูงวัย) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 10% และอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป มากกว่า 7% ของประชากรทั้งประเทศ

2) Aged society (ระดับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์) เป็นสังคมที่มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 20% และอายุ 65 ปี ขึ้นไป 14% ของประชากรทั้งประเทศ

3) Super-aged society (สังคมสูงวัยระดับสุดยอด) เป็นสังคมที่มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 28% และ อายุ 65 ปีขึ้นไป 20% ของประชากรทั้งประเทศ

ซึ่งจากนิยามความหมายของสังคมสูงวัยแต่ละระดับ จะเห็นได้ว่าการแบ่งระดับของสังคมสูงวัยนั้น ได้แบ่งตามสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 และ 65 ปี เปรียบเทียบกับประชากรทั้งประเทศ ซึ่งสัดส่วนร้อยละที่เพิ่มขึ้น ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของสังคมสูงวัยในอีกระดับหนึ่ง

2.2.2.2 การแบ่งประเภทตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ

(สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) อ้างถึงใน (วสุรีรัตน์ จำปาเงิน, 2559) ได้อธิบายการแบ่งประเภทตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ โดยสามารถแบ่งได้ออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

1) ช่วงไม่ค่อยแก่ คือ ช่วงอายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะเกษียณอายุ สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง สูญเสียคนรอบข้าง เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุ ควรเข้ากลุ่ม หรือเข้าสังคม เพื่อทำกิจกรรมให้มาก เพื่อชดเชยกิจกรรมที่เคยทำ

2) ช่วงแก่ปานกลาง คือ ช่วงอายุประมาณ 70-79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวที่มีอายุใกล้เคียงกันเริ่มตายจากไปมากขึ้น ผู้สูงอายุในช่วงนี้ จะเข้ากลุ่มสังคมกับคนอื่นน้อยลง ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมในครอบครัวและสังคม ต้องการความสงบ

3) ช่วงแก่จริง คือ ช่วงอายุประมาณ 80-89 ปี เป็นช่วงวัยที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนรอบข้างมากกว่า วัยอื่น เริ่มนึกถึงอดีตมากขึ้น ต้องการความเป็นส่วนตัว แต่ยัง ต้องการสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นสมรรถภาพด้านต่าง

4) ช่วงแก่มาก ๆ คือ ช่วงอายุประมาณ 90-99 ปี โดยผู้สูงอายุมีจำนวนน้อยที่จะอายุ ถึง 90 ปี เป็นช่วงที่มีปัญหาสุขภาพมาก ต้องทำกิจกรรมที่ตนเองพอใจและอยากทำ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผ่านทั้งเรื่องดีและไม่ดีมากมาย เป็นช่วงที่ต้องการความสุขสงบพอใจในตนเอง

2.2.2.3 การแบ่งประเภทตามลักษณะทางสุขภาพและสังคม

(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, และ ธนิกานต์ ศักดาพร, 2560) ได้ทำการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามลักษณะทางสุขภาพและสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คือ ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ดี มีสุขภาพดี ถึงแม้จะมีโรคอยู่บ้าง แต่กลุ่มนี้ยังสามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ดี โดยมีศักยภาพในการเข้าสังคม ชมรม สมาคม ให้ความร่วมมือกับชุมชนและสังคมได้ดี

2) กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้ที่มีอาการป่วยแต่ยังสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง อาจมีโรคเรื้อรัง มีความพิการหรือทุพพลภาพบางส่วน ยังคงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน

3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2.2.2.4 การแบ่งประเภทตามการสูงอายุของบุคคล

(Hall, 1976) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 ประเภท ตามการสูงอายุของบุคคล ได้แก่

1) Chronological Aging (การสูงวัยตามวัย) เป็นการสูงวัยตามจำนวนอายุที่ปรากฏ โดยพิจารณาจากอายุจริงที่ปรากฏจำนวนปีตามปฏิทิน

2) Biological Aging (การสูงอายุตามสภาพร่างกาย) เป็นการสูงวัยจากลักษณะทางการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยจะเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี

3) Psychological Aging (การสูงอายุตามสภาพจิตใจ) เป็นการสูงวัยจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ โดยมีลักษณะภาวะถดถอยลงของทางด้านจิตใจ สติปัญญา การเรียนรู้ และการรับรู้

4) Sociological Aging (การสูงอายุตามสภาพสังคม) เป็นการสูงวัยจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

2.2.3 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุเป็นทฤษฎีการศึกษาถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของผู้สูงอายุ โดยมีการแบ่งทฤษฎีออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Touhy, 2014) โดยจะสามารถอธิบายทฤษฎีทางการสูงอายุพอสังเขป ดังนี้

2.2.3.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา ได้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการเริ่มเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงในการเป็นผู้สูงอายุแล้ว ระบบอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยมีการทำงานที่ช้าและเสื่อมถอย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีสภาพเสื่อมโทรม และอ่อนแอลงเกิดขึ้นมากกว่าการสร้างและการพัฒนาไปในทางที่ดีและแข็งแรงขึ้น ซึ่งในการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้เกิดภาวะที่ผิดปกติในร่างกาย และเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บในผู้สูงอายุมากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ

2.2.3.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำ และการรับรู้แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล จะผลักดันให้มีบุคลิกแตกต่างกันไป และมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤต

การที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤตในชีวิตในแต่ละระยะได้ดีเพียงใด ก็ส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพในอนาคต คือ การเป็นผู้สูงอายุด้วย

2.2.3.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะมนุษย์จะต้องมีการพัฒนาในแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อม จะมีผลต่อการปรับตัว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทฤษฎีทางสังคมแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการปรับเปลี่ยนบทบาทที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมโดยรอบ รวมไปถึงบทบาททางสังคมที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไป

2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุในเรื่องของการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุมีความกระฉับกระเฉง และคล่องตัว อาจทำให้มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการทำกิจกรรม ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ นั้น อาจเป็นการทดแทนบทบาททางสังคมที่สูญเสียไป ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียคนรัก การเกษียณอายุจากการทำงานก็ได้

3) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีการลดกิจกรรมหรือบทบาทนั้น เป็นเรื่องธรรมดาสามัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งการถอนสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุให้แก่คนรุ่นใหม่มาปฏิบัติหน้าที่แทนตนเองก็เป็นเรื่องปกติ สมควรในการให้ผู้ที่ทำหน้าที่ได้ดีเข้ามาแทนที่ ซึ่งถือเป็นการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น

4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวว่าการที่ผู้สูงอายุมีการแสวงหาบทบาททางสังคมในรูปแบบใหม่มาทดแทนบทบาททางสังคมเดิมที่ตนได้สูญเสียไปเปรียบเสมือนการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างต่อเนื่อง

5) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น จากทั้งภายในกลุ่มอายุเดียวกันหรือระหว่างชั้นอายุที่มีความแตกต่างกันก็ได้ ซึ่งอายุถือเป็นหลักสากลที่สามารถกำหนดถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้คน จาก การเปลี่ยนแปลงตามชั้นอายุและยุคใดยุคหนึ่ง

จากทฤษฎีดังกล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นถึงสาเหตุที่ทำให้เป็นผู้สูงอายุได้ว่า ผู้สูงอายุจะมีหลักการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกายเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงเชิงกายภาพของร่างกายที่มีความเสื่อมโทรมลงมากกว่าการเสริมสร้าง ในขณะที่ ด้านจิตใจเกี่ยวข้องกับการ

เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์รวมถึงการปรับตัว และจะมีผลเกี่ยวเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคมด้วย และด้านสังคม จะเกี่ยวข้องกับบทบาทต่างๆที่ลดลง ไม่สามารถแสดงออกได้ มีความรู้สึกขาดคุณค่าและความมั่นใจในตนเอง

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แสดงให้เห็นถึงมิติต่อความเป็น ผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความเปราะบาง กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของ ตัวเลข แต่หมายถึงอายุไขที่น้อยลง ความเสื่อมสภาพของร่างกายที่ลดลง อีกทั้ง ยังมีเรื่องของ ความสามารถและบทบาทในสังคมที่ลดลงด้วยเช่นกัน ดังนั้น การให้ความสนใจกับคนกลุ่มนี้ จึงเป็นสิ่ง ที่มีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญและความช่วยเหลือ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

(ยูภา โภผา, 2558) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองว่าเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในการส่งเสริมหรือป้องกันในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลเอง

(ปถมพร พันธุ์อุบล, 2553) กล่าวว่า บุคคลที่จะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงได้ มักเป็นบุคคลที่ ให้ความสำคัญกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ โดยรู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยการ ปฏิบัติตนด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตนทั้งด้านการกิน การนอน และการป้องกันโรค

แลรี่ และเอ็ดเวิร์ด (Larry, 1993) กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การ กระทำของบุคคลที่ต้องการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์รักษาตนให้อยู่ในภาวะปกติ เช่น การไป ตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายสม่ำเสมอ

(ธนวิชญ์ แสนสองแคว, 2559) กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กิจกรรม ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทุกประเภทที่บุคคลแสดงออกทั้งทางความรู้ ความคิดและการปฏิบัติ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตเห็นได้นั้น อาจแยกได้เป็น 2 ประเภท คือ การปฏิบัติเป็นปกติ ในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค และการบำบัดรักษาโรค คือ การปฏิบัติ เมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม ต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุผลสำเร็จ ในการมีสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ยังรวมถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้คนได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิด

จากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษาอีกด้วย

โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การทำกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและตั้งใจปฏิบัติด้วยตัวเอง เพื่อการมีไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอดังต่อไปนี้

- 1) เริ่มจากการให้ความสำคัญในการมีสุขภาพที่ดี
- 2) มีแรงจูงใจและความพยายามในการปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอจนสำเร็จ
- 3) มีความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในตนเอง
- 4) มีการรับรู้ว่าการดูแลตนเองนั้น ช่วยลดความเสี่ยงในการก่อโรคได้
- 5) ทำกิจกรรมในการดูแลตนเองสม่ำเสมอ จนบรรลุตามเป้าหมาย
- 6) มีกำลังใจ มีความตั้งใจและมุ่งมั่น ในการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงผลสำเร็จ

ในขณะที่ องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า หมายถึง การทำกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตัวเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และกลุ่มสังคมคนใกล้ชิด รวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกัน การวินิจฉัยและรักษาโรค รวมทั้งการปฏิบัติตนหลังรับบริการสุขภาพด้วย (สภานา บัญญารากร, 2541)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการการปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยบุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง และมีเป้าหมาย ระเบียบแบบแผน เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ อันเป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

2.3.2 ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ

(วริษฐา จินโต, 2562) ได้กล่าวถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1) ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพต่อปัญหาสาธารณสุข

1.1) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยโดยตรงของปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมแล้ว ย่อมทำให้ตนเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน เจ็บป่วย บาดเจ็บ เสียชีวิต หรือมีสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข

1.2) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จำเป็นต้องใช้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคลต่างๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้น ๆ และ บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน มีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต ด้วยโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจึงมีความสำคัญในการดำเนินการแก้ไข ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข โดยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างยั่งยืน

2) ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพต่อปัญหาสุขภาพ

2.1) การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในชุมชนด้วย

2.2) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรก็ตามแล้วตัวบุคคลนั้นเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้องก็จะทำให้การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเสียชีวิตได้ เช่น การซื้อยามารับประทานเองโดยไม่รู้แน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคอะไร หรือเมื่อแพทย์ให้ยามารักษาแล้ว แต่ไม่ได้รับประทานยาให้ถูกต้องและครบถ้วนก็จะทำให้โรคไม่หาย และในบางครั้งหรือในบางโรคก็จะทำให้เกิดการดื้อยาของเชื้อโรคด้วย เป็นต้น

2.3) การแก้ไขสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว และแต่ละชุมชน ต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของบุคคลต่างๆ เป็นสำคัญ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญมาก โดยถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง จะส่งผลทำให้บุคคลนั้น มีสุขภาพดี เมื่อบุคคลมีสุขภาพดี จะส่งผลให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีสุขภาพดีด้วย

2.3.3 ประเภทของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

โดยทั่วไปพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคน จะจำแนกได้ออกเป็น 3 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (กิตติศักดิ์ นามวิชา, 2557)

1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior)

พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคใน ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคจะครอบคลุมการกระทำ ดังต่อไปนี้

1.1) การกระทำเพื่อเพิ่มศักยภาพทางด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริม สุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง รวมทั้งการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหรือภัยคุกคามต่างๆ เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ การไปรับ วัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาที่เหมาะสม หรือเมื่อมีการระบาดของโรค เป็นต้น

1.2) การกระทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เป็นการปฏิบัติ เพื่อกำจัด ลด หรือหลีกเลี่ยงที่จะเป็น สาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โรงเรียน โรงงาน หรือในชุมชน ให้อยู่ใน สภาพที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ ปราศจากมลภาวะ การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย เพื่อลด อุบัติเหตุต่างๆ การงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการควบคุมการรับประทาน อาหาร ที่มีไขมันสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ การคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะขับรถ หรือการสวม หมวกนิรภัย เมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ เพื่อลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นขณะประสบอุบัติเหตุได้ เป็น ต้น

1.3) การกระทำเพื่อป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิดโรค เป็นการปฏิบัติ เพื่อค้นหาสาเหตุ หรือค้นหาแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของบุคคล โดยมุ่งเน้นที่การค้นหาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อที่จะ ทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่สาเหตุหรือความผิดปกติต่างๆ จะพัฒนาต่อไปจนเกิดป่วยเป็นโรค การ กระทำดังกล่าว ได้แก่ การเอกซเรย์ปอดเพื่อตรวจหาโรควัณโรค การตรวจหาเซลล์มะเร็งเต้านม การ ไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพในช่องปากเป็นประจำ หรือการไปตรวจร่างกายประจำปีกับแพทย์ เป็น ต้น

2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior)

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเยียวยารักษาที่ เหมาะสม อาการที่ผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ถ่ายอุจจาระผิดปกติ เป็น ต้น หรือทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น นอนไม่หลับ หวาดระแวง ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะ ผิดแปลกไปจากคนปกติ อาจจะทำให้บุคคลนั้น ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่หลากหลาย ได้แก่ ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวข้องกับโรค และวิธีการดูแล ตนเอง รวมถึงค่านิยม ความเชื่อต่างๆ ตลอดจนความพร้อมด้านสถานพยาบาลในพื้นที่นั้นๆ

ในด้านการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพร่างกายที่ไม่ปกตินั้น ทำได้หลายประการ ทั้งการใช้บริการที่สถานบริการเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น หรือเข้าใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐ เป็นต้น และอื่นๆ เช่น อยู่เฉยๆ ปล่อยให้หายเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนแตกต่างกันออกไป ตามองค์ประกอบทางสังคม วัฒนธรรม และองค์ประกอบเฉพาะตัวของบุคคลนั้น ๆ

3) พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior)

พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย หมายถึง หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่ง หรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเขาเป็นโรคหัดต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งพักผ่อนมากๆ รักษาร่างกายให้อบอุ่น ไม่ควรดื่มน้ำเย็นหรือ หลีกเลี้ยงกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรคมักมากขึ้น

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย กล่าวคือ บุคคลจะมีสุขภาพหรือจะป่วยเป็นโรค ย่อมขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการผิดปกติแล้วนั้น พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยในการแสวงหาการวินิจฉัย และการเยียวยาที่เหมาะสม จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการหยุดยั้งความเจ็บป่วย หรือเพิ่มความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคใดแล้ว พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย ก็จะเข้ามามีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลนั้น หายจากอาการเจ็บป่วย

2.3.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ง่าย แต่อย่างไรก็ดี หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็จะเป็นการชะลอความเสื่อมต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ช้าลง ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข โดยปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุบางอย่างเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้จากการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ (Walker, 1987) ได้เสนอพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง จากการพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ สอบถาม

ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่สงสัย และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

1.1) สนใจและสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเองที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้ โดยตรวจร่างกายตนเอง ถ้าพบความผิดปกติควรไปพบแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดการผิดปกติรุนแรงขึ้น

1.2) แสวงหาความรู้ด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือทางสุขภาพหรือสื่อต่างๆ เพื่อทราบแนวทางในการดูแลสุขภาพ

1.3) ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 2-3 ครั้งเป็นอย่างน้อย เพื่อต้องการให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1.4) หลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดโทษต่อสุขภาพ ได้แก่ งดการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่ และควรงดดื่ม ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เพราะนอกจากจะทำให้นอนไม่หลับแล้ว จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นถ้าดื่มในปริมาณที่มาก ส่วนชาที่มีสารแทนนิน ซึ่งเป็นสารต้านไทอะมีน (Thiamine) ทำให้มีโอกาสดูดไทอะมีนได้ นอกจากนี้ ควรงดดื่มสุราด้วย เนื่องจากสุราส่งผลต่อระบบประสาท ส่วนกลางทำให้คุณสติ และการแสดงออกไม่ดี และก่อให้เกิดโรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง และสติปัญญาเสื่อม ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลเสี่ยงต่อสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่แข็งแรง

2) กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัย จึงเป็นกิจกรรมของการรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ โดยการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีจุดประสงค์ เพื่อรักษาสมรรถภาพร่างกายให้อยู่ในระดับที่ดีที่สุดตามสภาพของแต่ละบุคคล ป้องกันความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย ทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น ส่วนทางด้านจิตใจการมีกิจกรรมทางกาย จะช่วยส่งเสริมความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกเศร้า และวิตกกังวล ดังนั้น การออกกำลังกายจึงต้องคำนึงถึงประโยชน์ และความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ และต้องพิจารณาถึงชนิด หรือประเภทการออกกำลังกาย ความหนัก และความถี่ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้เหมาะสม

3) โภชนาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี ทำให้สุขภาพแข็งแรง ชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันการเกิดโรคได้

4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยทฤษฎีการมีกิจกรรม (Activity theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุ จะมีความพึงพอใจในชีวิต ถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม และส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่วัยกลางคน และกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีมโนทัศน์ดี แต่เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เปลี่ยนไป ประกอบกับภาวะการณเจ็บป่วยของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุขาดการติดต่อและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว และขาดที่พึ่ง โดยที่ความรู้สึกว่าเหวนี้ มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานาน และมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่นๆ ดังนั้น การรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยสร้างความมั่นคงทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนๆ อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคล อีกทั้ง ยังได้รับการช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น

5) การจัดการความเครียด (Stress Management) โดยความเครียดที่เกิดขึ้น จะมีผลกับความพึงพอใจและความเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วย การจัดการกับความเครียด จึงเป็นการปฏิบัติที่สามารถควบคุมหรือลดความเครียดได้ โดยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ สามารถส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ง่าย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องลด ความเครียดของตน การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีการเผชิญความเครียดต้องใช้เทคนิคที่เหมาะสม โดยมีวิธีการจัดการกับความเครียด ดังนี้

5.1) การลดขนาดความถี่ของสถานการณ์ที่มากระตุ้น โดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดเช่น การทำงานอดิเรก การผ่อนคลายสบายใจ เป็นต้น

5.2) การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนที่มีผลมาจากความเครียด โดยการผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ และการคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

ในขณะที่ เฮกฮิวเมอร์ (Heckhumer, 1989) อ้างถึงใน (เพ็ญศรี ผาสุก, 2563) ได้มีการเสนอแนะพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) งดสูบบุหรี่
- 2) จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็น
- 3) มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมากๆ ความร้อนจัดหรือเย็นจัด ป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน
- 4) มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง

5) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

6) พักผ่อนเพียงพอและมีกิจกรรมนันทนาการ

7) หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิโยคะ เทคนิคไบโอฟีดแบค และการออกกำลังกาย เป็นต้น

8) มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง และมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง

9) หลีกเลี่ยงการซื้อยากินเอง

ทั้งนี้ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2556) ได้กล่าวถึงหลัก 4 ประการ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินสภาพการกิน สามารถประเมินได้จากความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานทางอายุและส่วนสูงของผู้สูงอายุ

2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. อยู่เป็น นอกจากจะหมายถึงการรู้จักรักษาสุขภาพที่ดีแล้ว ยังหมายถึงการรู้จักออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักลดความเครียดทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสังคม มีการใช้เหตุผล เข้าใจการยอมรับ ทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น เป็นการส่งเสริมการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media)

ในปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ได้ก้าวเข้ามามีบทบาทต่อการเปิดรับข่าวสารของคนในสังคม โดยเป็นสิ่งที่นำพาซึ่งข้อมูลข่าวสาร เนื้อหา Content ตลอดจนความสะดวกสบาย

ทางด้าน การสื่อสารและการทำธุรกรรมต่าง ๆ เข้ามาในชีวิตประจำวันของคนในสังคม โดยสำหรับ ความเป็นมาของสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) นั้น มาจากการพัฒนาทางเทคโนโลยี เทคโนโลยี อินเทอร์เน็ตจากเว็บ 1.0 (เว็บเนื้อหา) มาสู่ เว็บ 2.0 (เว็บเชิงสังคม) ซึ่งจุดเด่นของเว็บ 2.0 คือ การที่ ผู้ใช้สามารถสร้างเนื้อหาบนอินเทอร์เน็ตได้เอง โดยไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นทีมงานหรือผู้ดูแลเว็บไซต์ ซึ่ง เรียกว่า User Generate Content ซึ่งข้อดีของการที่ผู้ใช้เข้ามาสร้างเนื้อหาได้เอง ทำให้มีการผลิต เนื้อหาเข้ามาเป็นจำนวนมาก และมีความหลากหลายของมุมมองความคิด เพราะจากเดิมผู้ดูแลจะเป็น คนคิดและหาเนื้อหา มาลงแต่เพียงกลุ่มเดียว นอกจากนี้ ผู้ใช้ยังเป็นผู้กำหนดคุณภาพของเนื้อหา โดย การให้คะแนนว่าเนื้อหาใดที่ควรอ่านหรือเข้าไปเรียนรู้ได้เอง โดยเว็บ 2.0 จะเน้นที่ชุมชนให้ผู้ใช้ได้อ่าน และเขียน สามารถแบ่งปันเนื้อหากันได้ (ธนัชพร ปานแยม, 2563)

2.4.1 ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์

(ณัฐพล โยไพโรจน์, 2557) ได้ให้ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) หมายถึง สื่อต่าง ๆ บนสังคมออนไลน์ที่ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบ 2 ทาง โดยผู้ใช้งานสามารถแบ่งปัน ความรู้แสดงความคิดเห็นต่อข้อมูล และข่าวสารต่าง ๆ ระหว่างกันได้ตลอดเวลา

(ระวิ แก้วสุกใส, 2556) ได้ให้ความหมายของ Social Media หมายถึง การรวมกันของกลุ่ม คนในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งบนอินเทอร์เน็ต เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ทำให้กลุ่มคนสามารถทำความรู้ จัก และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งมีหลากหลายช่องทางเครือข่ายที่ใช้ ในการติดต่อสื่อสาร

(พิชิต วิจิตรบุญรักษ์, 2554) ได้ให้ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ว่าเป็น สื่อที่ผู้ส่งสารเป็นสื่อที่ผู้ใช้งานสามารถแบ่งปันข้อมูลข่าวสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้ ผ่านเครือข่าย ออนไลน์

ในขณะที่ คณะกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ ราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ได้ให้ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์ หรือ Social Media ว่าเป็นสื่อที่หมายถึง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นสื่อกลางให้บุคคลทั่วไปได้มีส่วนร่วม และร่วม แลกเปลี่ยนแบ่งปันความคิดเห็นต่างๆ ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต

ทั้งนี้ (Burke, 2013) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คือ สื่อที่ใช้ในการเผยแพร่เนื้อหา ถือได้ว่าเป็น การสื่อสารแบบหนึ่งต่อกลุ่ม (One- to-many) ที่ผู้คนสามารถตอบสนอง และแสดงความคิดเห็นได้ โดยที่ทุกคนสามารถเป็นเจ้าของช่องและสามารถผลิตเนื้อหาไปยังสื่อสังคมออนไลน์ของตัวเองได้เช่น Facebook เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) คือ สื่อหรือช่องทางสื่อสารต่าง ๆ บนอินเทอร์เน็ตที่ให้บริการในระบบของสังคมออนไลน์ โดยเปิดให้ใช้งานสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ในรูปแบบ 2 ทาง ซึ่งมีลักษณะเป็นสังคมเสมือนที่กลุ่มคนเหล่านี้ซึ่งในที่นี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถแบ่งปันประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกันได้ นอกจากนี้ ยังนับได้ว่าเป็นรูปแบบของการสื่อสารที่มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยจะเห็นได้ว่ามีรูปแบบการสื่อสารมากมาย ดังนั้น ถือเป็นช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการสื่อสารเพื่อให้ได้ใจความส่งผลให้เกิดประโยชน์มากมายที่ได้จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์

2.4.2 ประโยชน์ของสื่อสังคมออนไลน์

(ณิซกมล เสนาวงษ์, 2564) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของสื่อสังคมออนไลน์ไว้ดังนี้

- 1) เป็นการสื่อสารหรือการสนทนาสองทางที่มีผู้เข้าร่วมได้ครั้งละหลายๆ คน โดยที่สามารถโต้ตอบกันได้ทันที ซึ่งเป็นปรากฏการณ์เชิงบวกที่เปิดโอกาสให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในประเด็นสาธารณะต่างๆ ในสังคมได้ ซึ่งช่วยลดการผูกขาดการแพร่กระจายข่าวสารแบบทางเดียวของสื่อกระแสหลัก อย่างวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์
- 2) เป็นสื่อในการนำเสนอผลงานของตนเอง เช่น ภาพถ่าย ภาพเคลื่อนไหว และบทความต่างๆ ทั้งในด้านสาระประโยชน์และความบันเทิง ตลอดจนช่วยสร้างผลงานและรายได้แก่ตนเอง
- 3) เป็นช่องทางในการระดมทุน ความคิดเห็น หรือทักษะความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาสังคมด้านใดด้านหนึ่ง
- 4) เป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทั้งข้อมูลข่าวสารทั่วไป และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ เช่น แจ้งข้อมูลรับสมัครตำแหน่งงาน แจ้งเตือนภัยธรรมชาติต่างๆ เป็นต้น
- 5) เป็นช่องทางที่ใช้สำหรับแลกเปลี่ยนความรู้ในประเด็นต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ เช่น เว็บบอร์ดต่าง ๆ
- 6) สื่อสังคมออนไลน์สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกผ่าน smart phone โดยสามารถช่วยคลายเครียดและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีจากการสนทนากับเพื่อน และการเปิดรับความบันเทิงต่างๆ ได้
- 7) เป็นสื่อในการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ หรือบริการลูกค้าสำหรับบริษัทและองค์กรต่าง ๆ เพื่อช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ลูกค้า

2.4.3 ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์

สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้งานในปัจจุบันแบ่งออกเป็นหลายประเภทตามวัตถุประสงค์การใช้งาน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ณิชากร เสนาวงษ์, 2564)

1) การสร้างเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Online Social Network) หมายถึง การสร้างกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มสังคม (Social Community) เอาไว้ติดต่อพูดคุยและอัปเดตข่าวสารของกันและกัน อาจแบ่งสื่อสังคมออนไลน์ประเภทนี้ได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1) Social Networking หรือเครือข่ายทางสังคมในอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ใช้สำหรับเชื่อมต่อระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล เพื่อให้เกิดเป็นกลุ่มสังคม เพื่อให้ผู้ใช้แลกเปลี่ยนความสนใจ ข่าวสาร หรือกิจกรรมของกันและกัน รวมถึงเพื่อแลกเปลี่ยนทักษะและแบ่งปันข้อมูลระหว่างกัน ทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ธุรกิจ การเมือง การศึกษา ความบันเทิง ซึ่งตัวอย่างของสื่อสังคมออนไลน์ประเภทนี้ เช่น Facebook, YouTube, Instagram , DLTV, ทुरुปลูกปัญญา, เว็บไซต์ Wikipedia, เว็บไซต์ Google , เว็บไซต์ E-mail / G-mail เป็นต้น

1.2) Micro Blog เป็นรูปแบบหนึ่งของ Blog ที่จำกัดข้อความที่เขียน ผู้ใช้สามารถเขียนข้อความได้สั้นๆ ประมาณครั้งละ 240 ตัวอักษร ที่เรียกว่า “status” หรือ “notice” เพื่อแจ้งข่าวสารต่างๆ แก่กลุ่มเพื่อนในสังคมออนไลน์ หรือแสดงสถานะของตนเองที่กำลังทำอะไรอยู่ เช่น Twitter เป็นต้น

2) การสนทนาออนไลน์ (Chat) หมายถึง การพิมพ์ข้อความเพื่อสนทนากันระหว่างบุคคล ซึ่งความก้าวหน้าเทคโนโลยีในปัจจุบัน ยังทำให้สามารถสนทนากันแบบได้ยินเสียง และเห็นหน้ากันได้ โดยโปรแกรมที่เป็นที่นิยม เช่น WhatsApp, WeChat และ Line เป็นต้น

3) การแสดงความคิดเห็นหรือพูดคุยผ่านกระดานข่าว หรือเว็บบอร์ด หมายถึง การโพสต์กระทู้หรือแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ลงบนเว็บไซต์ในรูปแบบของเว็บบอร์ดที่ผู้ใช้สามารถแลกเปลี่ยนทักษะในเรื่องที่สนใจ เช่น สินค้าหรือบริการ ประเด็นข่าว ประเด็นสาธารณะทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม กีฬา หรือประเด็นฮอตฮิตของสังคมในขณะนั้น เว็บไซต์ที่เป็น ที่นิยม เช่น Pantip, Epinions เป็นต้น

4) การแบ่งปันภาพ แฟ้มข้อมูล หรือวิดีโอ (Media Sharing) หมายถึง การอัปโหลด (Upload) รูปภาพ แฟ้มข้อมูล หรือวิดีโอ เพื่อแบ่งปันให้กับสมาชิก หรือเผยแพร่ต่อสาธารณชน ซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายและขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเว็บไซต์ที่ให้บริการวิดีโอออนไลน์ ทั้งหนัง เพลง ละคร และรายการสาระและบันเทิงอื่น ๆ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้ใช้

สามารถเลือกชมเนื้อหาได้ตามความต้องการและตามเวลาที่ตนสะดวก ไม่ถูกจำกัดด้วยผังรายการ เหมือนสื่อวิทยุโทรทัศน์ ตัวอย่างเว็บไซต์ที่เป็น media sharing เช่น YouTube, MultiPLY เป็นต้น

5) การแบ่งปันทัศนะผ่านบทความหรือบันทึกส่วนตัวในบล็อก (Blogs/WeBlogs) หมายถึง การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ข้อคิดเห็น บันทึกส่วนตัว เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีความสามารถด้านต่างๆ เผยแพร่ความรู้ผ่านบทความหรือบันทึกส่วนตัว โดยสามารถแบ่งปันให้บุคคลอื่นๆ เข้าไปอ่าน หรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ เช่น Exteen, Blog gang, WordPress และ Blogger เป็นต้น

6) การสืบค้นข้อมูล (Search) หมายถึง การเรียกดูข้อมูลจากเว็บไซต์ที่มีลักษณะเป็น แหล่งข้อมูล ซึ่งผู้จัดทำอาจจะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ หรือนักวิชาการ ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม การศึกษา ซึ่งผู้ใช้สามารถเขียนหรือแก้ไขข้อมูลได้อย่างอิสระ เช่น เว็บไซต์ Google, เว็บไซต์ Wikipedia, เว็บไซต์ E-mail / Gmail เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ในปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์มีการพัฒนา รูปแบบอย่างต่อเนื่อง มีความหลากหลายตามการใช้งานของบุคคล ซึ่งจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมี ผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์บนสื่อสังคมออนไลน์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่จำกัด เช่น การแชท การส่งต่อ ข้อมูล การเช็คอินสถานที่ เป็นต้น ซึ่งเดิมทีเป็นการสื่อสารทางเดียวที่ผู้ส่งสารจะเป็นผู้เลือกส่งข้อมูล และผู้รับสารจะเป็นเพียงผู้รับข่าวสารที่ถูกกำหนดมาแล้วเท่านั้น แต่จากสื่อสังคมออนไลน์ที่พัฒนา รูปแบบในการสื่อสาร ทำให้ผู้รับสาร สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารตามความสนใจของตนเอง เกิดการ สื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อเชื่อมต่อถึงกันและตอบโต้ได้อย่างรวดเร็ว บุคคลสามารถแสดงออกทาง พฤติกรรมและสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ได้ตลอดเวลา รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอ่าน ข่าว การพูดคุยกัน การค้นหาข้อมูล ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ดังนั้น ในบริบทของการศึกษานี้ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุทำการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพตนเองบนโลกออนไลน์ การรับข้อมูลจากหน่วยงานด้านสุขภาพของไทยผ่านช่องทางสื่อสังคม ออนไลน์ มีการพูดคุยเกี่ยวกับวิธีการในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดูแล สุขภาพตนเองระหว่างบุคคลที่เป็นประโยชน์ สามารถเพิ่มองค์ความรู้แก่พวกเขา และสามารถนำไป ปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

2.5 ทฤษฎีพฤติกรรมกรเปิดรับสื่อ (Media Exposure)

ข้อมูลข่าวสารในปัจจุบันมีความรวดเร็วมากและเปลี่ยนแปลงไปตามพฤติกรรมกรดำเนิน ชีวิตของคน ซึ่งหากอยากทราบข้อมูลก็ไม่จำเป็นต้องเปิดหาตามหนังสือ แต่สามารถค้นหาได้อย่าง

ง่ายตาย ทำให้รับรู้ข่าวสารได้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันและสิ่งนี้เข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งการทำงาน การเรียน หรือเรื่องส่วนตัว ข้อมูลข่าวสารจึงเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจต่าง ๆ โดยผู้รับสารจะเลือกเปิดรับข่าวสารจากการค้นหาสิ่งที่น่าสนใจเพื่อตอบสนองความสนใจ หรือนำมาใช้ในการพัฒนาตนเอง ซึ่งการที่บุคคลมีการเปิดรับข่าวสารมากยิ่งขึ้น จะส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในสภาพแวดล้อม และเป็นคนที่ทันต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าบุคคลที่เปิดรับข่าวสารน้อยกว่า (Atkin, 1973) อ้างถึงใน (กันทลัส ทองบุญมา, 2559) อย่างไรก็ตาม บุคคลไม่สามารถรับข้อมูลข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านเข้ามาสู่ตนได้ทั้งหมด แต่จะเลือกรับรู้เพียงบางส่วน เพื่อตอบสนองตามความสนใจหรือก่อให้เกิดประโยชน์กับตน และเมื่อใช้เวลากับข้อมูลข่าวสารนั้นในระยะเวลาหนึ่ง ยิ่งทำให้ข้อมูลที่เลือกรับไปสนับสนุนสิ่งที่คิดไว้อยู่เดิม ทำให้เกิดเป็นความเชื่อและนำไปสู่พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากการถูกหล่อหลอมของสังคม

(Klapper, 1960) อ้างถึงใน (ธนัชพร ปานแย้ม, 2563) กล่าวว่า การเลือกรับข่าวสารหรือการเปิดรับข้อมูลข่าวสารนั้น เปรียบเหมือนเครื่องกรองข่าวสารที่มีภาวะทางด้านจิตใจและด้านสังคมเป็นตัวกระตุ้นในการรับรู้ ก่อเกิดเป็นพฤติกรรมการเปิดรับที่ผู้รับสารจะรับเอาสิ่งเร้าเข้ามาบางตัวเท่านั้น โดยมีกระบวนการดังนี้

- 1) การเลือกเปิดรับ เป็นขั้นตอนแรกที่บุคคลจะคัดกรองการเปิดรับสื่อ ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลจะเปิดรับข้อมูลข่าวสารตามสิ่งที่น่าสนใจ
- 2) การเลือกให้ความสนใจ เลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ตนเองให้ความสนใจ
- 3) การเลือกรับรู้และตีความหมาย หลังจากเลือกที่เปิดรับข้อมูลแล้ว บุคคลจะตีความข่าวสารแตกต่างกันไปตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของผู้รับสาร ซึ่งข่าวสารอาจบิดเบือนได้ตามความคิดของตน
- 4) การเลือกจดจำ เลือกเปิดรับเฉพาะข่าวสารที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการ ตามความเชื่อและทัศนคติ ของแต่ละคน โดยเลือกที่จะไม่สนใจข่าวสารที่มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับความคิดของตนเอง

(Samuel L. Becker, 1972) อ้างถึงใน (สุภวัฒน์ สงวนงาม, 2557) กล่าวว่า การเปิดรับข่าวสาร สามารถจำแนกตามพฤติกรรมการเปิดรับได้ดังนี้

- 1) Information Receptivity บุคคลจะมีพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่สนใจ หากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ก็จะมีใส่ใจมากยิ่งขึ้น

2) Information Seeking บุคคลจะมีพฤติกรรมในการสนใจค้นคว้าข้อมูล เมื่อข้อมูลนั้นๆ สอดคล้องกับเรื่องต่างๆ ที่คนอื่นๆ กำลังสนใจ

3) Experience Receptivity บุคคลจะเปิดรับข่าวสารเพราะต้องการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ อาจอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการเปิดรับสื่อ และข่าวสารของบุคคล เกิดขึ้นจากความสนใจ ความต้องการที่มีต่อสื่อและข่าวสาร หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ แต่ในบางสถานการณ์บุคคลก็เปิดรับสาร แต่ไม่ได้ให้ความสนใจขึ้นอยู่กับการต้องการในขณะนั้น ทั้งนี้พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของบุคคล จะต้องถูกให้ความสนใจโดยบุคคลนั้นก่อน ถึงจะมี การเปิดรับสื่อตามมา ซึ่งสาเหตุในการเปิดรับสื่อนั้น เกิดจากปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ

(Hunt & Ruben, 1993) อ้างถึงใน (ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจือวงศ์, 2560) กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปิดรับข้อมูลว่ามีปัจจัยด้านต่างๆ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) Need เป็นปัจจัยที่มีเป็นตัวกำหนดการเลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารของบุคคล โดยบุคคลจะเลือกเปิดรับข่าวสารตามความต้องการและความสนใจของตนเองเป็นหลัก

2) Goal เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกเปิดรับข้อมูล การตีความ และการเลือกที่จะจดจำ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการที่ตรงกับเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

3) Communication Style เทคนิคในการสื่อสารข้อมูลของผู้ส่งสารมีความสำคัญต่อความชอบของผู้รับสารที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้ว่า แต่ละบุคคลมีความชอบที่ไม่เหมือนกัน เช่น ชอบฟังวิทยุ ชอบดูโทรทัศน์ หรือชอบอ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ

4) Utility โดยปกติแล้ว บุคคลจะให้ความสนใจ และใช้ความพยายามทำความเข้าใจและจดจำข้อมูลในสิ่งที่ตนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

5) Attitude and Values ทักษะคติ คือ ความรู้สึกนึกคิด หรือความชอบในสิ่งต่างๆ ของบุคคล ในขณะที่ ค่านิยม คือ หลักการพื้นฐานที่บุคคลยึดถือว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร อย่างไร ซึ่ง Attitude และ Values ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดรับสื่อ จดจำ และตีความ

6) Capability ความสามารถและทักษะของบุคคล เช่นทักษะด้านการใช้ภาษา มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะเลือกเปิดรับข้อมูล การตีความ และการเลือกจดจำเนื้อหาในข่าวสารนั้นๆ

7) Experience and Habit ผู้รับสารจะมีพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารตามอุปนิสัยที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของบุคคลนั้น

8) Context (สภาวะ) หมายถึง บุคคล เวลา และสถานที่ในสถานการณ์ของการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกรับสาร

(Schramm, 1973) มองว่าการเลือกรับข่าวสารของบุคคลนั้น มีอิทธิพลมาจากองค์ประกอบอื่นๆที่มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการเลือกเปิดรับข่าวสาร ดังนี้

- 1) ความสามารถในการรับสาร เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้บุคคลมีการเปิดรับข้อมูลที่แตกต่างกัน
- 2) การประเมินประโยชน์ของข่าวสารในสิ่งที่ตนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
- 3) ประสบการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้รับข่าวสารแสวงหาข่าวสารที่ต่างกัน
- 4) การศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้พฤติกรรมในการเลือกรับข้อมูลไม่เหมือนกัน
- 5) ภูมิหลังทางประชากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความสนใจต่างกัน
- 6) อารมณ์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้รับสารอาจจะเข้าใจ หรือไม่เข้าใจความหมายของข่าวสารในขณะนั้นได้
- 7) ทักษะคิด จะเป็นตัวกำหนดการรับและการตอบสนองต่อการเปิดรับข่าวสาร
- 8) บุคลิกภาพ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การโน้มน้าวใจ และพฤติกรรมของผู้รับสาร

สำหรับพฤติกรรมกรเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์นั้น อาจมาจากหลากหลายปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวผู้รับสาร ซึ่งผู้รับสารจะคัดสรรข้อมูลข่าวสารโดยผ่านกระบวนการเลือกสรร (Selective Process) เปรียบเสมือนเครื่องกรองการรับรู้ข่าวสารของคน 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (พีระ จิระโสภณ, 2535) อ้างถึงใน (ตรัยรัตน์ ปลื้มปิติชัยกุล, 2565)

- 1) การเปิดรับหรือเลือกที่จะสนใจ หมายถึง แนวโน้มที่ผู้รับสารเลือกที่จะสนใจข่าวสารจากแหล่งที่มาใดแหล่งหนึ่งจากที่มีอยู่หลายแห่ง
- 2) การเลือกรับรู้หรือตีความ หมายถึง เมื่อบุคคลเลือกเปิดรับสารแล้ว ผู้รับสารจะเลือกรับรู้หรือตีความตามเข้าใจ ประสบการณ์ และตามสภาวะอารมณ์หรือร่างกายของตนในขณะนั้น
- 3) การเลือกจดจำ หมายถึง แนวโน้มในการเลือกจำข่าวสารเฉพาะที่ตรงความสนใจเท่านั้น เป็นหลักเกณฑ์ที่ผู้รับสารจะนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจว่าจะเลือกรับข่าวสารนั้นหรือไม่ตามความพอใจของตนเอง โดยกระบวนการเลือกสรรจะ ประกอบด้วย การกลั่นกรอง ดังนี้

สำหรับสื่อสังคมออนไลน์นั้น ได้เข้ามามีอิทธิพลต่อผู้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดการเรียนรู้ของผู้คนในสังคมที่มีผลต่อความเชื่อ ความคิด นำไปสู่ค่านิยม และทัศนคติต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้นที่นำไปสู่การปฏิบัติ ต่อบุคคลอื่นทั้งเชิงบวกและลบ ทั้งผลแบบตั้งใจ (Intended Consequence) หรือแบบไม่ตั้งใจ (Unintended Consequence) โดยแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้

1) ระดับปัจเจกบุคคล หมายถึง ผลกระทบในด้านความรู้ (Knowledge) ความคิดเห็น (Opinion) และความรู้สึก (Affection) เช่น เด็กและเยาวชนที่รับสื่อประเภทใดประเภทหนึ่งมากเกินไป (heavy user of mass media) จนทำให้ขาดการติดต่อกับบุคคลและโลกภายนอก และอาจนำไปสู่การครอบงำโดยสื่อได้โดยง่าย

2) ระดับกลุ่มหรือองค์กร คือ การสร้างวัฒนธรรมย่อยของกลุ่มคนต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความแปลกแยก

3) ระดับสถาบันทางสังคม มักเป็นการสร้างความเสื่อมเสียและความรู้สึกเชิงลบต่อสถาบันหลักของสังคม

4) ระดับสังคมและวัฒนธรรม หมายถึงรวมถึงการสร้างหรือตอกย้ำค่านิยม และทัศนคติทั้งดีและไม่ดีให้เป็นที่ยอมรับหรือคงอยู่ต่อไป (อุบลรัตน์ ศิริยุวศักดิ์, 2550)

ทั้งนี้ (McLeod & O'Keefe, 1972) ได้จำแนกตัวชี้วัดของพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ (Media Exposure) ส่วนมากนำไปใช้วัด 2 ด้าน คือ

1) วัดจากเวลาในการใช้สื่อ

2) วัดจากความถี่ในการใช้สื่อ โดยแยกตามประเภทเนื้อหารายการที่แตกต่างกัน โดยกล่าวว่าการวัดในเรื่องเวลาที่มีข้อเสียตรงที่คำตอบจะขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย เช่น ความสนใจของผู้รับสาร เวลาว่างที่มี และการมีสื่อใกล้ตัว ด้วยเหตุนี้ คำตอบที่เกี่ยวกับเวลาที่ใช้สื่อ จึงมักไม่สามารถแปลความหมายได้ในทางจิตวิทยา และมักมีผลที่ไม่ชัดเจนเมื่อนำไปเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาความไม่ชัดเจนในเรื่องนี้

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้รับสารซึ่งในบริบทของการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุ มีกระบวนการหลายขั้นตอนในการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้รับสารแต่ละคนจะมีเกณฑ์ในการรับเนื้อหาที่แตกต่างกันออกไป ตามลักษณะส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนในสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการอยากรู้ในเรื่องที่ตนสนใจ รวมถึงผู้รับสารยังมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนจากการได้รับสารนั้นซ้ำๆ และถูกหล่อหลอมความคิดที่ส่งผลต่อการรับรู้ ประสบการณ์ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้รับสารเองอีกด้วย

2.6 ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model)

ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model) คือ ทฤษฎีที่คิดค้นโดย (Davis, 1989) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล ของ Ajzen และ (Fishbein, 1975) ซึ่งสนับสนุนว่าการกระทำใดๆ ของมนุษย์ด้วยเหตุผลมีเกิดจากการตัดสินใจที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานเหตุและผลจากการใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของตนเอง โดยมีตัวแปรที่สำคัญคือ ทศนคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง (Subjective Norm) โดยทฤษฎีดังกล่าว จะให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับหรือการตัดสินใจที่จะใช้เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมใหม่ซึ่งในบริบทของการศึกษานี้ หมายถึง สื่อสังคมออนไลน์อันเป็นแหล่งข้อมูลในการรับรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุ

นักวิชาการจำนวนมากได้สนับสนุนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีว่าเป็นรูปแบบจำลองที่มีประสิทธิภาพในการศึกษาพฤติกรรมการใช้งานระบบเทคโนโลยีของบุคคล (อัจฉรา เต่นเจริญโสภณ, 2560) กล่าวว่า แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยีสามารถช่วยให้ทราบได้ถึงพฤติกรรมที่บุคคล มีต่อการใช้งานระบบเทคโนโลยี ในทำนองเดียวกัน (DeLone, 2003) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้งานระบบเทคโนโลยีของบุคคลเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและความสนใจของบุคคลต่อการใช้งานระบบเทคโนโลยีนั้น การจะเข้าใจพฤติกรรมดังกล่าวได้นั้นสามารถทำได้ด้วยการประยุกต์ใช้แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยีซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจของบุคคลเหล่านั้น นอกจากนี้ (Mugo, 2017) กล่าวว่า ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีเป็นทฤษฎีที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ ในหลากหลายสาขาวิชา ไม่ว่าจะเป็น สังคมวิทยา จิตวิทยา รวมถึงการบริหารจัดการองค์กร โดยได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมที่แสดงออกมาของมนุษย์ และ ตั้งอยู่บนความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆ ก็ตามเกิดจากแรงจูงใจบางอย่างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น

แนวคิดตามทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีเชื่อว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและสนใจในการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศประกอบด้วยตัวแปรสำคัญ 2 ประการ ดังนี้

- 1) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) หมายถึง ระดับที่ผู้ใช้งานคาดหวังว่าระบบใช้งานง่าย ความง่ายในการใช้งานระบบเทคโนโลยีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยอมรับและใช้งานระบบเทคโนโลยีดังกล่าวเนื่องจากระบบเทคโนโลยีที่มีความซับซ้อนหรือใช้งานยากเกินไปจะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกกังวลว่าพวกเขาจะสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ หากระบบเทคโนโลยีถูกออกแบบมาให้ใช้งานง่ายในมุมมองของผู้ใช้งาน พวกเขาก็มีแนวโน้มสูงที่จะยอมรับและต้องการจะใช้งานเทคโนโลยีนั้น

นักวิชาการจำนวนหนึ่งได้ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความง่ายในการใช้งานต่อความตั้งใจในการใช้เทคโนโลยีของพวกเขา (Lee, 2011) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวและพบว่า การรับรู้ความง่ายในการใช้งานมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจในการใช้เทคโนโลยีระบบการเรียนอิเล็กทรอนิกส์ของพนักงานในองค์กร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Ismail, 2016) ที่ชี้ให้เห็นว่า เมื่อผู้ใช้งานรับรู้ถึงความง่ายของการใช้โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน พวกเขามีความต้องการที่จะใช้งานโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนอย่างยิ่ง นอกจากนี้ (Hanafizadeh, 2014) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความง่ายในการทำธุรกรรมผ่านโทรศัพท์มือถือและความตั้งใจในการใช้เทคโนโลยีของประชากรในอิหร่าน พบว่าเมื่อพวกเขาได้รับรู้ถึงความง่ายในการใช้บริการดังกล่าว พวกเขามีความตั้งใจที่จะใช้บริการธนาคารผ่านโทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

2) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived Usefulness) กล่าวคือ เมื่อผู้ใช้งานเกิดการรับรู้ว่าระบบเทคโนโลยีจะช่วยให้พวกเขาได้รับประโยชน์จากการใช้งานอย่างไรบ้างจากการทดลองใช้งานหรือการได้รับคำแนะนำ พวกเขาก็มีแนวโน้มที่จะยอมรับและใช้งานระบบเทคโนโลยีดังกล่าวอย่างถาวรเพิ่มขึ้น

การศึกษาของนักวิชาการจำนวนหนึ่งมุ่งเน้นไปที่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และความตั้งใจในการใช้เทคโนโลยี (Gu, 2009) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความตั้งใจในการใช้บริการทำธุรกรรมผ่านโทรศัพท์มือถือของผู้ใช้บริการ โดย ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกใช้บริการทำธุรกรรมผ่านโทรศัพท์มือถือเนื่องจากพวกเขารับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำธุรกรรมผ่านโทรศัพท์มือถือ ขณะที่ (Liu, 2010) ก็ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวนี้และผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ในระยะยาวเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการเรียนรู้ผ่านโทรศัพท์มือถือของผู้ใช้งานมากที่สุด นอกจากนี้ (Findik-Coskuncay, 2018) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับระบบการจัดการเรียนออนไลน์ของกลุ่มนักเรียนระดับอุดมศึกษาและพบว่าเมื่อนักเรียนมีความตั้งใจที่จะยอมรับและใช้งานระบบการเรียนออนไลน์มากขึ้นเมื่อพวกเขารับรู้ว่าจะนำมาซึ่งประโยชน์มากมายในการเรียนรู้พวกเขา

นอกเหนือจากตัวแปรสำคัญ 2 ประการข้างต้น (Davis, 1989) ได้พิจารณาอีกหนึ่งตัวแปรสำคัญที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงความง่าย นั่นคือ ทศนคติของบุคคลต่อการใช้งานเทคโนโลยี (Attitude towards Usage) ซึ่งงานของนักวิชาการจำนวนมากได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยีโดยนำปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการรับรู้ประโยชน์และรับรู้ความง่ายบนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์และรับรู้ถึงความง่ายของการใช้ระบบเทคโนโลยีแล้ว พวกเขาก็จะมีทัศนคติที่เชิงบวกต่อการใช้งานระบบเทคโนโลยีดังกล่าวซึ่งส่งผลให้พวกเขาต้องการที่จะใช้เทคโนโลยีมากขึ้น (Sanchez, 2010)

กล่าวโดยสรุปแล้ว ทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีเชื่อว่า เมื่อผู้ใช้งานเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความง่ายในการใช้งานและประโยชน์ของระบบเทคโนโลยีต่อบุคคลจะช่วยให้บุคคลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้ระบบเทคโนโลยี อันนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมความสนใจและการยอมรับและใช้งานเทคโนโลยีในท้ายสุด ทฤษฎีดังกล่าวนี้จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในแง่ของการประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาพฤติกรรมการยอมรับเทคโนโลยีของบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้ถึงประโยชน์ และความง่ายในการใช้งาน

จากการศึกษาทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า ในบริบทของการศึกษานี้ การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งานสามารถนำมาใช้ศึกษาเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์เพื่อศึกษาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อความตั้งใจของพฤติกรรมที่จะสื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุ

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(วริษฐา จินโต, 2562) ได้ทำการวิจัยเรื่องการสื่อสารยุคดิจิทัลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพนักงานการทำเรือแห่งประเทศไทย เขตคลองเตย จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพของพนักงานการทำเรือแห่งประเทศไทย และศึกษาปัจจัยการใช้สื่อสังคมด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพนักงานการทำเรือแห่งประเทศไทย เขตคลองเตย จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน คือ วิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 100 ชุด สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ สถิติค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกัน (Independent Sample T-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Correlation) ผลการเก็บข้อมูลจากการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน พบว่า พนักงานการทำเรือแห่งประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 30-39 ปี มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 20,001-30,000 บาท และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อเฟซบุ๊ก (Facebook) คิดเป็นร้อยละ 86 ส่วนการรับข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ของหน่วยงานการทำเรือฯ ส่วนใหญ่รับสื่อผ่านช่องทางไลน์ (Line) จากหน่วยงานสำนักแพทย์และอนามัย

การทำเรื่องแห่งประเทศไทย ได้รับประโยชน์ด้านความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพและสังเกตความผิดปกติของตนเอง ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทศนคติการรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียด และความถี่ของสื่อสุขภาพออนไลน์ของหน่วยงานการทำงานที่กระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพมากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียดและป้องกันโรค

(อารียา ศรีแจ่ม, 2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยประชากรศาสตร์ ที่อยู่อาศัย พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ จากตัวอย่างจำนวน 549 คน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ มีตัวแปรตาม 3 ตัว ประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์การใช้แอปพลิเคชันและกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทุกด้านของผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงเทคโนโลยี ยกเว้นด้านรายได้ โดยมีค่า R-Squared มีค่าเท่ากับ .472 สำหรับตัวแปรตามด้านวัตถุประสงค์ และการใช้แอปพลิเคชัน มีค่า R-Squared มีค่าเท่ากับ .543 ส่วนตัวแปรตามด้านกิจกรรม มีค่า R-Squared มีค่าเท่ากับ .535 ส่วนตัวแปรอิสระด้านวิธีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ โดยมีค่า R-Squared มีค่าเท่ากับ .114 สำหรับด้านวิธีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านเนื้อหาการรับรู้ข้อมูลมีค่า R-Squared มีค่าเท่ากับ .143 และด้านกิจกรรม มีค่า R-Squared มีค่าเท่ากับ .109 ข้อเสนอแนะคือภาครัฐควรกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสใช้อินเทอร์เน็ตอย่างทั่วถึง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิตและเป็นวิธีการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้อีกทางหนึ่ง

(กฤษณาพร ทิพย์กาญจนรธา, 2560) ได้ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และสื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยพบว่า ผู้สูงอายุแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับต่ำ แต่โดยรวมมีการรับรู้สุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ดี โดยผู้สูงอายุมีประเด็นข้อมูลสุขภาพที่ทำการสืบค้นบ่อย 3 อันดับแรกได้แก่ แบบแผนการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี การรักษาโรค และข้อมูลการใช้ยา ตามลำดับ นอกจากนี้ จากการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสังคม/สื่อออนไลน์ จำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี มีการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุควรส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้สุขภาพผ่านสื่อออนไลน์/สื่อสังคมและการนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

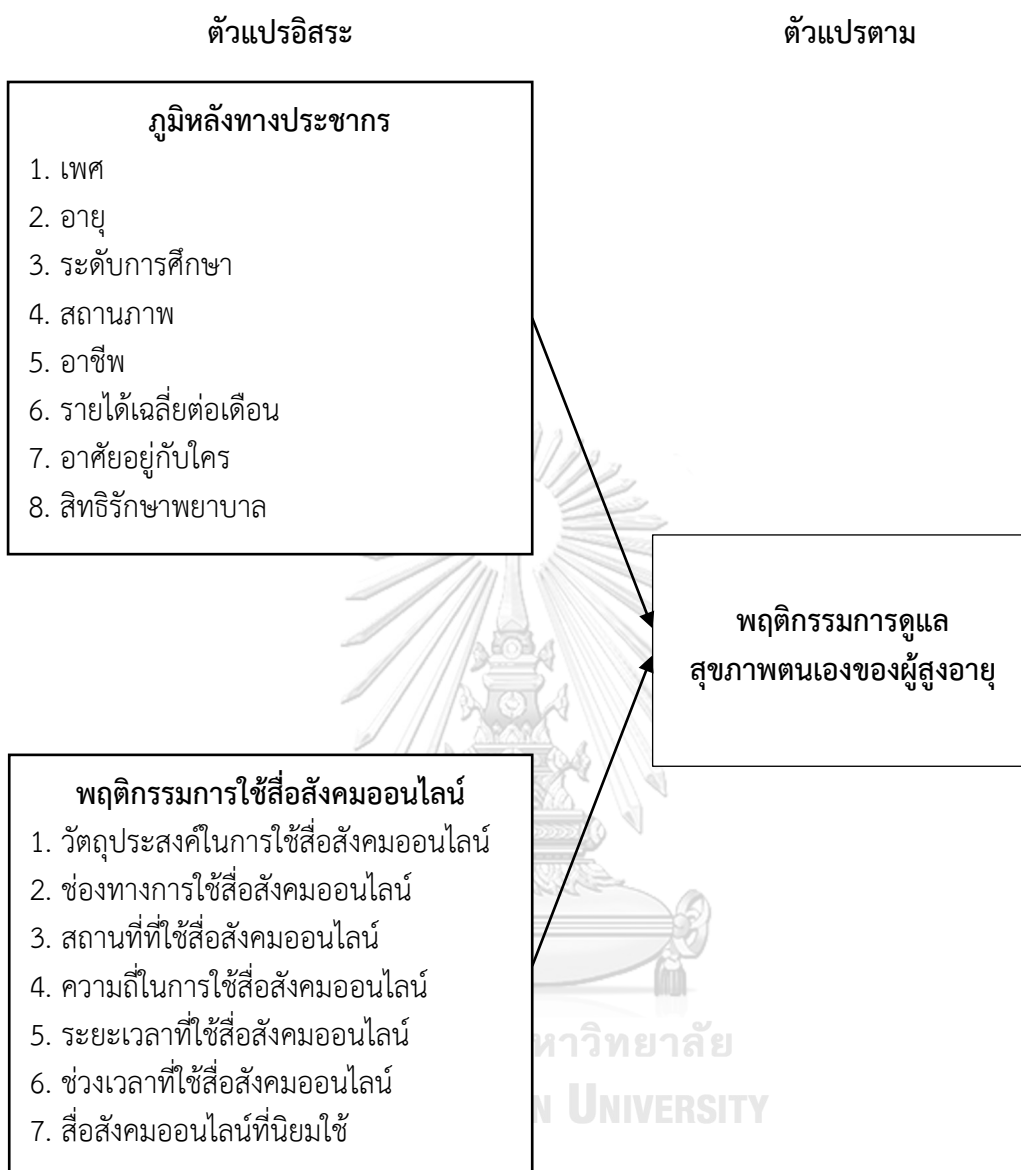
(พงศธร ศีลาเงิน, 2560) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา โดยการศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ที่ได้รับการ คัดกรองจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข จำนวน 238 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52.5 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส การมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

(สุวิษ ธิระโคตร, 2561) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้และการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตและทัศนคติการใช้เนื้อหาด้านสุขภาวะบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ โดยผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อติดต่อกับเพื่อนและผู้รู้ และการแสวงหาความรู้ด้านสุขอนามัยผ่านทางเฟซบุ๊ก ระดับการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่อยู่ที่ทักษะการเข้าถึงและทักษะการวิเคราะห์ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อาชีพและการทำงาน ประสบการณ์การใช้งาน และวัตถุประสงค์ในการใช้งาน แตกต่างกันมีระดับการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2) การเปรียบเทียบทัศนคติการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์และวัตถุประสงค์การใช้งานที่ แตกต่างกัน มีเหตุผลการใช้งานอินเทอร์เน็ต การให้ความเชื่อถือต่อเนื้อหาที่ได้รับ และการใช้ประโยชน์จากเนื้อหาที่ได้รับจากอินเทอร์เน็ตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.8 กรอบวิจัยการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยทฤษฎีและแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนากรอบวิจัยการศึกษาดังที่แสดงในรูปด้านล่างนี้

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เนื่องจากงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จึงมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

3.2 แหล่งข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) โดยผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากเอกสารทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ ภาคนิพนธ์ สารนิพนธ์ วารสาร หนังสือ รายงานการประชุม บทความ และเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำมาวิเคราะห์กับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนอกจากนี้ยังเลือกใช้ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3.3 กลุ่มประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,239,756 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2566)

3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการสุ่มแบบสะดวก (Convenience Sampling) คือยึดตามความสะดวกของผู้วิจัยเป็นหลัก โดยใช้สูตรการคำนวณของทาโรยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณไม่เกิน 5%

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{1,239,756}{1+1,239,756 (.05)^2}$$

$$n = 399.87 \text{ คน}$$

เมื่อให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มความแม่นยำและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทั้งหมด คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 399.87 คน เพื่อข้อมูลที่สมบูรณ์จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคำถามคัดกรอง เพื่อคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์กับไม่ใช่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภูมิหลังทางประชากร โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check-List) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านอายุ เพศ รายได้ การศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว และสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยประยุกต์ข้อความจาก (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2558) และ(จิตาพร รุ่งสถาพร, 2562)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Check-List) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้

สื่อสังคมออนไลน์ ประยุกต์ข้อคำถามจาก (Klapper,1960) อ่างถึงใน (ธนัชพร ปานแย้ม, 2563; วรัชญา ทิพย์มัลย์, 2562) และ(สิทธิชัย คูเจริญสิน, 2558)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย โภชนาการ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียด โดยประยุกต์ข้อคำถามจาก (Walker, 1987) แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีเกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 5 ระดับ ตามวิธีของ ลิเคิร์ท (Five-Point Likert Scales) ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับปฏิบัติการ
5	สม่ำเสมอ
4	บ่อยครั้ง
3	บางครั้ง
2	นาน ๆ ครั้ง
1	ไม่เคยเลย

เกณฑ์การแปรผล

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5-1}{5}$$

$$= 0.80$$

โดยมีการในการแปลความหมายจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ในแต่ละระดับความเห็น ดังนี้

ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.21 – 5.00	ปฏิบัติสม่ำเสมอ
3.41 – 4.20	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
2.61 – 3.40	ปฏิบัติบางครั้ง

1.81 – 2.60	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
1.00 – 1.80	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถามโดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายเปิด (Open-ended question)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ขอออกจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการเขียนงานนิพนธ์จากผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ เพื่อส่งแบบสอบถามขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

3.5.2 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน โดยผู้วิจัยได้แบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็นสองกลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มจากสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ ไลน์ และเฟซบุ๊ก จำนวน 200 คน และกลุ่มที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน

3.5.3 นำแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบคำถาม ได้แบบสอบถามที่ครบสมบูรณ์ 400 ชุด

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้ทำวิจัยได้กำหนดค่าสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลอธิบายตัวแปรของการศึกษาครั้งนี้ไว้ดังนี้ คือ

3.6.1 การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics Analysis) โดยการใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) แสดงตารางร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) รวมถึงการหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.6.2 การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ Independent-Samples T-test เพื่อทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย และใช้ One-way ANOVA ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบแต่ละตัวแปร พร้อมทั้งใช้ Post-Hoc test (LSD) เพื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่เปรียบเทียบได้

3.7 จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และจะเก็บข้อมูลและเนื้อหาจากการสอบถามไว้เป็นความลับ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยแบ่งเป็น 1) กลุ่มจากสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ ไลน์ เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก จำนวน 200 คน โดยผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบ Google Forms ซึ่งได้รับการวางลิงก์ไว้ในกลุ่มไลน์ Dr. ASA (หมออาสาเถา) และแชทในกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์อื่นๆ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ 2) ในกลุ่มที่ผู้วิจัยเก็บด้วยตนเองกับทางโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ได้ส่งพื้นที่เก็บตัวอย่างด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุนานนา โรงเรียนผู้สูงอายุสายไหม และศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Sciences : SPSS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว และนำเสนอผลการวิจัยแบ่งการวิเคราะห์ได้ 4 ส่วนดังต่อไปนี้

4.1 ส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม

4.2 ภูมิหลังทางประชากร

4.3 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

4.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

4.1 ข้อมูลส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวข้อมูลส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 400 คน โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการใช้วิธีแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปข้อมูลส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม

การใช้สื่อสังคมออนไลน์	ความถี่	ร้อยละ
ใช่	375	93.8
ไม่ใช่	25	6.2
รวม	400	100.00

หากพิจารณาจากค่าความถี่หรือค่าร้อยละที่ปรากฏในตารางข้างต้น ผู้วิจัยพบว่าในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์

4.2 ภูมิหลังทางประชากร

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวข้อมูลภูมิหลังทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 400 คน โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการใช้วิธีแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปข้อมูลภูมิหลังทางประชากร

ภูมิหลังทางประชากร	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	23.5
หญิง	297	74.3
ไม่ระบุ	9	2.3
รวม	400	100.00
อายุ		
60-65	131	32.8
66-70	96	24.0
71-75	103	25.8
76-80	39	9.8
มากกว่า 80 ปี	31	7.8
รวม	400	100.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าป.ตรี	254	63.5
ป.ตรี	115	28.7
สูงกว่า ป.ตรี	30	7.5
รวม	400	100.0

ตารางที่ 3 สรุปข้อมูลภูมิหลังทางประชากร (ต่อ)

ภูมิหลังทางประชากร	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	70	17.5
สมรส	203	50.7
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	127	31.8
รวม	400	100.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	198	49.5
เกษตรกร	8	2.0
รับจ้างทั่วไป	28	7.0
ข้าราชการเกษียณ	43	10.8
พนักงานเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	18	4.5
ธุรกิจส่วนตัว	72	18.0
อื่นๆ ได้แก่ แม่บ้าน	32	8.0
รวม	400	100.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
3000 บาทหรือน้อยกว่า	121	30.3
3,001 – 7,000	53	13.3
7,001 – 15,000 บาท	112	28.0
15,001 – 30,000 บาท	63	15.8
มากกว่า 30,000 บาท	51	12.8
รวม	400	100.0
อาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คนเดียว	47	11.8 (400)
สามี/ภรรยา	164	41.0 (400)
ลูกหลาน	218	54.5 (400)
อื่นๆ ได้แก่ พี่น้อง	39	9.8 (400)

ตารางที่ 3 สรุปข้อมูลภูมิหลังทางประชากร (ต่อ)

ภูมิหลังทางประชากร	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ประกันสุขภาพ 30 บาท/บัตรทอง	228	57.0 (400)
ประกันสังคม	80	20.0 (400)
ใช้สิทธิครอบครัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	85	21.3 (400)
ประกันสุขภาพเอกชน	26	6.5 (400)
อื่นๆ ได้แก่ จ่ายเอง	10	2.5 (400)

หากพิจารณาจากค่าความถี่หรือร้อยละที่ปรากฏในตารางข้างต้น พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60-65 ปี รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 71-75 ปี และ 66 – 70 ปี ซึ่งมีค่าความถี่ต่างกันไม่มากนัก ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงความหลากหลายในทุกช่วงอายุของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ในภาพรวมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และมีสถานภาพสมรสมากที่สุด รองลงมาคือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคือประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว และข้าราชการเกษียณ ตามลำดับ ในส่วนของช่วงรายได้อยู่ที่ 3000 บาทหรือน้อยกว่า มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือช่วงรายได้ที่ 7,001 – 15,000 บาท ซึ่งมีค่าความถี่หรือร้อยละที่ใกล้เคียงกัน หากพิจารณาถึงผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน รองลงมาคืออาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา และอาศัยอยู่คนเดียว ตามลำดับ ในด้านสิทธิรักษาพยาบาล มากกว่าครึ่งใช้สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท/บัตรทองมากที่สุดถึงร้อยละ 53.1 รองลงมาคือสิทธิครอบครัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ ส่วนประกันสุขภาพเอกชน และอื่นๆ ได้แก่ จ่ายเอง มีค่าความถี่หรือร้อยละที่น้อยลำดับที่ 4 และน้อยที่สุด ตามลำดับ ซึ่งคิดรวมกันไม่ถึงร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

4.3 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

จากผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวข้อมูลส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า จากผู้ตอบแบบสอบถาม 400 คน มีผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์จำนวน 375 คน และผู้ที่ไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์จำนวน 25 คน ซึ่งไม่ได้ตอบคำถามในส่วนนี้ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์จากผู้ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ดังกล่าว โดยผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวข้อมูลพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของ

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 400 คนนั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการใช้วิธีแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปข้อมูลพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
วัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เพื่อความบันเทิง	196	49.0
ติดตามข้อมูลข่าวสาร	262	65.5
เพื่อค้นหาเพื่อนใหม่/สังคมใหม่/หากิจกรรมใหม่	108	27.0
ติดต่อเพื่อนเก่า	177	44.3
ติดต่อครอบครัว	234	58.5
ซื้อ/ขายสินค้าและบริการ	107	26.8
อื่นๆ (โปรดระบุ)	11	2.8
ช่องทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แท็บเล็ต/ไอแพด iPad	65	16.3
โทรศัพท์มือถือ	357	89.3
คอมพิวเตอร์ (PC)/แล็ปท็อป	50	12.5
สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำมากที่สุด		
บ้าน	259	69.1
ที่ทำงาน	23	6.1
บนยานพาหนะระหว่างเดินทาง	26	6.9
สวนสาธารณะ	19	5.1
ร้านอาหาร	22	5.9
อื่นๆ ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ	26	6.9
ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์)		
น้อยกว่า 5 ครั้ง	46	12.2
5-10 ครั้ง	118	31.5
มากกว่า 10 ครั้ง	211	56.3

ตารางที่ 4 สรุปข้อมูลพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในแต่ละครั้ง		
น้อยกว่า 1 ชม.	179	47.7
1-2 ชม.	115	30.7
มากกว่า 2 ชม)	81	21.6
ช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำมากที่สุด		
ช่วงเช้า (07.00 – 11.00 น.)	106	28.3
ช่วงกลางวัน (11.01 – 15.00 น.)	124	33.1
ช่วงเย็น (15.01 – 19.00 น.)	77	20.5
ช่วงกลางคืน (19.01 น. เป็นต้นไป)	68	18.1
สื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
Line	336	45.2
Facebook	191	25.7
YouTube	176	23.7
Twitter	7	1.0
Instagram	23	3.1
อื่นๆ ได้แก่ web board	10	1.3

เมื่อพิจารณาค่าความถี่หรือร้อยละที่ปรากฏในตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อวัตถุประสงค์ติดตามข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือติดต่อครอบครัว และเพื่อความบันเทิง ตามลำดับ โดยใช้โทรศัพท์มือถือเป็นช่องทางในการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด คือที่บ้าน ส่วนสถานที่อื่นๆ มีค่าความถี่หรือร้อยละที่ไม่แตกต่างกันมากนัก หากพิจารณาถึงความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 10 ครั้งต่อสัปดาห์ และเมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้งส่วนใหญ่ใช้น้อยกว่า 1 ชั่วโมง โดยในช่วงเวลากลางวันเวลาประมาณ 11.01น. – 15.00 น.เป็นช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด รองลงมาคือช่วงเช้า และช่วงเย็นตามลำดับ ส่วนในช่วงเวลากลางคืน ตั้งแต่ประมาณ 19.01 น. เป็นต้นไป เป็นช่วงเวลาที่ใช้ที่น้อยที่สุด และสุดท้ายเมื่อพิจารณาถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ พบว่า ผู้สูงอายุนิยมใช้ ไลน์ (Line) มากที่สุด รองลงมาคือ เฟซบุ๊ก (Facebook) และยูทูป (Youtube) ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่หลากหลายของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

4.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 400 คน ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง กิจกรรมการเคลื่อนไหวต่างๆ ของร่างกาย พฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียด โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความคิดเห็นซึ่งใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การแปรผล

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5-1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

โดยมีการในการแปลความหมายจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ในแต่ละระดับความเห็น ดังนี้

ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.21 – 5.00	ปฏิบัติสม่ำเสมอ
3.41 – 4.20	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
2.61 – 3.40	ปฏิบัติบางครั้ง
1.81 – 2.60	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
1.00 – 1.80	ไม่เคยปฏิบัติเลย

4.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาพรวม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง กิจกรรมการเคลื่อนไหวต่างๆ ของร่างกาย พฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียด โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความคิดเห็น ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ภาพรวม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับการ ปฏิบัติ
การเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง	4.16 (0.731)	บ่อยครั้ง
กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย	4.24 (0.790)	สม่ำเสมอ
ด้านโภชนาการ	4.12 (0.719)	บ่อยครั้ง
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	4.06 (0.822)	บ่อยครั้ง
การจัดการความเครียด	3.93 (0.731)	บ่อยครั้ง
รวม	4.10 (0.545)	บ่อยครั้ง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นจากตารางที่ 5 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับค่าเฉลี่ยที่ 4.10 ซึ่งอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.545 จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน หากพิจารณาแต่ละประเด็น พบว่า กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ ส่วนในด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ซึ่งจากตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดได้ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านอื่นๆ

4.4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รายด้าน

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาพรวม พบว่า พฤติกรรมด้านกิจกรรมการเคลื่อนไหวต่างๆ ของร่างกายมีระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ ส่วนพฤติกรรมด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ผู้วิจัยจึงพิจารณาข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละด้าน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความคิดเห็น ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร รายด้าน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับการ ปฏิบัติ
1. การเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง		
1.1 ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	4.12 (1.256)	บ่อยครั้ง
1.2 ท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.97 (1.275)	บ่อยครั้ง
1.3 ท่านสนใจสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย	4.32 (0.899)	สม่ำเสมอ
1.4 ท่านล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร	4.10 (1.121)	บ่อยครั้ง
1.5 ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ	4.22 (0.961)	สม่ำเสมอ
1.6 หาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อ การดูแลสุขภาพตนเอง	4.25 (0.962)	สม่ำเสมอ
2. กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย		
2.1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	4.14 (0.975)	บ่อยครั้ง
2.2 ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้	4.34 (0.941)	สม่ำเสมอ
3. ด้านโภชนาการ		
3.1 สนใจเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	4.22 (0.890)	สม่ำเสมอ
3.2 ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบทั้ง 5 หมู่	4.14 (0.886)	บ่อยครั้ง
3.3 ดื่มน้ำสะอาดเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	4.24 (0.926)	สม่ำเสมอ
3.4 จำกัดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล	3.89 (0.977)	บ่อยครั้ง
4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล		
4.1 ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว	3.92 (1.077)	บ่อยครั้ง
4.2 แลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ๆ กับญาติหรือบุคคล ใกล้ชิด	3.96 (1.031)	บ่อยครั้ง
4.3 แสดงออกถึงความรักและชื่นชมความสำเร็จ ของผู้อื่น	4.31 (0.844)	สม่ำเสมอ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร รายด้าน (ต่อ)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับการ ปฏิบัติ
5. การจัดการความเครียด		
5.1 พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการนอนอย่างน้อย คืนละ 7-8 ชั่วโมง	4.05 (0.954)	บ่อยครั้ง
5.2 นั่งสมาธิและสวดมนต์ไหว้พระ	3.60 (1.088)	บ่อยครั้ง
5.3 ใช้สติเมื่อเผชิญกับปัญหา	4.15 (0.954)	บ่อยครั้ง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นจากตารางที่ 6 อธิบายได้ดังนี้

1) การเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองอยู่ในระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง หากพิจารณารายข้อ พบว่าการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองในข้อคำถามเรื่องท่านสนใจสังเกตสิ่งผิดปกติของร่างกาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ท่านตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเอาใจใส่ต่อการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองด้านอื่นๆ

2) ด้านกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย อยู่ในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ ซึ่งมากกว่าการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า และระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง

3) ด้านโภชนาการอยู่ในระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง และเพื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลโภชนาการในการดื่มน้ำสะอาดเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ซึ่งมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด แต่ในส่วนของการจำกัดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญในการจำกัดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลน้อยกว่าการโภชนาการด้านอื่นๆ

4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการแสดงออกถึงความรักและชื่นชมความสำเร็จของผู้อื่นได้ดีกว่าประเด็นอื่นๆ เนื่องจากมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และมีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ หากพิจารณารายข้ออื่น พบว่า ผู้สูงอายุ

ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด และระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง

5) ด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สติเมื่อเผชิญกับปัญหา เนื่องจากมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด แต่ในส่วนของกรนั่งสมาธิและสวดมนต์ไหว้พระนั้น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการใช้สติเมื่อเผชิญกับปัญหามากกว่าการนั่งสมาธิและสวดมนต์ไหว้พระเพื่อจัดการความเครียด



บทที่ 5

ผลวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรคู่

จากผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวข้างต้นในบทที่ 4 ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ตัวแปรคู่ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) เพื่อให้ทราบถึงภูมิหลังทางประชากรและพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังทางประชากร ผู้วิจัยใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ประกอบด้วย (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาศัยอยู่กับใคร และสิทธิรักษาพยาบาล) และในการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ประกอบด้วย (วัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่องทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ และสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้) ผู้วิจัยได้ใช้สถิติการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที่ (Independent Sample T-Test) และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลภูมิหลังทางประชากรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งได้ทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสรุปผลการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลภูมิหลังทางประชากร กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

5.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลภูมิหลังทางประชากร กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) พร้อมทั้งได้ทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที่ (Independent Sample T-Test) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อาศัยอยู่กับใคร และสิทธิรักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลอาศัยอยู่กับใคร และสิทธิรักษาพยาบาลเป็นแบบตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลภูมิหลังทางประชากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครอย่างไร

สมมติฐานที่ 1 ภูมิภาคทางประชากรที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน

H_0 : ภูมิภาคทางประชากร ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครไม่แตกต่างกัน

H_1 : ภูมิภาคทางประชากร ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน

ตารางที่ 7 ข้อมูลแสดงระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA)

ภูมิภาคทางประชากร	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ การปฏิบัติ	F	Sig
อายุ				1.937	.104
60-65 ปี	131	4.1309 (0.47)	บ่อยครั้ง		
66-70 ปี	96	4.0035 (0.68)	บ่อยครั้ง		
71-75 ปี	103	4.0822 (0.52)	บ่อยครั้ง		
76-80 ปี	39	4.2697 (0.51)	สม่ำเสมอ		
มากกว่า 80 ปี	31	4.1602 (0.44)	บ่อยครั้ง		
ระดับการศึกษา				2.035	.132
ต่ำกว่าป.ตรี	255	4.0642 (0.59)	บ่อยครั้ง		
ป.ตรี	115	4.1587 (0.45)	บ่อยครั้ง		
สูงกว่า ป.ตรี	30	4.2272 (0.45)	สม่ำเสมอ		
สถานภาพ				4.130	.017
โสด	70	4.2548 (0.50)	สม่ำเสมอ		
สมรส	203	4.1016 (0.56)	บ่อยครั้ง		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	127	4.0234 (0.53)	บ่อยครั้ง		

ตารางที่ 7 ข้อมูลแสดงระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) (ต่อ)

ภูมิหลังทางประชากร	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ การปฏิบัติ	F	Sig
อาชีพ				3.165	.005
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	199	4.0204 (0.60)	บ่อยครั้ง		
เกษตรกร	8	4.4313 (0.33)	สม่ำเสมอ		
รับจ้างทั่วไป	28	4.1518 (0.42)	บ่อยครั้ง		
ข้าราชการเกษียณ	43	4.2841 (0.36)	สม่ำเสมอ		
พนักงานเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	18	3.8972 (0.48)	บ่อยครั้ง		
ธุรกิจส่วนตัว	72	4.1502 (0.58)	บ่อยครั้ง		
อื่นๆ	32	4.2656 (0.34)	สม่ำเสมอ		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				2.494	.043
3000 บาทหรือน้อยกว่า	121	3.9949 (0.63)	บ่อยครั้ง		
3,001 – 7,000	53	4.1585 (0.51)	บ่อยครั้ง		
7,001 – 15,000 บาท	112	4.1823 (0.49)	บ่อยครั้ง		
15,001 – 30,000 บาท	63	4.1825 (0.38)	บ่อยครั้ง		
มากกว่า 30000 บาท	51	4.0340 (0.61)	บ่อยครั้ง		

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลภูมิหลังทางประชากรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จากตารางที่ 7 ด้วยการทดสอบค่าสถิติโดยวิเคราะห์ One-Way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปรากฏผลการวิเคราะห์ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

อายุ พบว่า ในช่วงอายุ 76-80 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ ในส่วนของค่าเฉลี่ยในช่วงอายุ 66-70 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติที่ต่ำสุด แต่แตกต่างกับช่วงวัยอื่นไม่มากนักเมื่อพิจารณาถึงระดับการปฏิบัติจะอยู่ที่ระดับปฏิบัติบ่อยครั้งเหมือนกัน และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 1.937 และค่า Sig เท่ากับ .104 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 คือ อายุที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมือนกัน

ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาสูงกว่า ป.ตรี มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ หากในส่วนค่าเฉลี่ยของระดับ

การศึกษาต่ำกว่าป.ตรี มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติที่ต่ำสุด แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับการปฏิบัติพบว่าแตกต่างกับระดับป.ตรี ไม่มากนักจะอยู่ที่ระดับปฏิบัติบ่อยครั้งเหมือนกัน และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 2.035 และค่า Sig เท่ากับ .132 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 คือ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมือนกัน

สถานภาพ พบว่า สภาพภาพโสดมีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ แต่ในส่วนค่าเฉลี่ยสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติที่ต่ำสุด แต่หากพิจารณาระดับการปฏิบัติพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสถานภาพสมรส และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน และมีระดับปฏิบัติอยู่ในระดับบ่อยครั้งเหมือนกัน และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 4.130 และค่า Sig เท่ากับ .017 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 คือสถานภาพที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุสถานภาพโสดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่าสถานภาพอื่นๆ

อาชีพ พบว่าอาชีพเกษตรกรมีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด รองลงมาคืออาชีพข้าราชการเกษียณ และอาชีพอื่นๆ ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 อาชีพมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ พนักงานเอกชน/รัฐวิสาหกิจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และระดับการปฏิบัติที่บ่อยครั้ง และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 3.165 และค่า Sig เท่ากับ .005 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 คืออาชีพที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ข้าราชการเกษียณ และอาชีพอื่นๆ ได้แก่ วิชาชีพอิสระ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีสม่ำเสมอกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพอื่นๆ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าช่วงรายได้ 15,001 – 30,000 บาท มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด คือ 4.1825 รองลงมาคือช่วงรายได้ 7,001 – 15,000 บาท มีค่าเฉลี่ย 4.1823 ซึ่งใกล้เคียงกันมาก ส่วนช่วงรายได้ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 3000 บาทหรือน้อยกว่า แต่หากพิจารณาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติพบว่าทุกช่วงรายได้อยู่ที่ระดับการปฏิบัติบ่อยครั้งเหมือนกัน และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 2.494 และค่า Sig เท่ากับ .043 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 คือช่วงรายได้ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงรายได้ 15,001 – 30,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่าผู้สูงอายุในช่วงรายได้อื่นๆ

ผู้วิจัยได้ใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อาศัยอยู่กับใคร และสิทธิรักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลอาศัยอยู่กับใคร และสิทธิรักษาพยาบาลเป็นแบบตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เพื่อให้ทราบว่าคุณสมบัติหลังทางประชากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครอย่างไร โดยมีผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลแสดงระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการใช้การวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test)

ภูมิหลังทางประชากร	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ การ ปฏิบัติ	t	Sig
เพศ				-0.502	0.058
ชาย	94	4.09 (0.60)	บ่อยครั้ง		
หญิง	297	4.12 (0.52)	บ่อยครั้ง		
อาศัยอยู่กับใคร					
คนเดียว	47	4.14 (0.54)	บ่อยครั้ง	-0.478	0.861
สามี/ภรรยา	164	4.11 (0.50)	บ่อยครั้ง	-0.251	0.177
ลูกหลาน	218	4.12 (0.57)	บ่อยครั้ง	-0.534	0.476
คนอื่น ๆ	39	4.15 (0.46)	บ่อยครั้ง	-0.590	0.438
สิทธิรักษาพยาบาล					
ประกันสุขภาพ 30บาท / บัตรทอง	228	4.11 (0.60)	บ่อยครั้ง	-0.250	<0.001
ประกันสังคม	80	3.99 (0.50)	บ่อยครั้ง	2.057	0.476
ใช้สิทธิครอบครัวข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	85	4.17 (0.43)	บ่อยครั้ง	-1.236	0.011
ประกันสุขภาพเอกชน	26	3.98 (0.59)	บ่อยครั้ง	1.226	0.565
อื่นๆ ได้แก่ จ่ายเอง	10	3.98 (0.58)	บ่อยครั้ง	0.725	0.496

จากตารางที่ 8 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติโดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปรากฏผลการวิเคราะห์ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

เพศ พบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติมากกว่าเพศชาย และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง ในส่วนของเพศชาย มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติที่น้อยกว่าเพศหญิงแต่ต่างกันไม่มากนัก และเมื่อพิจารณาถึงระดับการปฏิบัติจะอยู่ที่ระดับปฏิบัติ

บ่อยครั้งเหมือนกัน และเมื่อพิจารณาค่า t เท่ากับ -0.502 และค่า Sig เท่ากับ 0.058 ซึ่งมีความมากกว่า 0.05 คือ เพศที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุทุกเพศมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมือนกัน

ภูมิหลังทางประชากรในส่วนท่านอาศัยอยู่กับใครในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวปรากฏค่า Sig P = 0.861 อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา P = 0.177 อาศัยอยู่กับลูกหลาน P = 0.476 และอาศัยอยู่กับคนอื่นๆ P = 0.438 ซึ่งทุกข้อคำตอบมีค่ามากกว่า 0.05 คือ ภูมิหลังทางประชากรในส่วนท่านอาศัยอยู่กับใครในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ภูมิหลังทางประชากรในส่วนสิทธิรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิประกันสังคมปรากฏค่า Sig P = 0.476 ประกันสุขภาพเอกชน P = 0.565 และสิทธิรักษาพยาบาลอื่นๆ ได้แก่ จ่ายเอง P = 0.496 ตามลำดับ ซึ่งมีความมากกว่า 0.05 จึงไม่ปฏิเสธ H_0 แต่ผู้สูงอายุที่ใช้ประกันสุขภาพ 30บาท/บัตรทอง และใช้สิทธิครอบครัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ปรากฏค่า Sig = P = <0.001 และ P = 0.011 ซึ่งมีความน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 คือสิทธิรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ภูมิหลังทางประชากรในส่วนสิทธิรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 9 สรุปการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน

กรุงเทพมหานคร ข้อ 2 - 6 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) และในส่วน ข้อ 1 7 และ 8 ใช้การทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test)

ภูมิหลังทางประชากร	Sig	ความสัมพันธ์
1. เพศ	0.058	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.104	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ระดับการศึกษา	0.132	ไม่มีความสัมพันธ์
4. สถานภาพ	0.017	มีความสัมพันธ์
5. อาชีพ	0.005	มีความสัมพันธ์
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.043	มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 9 สรุปการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ข้อ 2 - 6 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) และใน ส่วน ข้อ 1 7 และ 8 ใช้การทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test) (ต่อ)

ภูมิหลังทางประชากร	Sig	ความสัมพันธ์
7. อาศัยอยู่กับใคร		
คนเดียว	0.861	ไม่มีความสัมพันธ์
สามี/ภรรยา	0.177	ไม่มีความสัมพันธ์
ลูกหลาน	0.476	ไม่มีความสัมพันธ์
คนอื่นๆ	0.438	ไม่มีความสัมพันธ์
8. สิทธิรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพ 30 บาท / บัตรทอง	<0.001	มีความสัมพันธ์
ประกันสังคม	0.476	ไม่มีความสัมพันธ์
ใช้สิทธิครอบครัวข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	0.011	มีความสัมพันธ์
ประกันสุขภาพเอกชน	0.565	ไม่มีความสัมพันธ์
อื่นๆ ได้แก่ จ่ายเอง	0.496	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 9 กล่าวโดยสรุปว่า ภูมิหลังทางประชากร ได้แก่ สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน และสิทธิรักษาพยาบาล (ประกันสุขภาพ 30บาท/บัตรทองและใช้สิทธิครอบครัวข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) พร้อมทั้งได้ ทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ 2) ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ 3) ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ 4) ช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ และใช้การทดสอบค่าสถิติโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ 2) ช่องทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ 3) สื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ ซึ่งข้อมูลทั้ง 3 ข้อเป็นแบบตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เพื่อให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยมีสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน

H_0 : พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครไม่แตกต่างกัน

H_1 : พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน

ตารางที่ 10 ข้อมูลแสดงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA)

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})		ระดับ การปฏิบัติ	F	Sig
		จำนวน	ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)			
สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์					2.439	0.034
บ้าน	259	4.15	(0.57)	บ่อยครั้ง		
ที่ทำงาน	23	4.29	(0.36)	สม่ำเสมอ		
บนยานพาหนะระหว่างเดินทาง	26	3.87	(0.55)	บ่อยครั้ง		
สวนสาธารณะ	19	3.89	(0.48)	บ่อยครั้ง		
ร้านอาหาร	22	4.09	(0.36)	บ่อยครั้ง		
อื่นๆ	26	4.05	(0.57)	บ่อยครั้ง		
ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ครั้ง/สัปดาห์)					6.588	0.002
น้อยกว่า 5 ครั้ง	46	3.86	(0.79)	บ่อยครั้ง		
5-10 ครั้ง	118	4.10	(0.50)	บ่อยครั้ง		
มากกว่า 10 ครั้ง	211	4.18	(0.50)	บ่อยครั้ง		
ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์					1.300	0.274
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	179	4.07	(0.63)	บ่อยครั้ง		
1-2 ชั่วโมง	115	4.17	(0.49)	บ่อยครั้ง		
มากกว่า 2 ชั่วโมง	81	4.13	(0.39)	บ่อยครั้ง		
ช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์					2.389	0.069
ช่วงเช้า (07.00 – 11.00 น.)	106	4.11	(0.52)	บ่อยครั้ง		
ช่วงกลางวัน (11.01 – 15.00 น.)	124	4.21	(0.50)	สม่ำเสมอ		
ช่วงเย็น (15.01 – 19.00 น.)	77	4.06	(0.59)	บ่อยครั้ง		
ช่วงกลางคืน (19.01 น. เป็นต้นไป)	68	4.01	(0.60)	บ่อยครั้ง		

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในตารางที่ 10 ด้วยการทดสอบค่าสถิติโดยการวิเคราะห์ One-Way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปรากฏผลการวิเคราะห์ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ทำงาน มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 2.439 และค่า Sig เท่ากับ .034 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 คือสถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกันสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในที่ทำงานมีระดับปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่าผู้ที่ใช้ในสถานที่อื่นๆ

ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 10 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด รองลงมาคือ 5-10 ครั้ง และน้อยกว่า 5 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 6.588 และค่า Sig เท่ากับ .002 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 คือความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ที่แตกต่างกันสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ยังใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในแต่ละครั้งเป็นเวลา 1-2 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 1.300 และค่า Sig เท่ากับ .274 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 คือระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมือนกัน

ช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วงกลางวัน (11.01 – 15.00 น.) มีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงที่สุด และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ และเมื่อพิจารณาค่า F เท่ากับ 2.389 และค่า Sig เท่ากับ .069 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 คือ ช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมือนกัน

ผู้วิจัยได้ใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์การวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ 2) ช่องทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ 3) สื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ ซึ่งพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทั้ง 3 ข้อเป็นแบบตอบ

ได้มากกว่า 1 ข้อ เพื่อให้ทราบว่าพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครอย่างไร โดยมีผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ข้อมูลแสดงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test)

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ	t	Sig
วัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
เพื่อความบันเทิง	196	4.13 (0.55)	บ่อยครั้ง	-0.502	0.601
ติดตามข้อมูลข่าวสาร	262	4.13 (0.55)	บ่อยครั้ง	-0.798	0.490
เพื่อค้นหาเพื่อนใหม่/สังคมใหม่/หากิจกรรมใหม่ ๆ	108	4.13 (0.56)	บ่อยครั้ง	-0.405	0.792
ติดต่อเพื่อนเก่า	177	4.19 (0.52)	บ่อยครั้ง	-2.419	0.452
ติดต่อครอบครัว	234	4.14 (0.53)	บ่อยครั้ง	-1.014	0.188
ซื้อ/ขายสินค้าและบริการ	107	4.09 (0.55)	บ่อยครั้ง	0.616	0.647
อื่นๆ	11	4.36 (0.38)	สม่ำเสมอ	-1.517	0.402
ช่องทางในการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
แท็บเล็ต/ไอแพด iPad	65	4.10 (0.50)	บ่อยครั้ง	0.306	0.719
โทรศัพท์มือถือ	357	4.12 (0.55)	บ่อยครั้ง	-1.200	0.146
คอมพิวเตอร์ (PC)/แล็ปท็อป	50	4.14 (0.47)	บ่อยครั้ง	-0.396	0.285

ตารางที่ 11 ข้อมูลแสดงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test) (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ การปฏิบัติ	t	Sig
สื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้					
ไลน์ (Line)	336	4.12 (0.54)	บ่อยครั้ง	-0.977	0.491
เฟซบุ๊ก (Facebook)	191	4.22 (0.47)	สม่ำเสมอ	-3.969	0.033
ยูทูป (YouTube)	176	4.10 (0.55)	บ่อยครั้ง	0.359	0.550
ทวิตเตอร์ (Twitter)	7	4.28 (0.39)	สม่ำเสมอ	-0.558	0.405
อินสตาแกรม (Instagram)	23	4.29 (0.37)	สม่ำเสมอ	-1.631	0.047
อื่นๆ	10	3.79 (0.43)	บ่อยครั้ง	1.912	0.478

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ในตารางที่ 11 โดยการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปรากฏผลการวิเคราะห์ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในด้านวัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปรากฏค่า Sig = P = 0.601 P = 0.490 P = 0.792 P = 0.452 P = 0.188 P = 0.647 และ P = 0.402 ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 คือ พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในด้านวัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในด้านช่องทางในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปรากฏค่า Sig = P = 0.719 P = 0.146 และ P = 0.285 ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 คือ พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในด้านช่องทางในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในด้านสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ พบว่า สื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ทางเฟซบุ๊ก (Facebook) และอินสตาแกรม (Instagram) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งปรากฏค่า Sig = P = 0.033

และ $P = 0.047$ ตามลำดับ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 คือพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่ในส่วนสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ ไลน์ (Line) ปรากฏค่า $Sig = P = 0.491$ ยูทูป (YouTube) $P = 0.550$ ทวิตเตอร์ (Twitter) $P = 0.405$ และสื่ออื่นๆ $P = 0.478$ ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 คือ สื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 12 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ข้อ 3- 6 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) และ ข้อ 1-2 และ 7 ใช้การการวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test)

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	Sig	ความสัมพันธ์
1. วัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์	0.601 0.490 0.792 0.452 0.188 0.647 และ 0.402 ตามลำดับ	ไม่มีความสัมพันธ์
2. ช่องทางในการใช้สื่อสังคมออนไลน์	0.719 0.146 และ 0.285 ตามลำดับ	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์	.034	มีความสัมพันธ์
4. ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์	.002	มีความสัมพันธ์
5. ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์	.274	ไม่มีความสัมพันธ์
6. ช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์	.069	ไม่มีความสัมพันธ์
7. สื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้		
ไลน์ (Line)	0.491	ไม่มีความสัมพันธ์
เฟซบุ๊ก Facebook	0.033	มีความสัมพันธ์
ยูทูป (YouTube)	0.550	ไม่มีความสัมพันธ์
ทวิตเตอร์ (Twitter)	0.405	ไม่มีความสัมพันธ์
อินสตาแกรม (Instagram)	0.047	มีความสัมพันธ์
อื่นๆ	0.478	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 12 กล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และสื่อสังคมที่นิยมใช้ (เฟซบุ๊ก Facebook และ อินสตาแกรม (Instagram)) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 6

บทสรุปและการอภิปรายผล

6.1 สรุปสาระสำคัญของการออกแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร 2) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ได้จำนวนทั้งสิ้น 400 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทั้งจากผู้สูงอายุที่ใช้และไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทุกมิติและนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคำถามคัดกรอง เพื่อคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์กับไม่ใช่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภูมิหลังทางประชากร โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check-List) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านอายุ เพศ รายได้ การศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว อาศัยอยู่กับใคร และสิทธิในการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Check-List) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย โภชนาการ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถามโดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายเปิด (Open-ended question)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยแบ่งเป็น 1) จากกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ โลกออนไลน์ เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก จำนวน 200 คน โดยผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบ Google Forms ซึ่งได้รับการวางลิงก์ไว้ในกลุ่มไลน์ Dr. ASA (หมออาสาสมัคร) และแชร์ในกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์อื่นๆ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ 2) กลุ่มที่ผู้วิจัยเก็บด้วยตนเองกับทางโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน โดยลงพื้นที่เก็บตัวอย่างด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ยานนาวา โรงเรียนผู้สูงอายุ สายไหม และศูนย์บริการผู้สูงอายุ ดินแดง สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Sciences : SPSS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ข้อมูลที่มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบใช้วิธีแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่าใช้การหาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard Deviation) โดยใช้โปรแกรมประมวลผลหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ตัวแปรคู่ ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ Independent-Samples T-test เพื่อทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย และใช้สถิติในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลภูมิหลังทางประชากรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

6.2 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 93.8 ไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 6.2

ส่วนที่ 2 ภูมิหลังทางประชากร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนภูมิหลังทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง ร้อยละ 74.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 65 ปี ร้อยละ 32.8 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 63.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับหรือน้อยกว่า 3000 บาท ร้อยละ 30.3 พักอาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 54.5 และใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพ 30 บาท/บัตรทองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.0

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 65.5 รองลงมาคือ เพื่อติดต่อครอบครัว ร้อยละ 58.5 และเพื่อความบันเทิง ร้อยละ 49.0 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือมากที่สุด ร้อยละ 89.3 รองลงมา คือ แท็บเล็ต/ไอแพด(iPad) ร้อยละ 16.3 และคอมพิวเตอร์ (PC)/แล็ปท็อปน้อยที่สุด ร้อยละ 12.5

3. ผลการวิเคราะห์สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ที่บ้าน ร้อยละ 69.1

4. ผลการวิเคราะห์ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 10 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือ 5-10 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 31.5 และ น้อยกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 12.2

5. ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในแต่ละครั้ง พบว่าส่วนใหญ่ใช้น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ 1-2 ชั่วโมง ร้อยละ 30.7 และมากกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 21.6

6. ผลการวิเคราะห์ช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำมากที่สุด คือช่วงกลางวัน (11.01-15.00 น.) ร้อยละ 33.1

7. ผลการวิเคราะห์สื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้มากที่สุด คือ อันดับที่ 1 ไลน์ (Line) ร้อยละ 45.2 อันดับที่ 2 เฟซบุ๊ก (Facebook) ร้อยละ 25.7 และอันดับที่ 3 ยูทูบ (YouTube) ร้อยละ 23.7 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่หลากหลายของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

1. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมในการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองในภาพรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ย 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.731 และมีระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง โดยในด้านท่านสนใจสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่ 4.32 ส่วนในด้านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 3.97

2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ย 4.24 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.790 และระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่กลุ่มตัวอย่างทำได้ดีที่สุด หากพิจารณาผลการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ มีค่าเฉลี่ย 4.34 และระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ ซึ่ง

มากกว่า การเคลื่อนไหวของร่างกายในด้านการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ที่มีค่าเฉลี่ย 4.14 และระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง

3. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมด้านโภชนาการ หากวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ย 4.12 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.719 และระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง หากพิจารณาผลการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการดื่มน้ำสะอาดเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วมีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.24 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.926 และระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ ส่วนในด้านการจำกัดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 3.89 ในระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง

4. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ย 4.06 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.822 และระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง หากพิจารณาผลการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า การแสดงออกถึงความรักและชื่นชมความสำเร็จของผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.31 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.844 และระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ แต่ในด้านร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดที่ 3.92 ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง

5. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการความเครียด ในภาพรวม พบว่า เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดที่ 3.93 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.731 และระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง หากพิจารณาผลการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้สติเมื่อเผชิญกับปัญหาในการจัดการความเครียดสูงสุดโดยมีค่าเฉลี่ย 4.15 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.954 ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ซึ่งมากกว่าการนั่งสมาธิและสวดมนต์ไหว้พระที่มีค่าเฉลี่ยที่ 3.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.088 และระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6.3 อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติค่าที (Independent Sample T-Test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลภูมิหลังทางประชากรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งได้ทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยสามารถสรุปผลการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ภูมิหลังทางประชากรที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ภูมิหลังทางประชากร ได้แก่ สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสิทธิรักษาพยาบาล (ประกันสุขภาพ 30บาท/บัตรทองและใช้สิทธิครอบครัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของปุนญรัศม์ จิตบุญเรืองโรจน์ (2560) ได้กล่าวว่า ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Status) หมายถึง อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ ตลอดจนภูมิหลังของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลโดยมีรายงานหลายเรื่อง ที่ได้พิสูจน์แล้วว่า ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจนั้นมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของคน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วริษฐา จินโต (2562) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ สถานที่ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ (เฟซบุ๊ก Facebook และ อินสตาแกรม (Instagram)) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุดคือที่บ้าน และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับลูกหลาน อีกทั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามข้อมูลข่าวสารมากที่สุดถึง ร้อยละ 65.5 จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างการรับรู้การยอมรับหรือการตัดสินใจที่จะใช้เทคโนโลยีและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพที่ดีได้จากการที่ลูกหลานเป็นบุคคลดูแลใกล้ชิดที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Touhy & Jett, 2014) ที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำ และการรับรู้แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล จะผลักดันให้มีบุคลิกแตกต่างกันไป ในส่วนของสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ (เฟซบุ๊ก Facebook และ อินสตาแกรม (Instagram)) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อาจกล่าวได้ว่า สื่อสังคมออนไลน์ที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้มีความง่ายต่อการใช้งานและมีการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้งานระบบเทคโนโลยีดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mugo et al. (2017) กล่าวว่า แนวคิดตามทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีเชื่อว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและความสนใจในการยอมรับการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศประกอบตัวแปรสำคัญ 2 ประการ ดังนี้ 1) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of

Use) 2) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived Usefulness) ซึ่งจากการศึกษาทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า ในบริบทของการศึกษานี้ การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งานสามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ของการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์เพื่อศึกษาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้

6.4 ข้อจำกัด

ด้วยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามในการสำรวจพฤติกรรมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีข้อจำกัดในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเองเนื่องจาก การถูกจำกัดด้วยระยะเวลาและต้องเร่งรีบในการดำเนินการเพื่อให้ทันต่อกรอบระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดข้อจำกัดในเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ หากมีระยะเวลาที่มากกว่านี้ ผู้วิจัยจะสามารถลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครอบคลุมทุกมิติ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มากขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่หลากหลายช่วงอายุ จึงอาจเกิดข้อจำกัดด้านความเข้าใจถึงระดับพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม

6.5 ข้อเสนอแนะ

6.5.1 เชนโยบาย

1) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม และสิทธิครอบครัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีประกัน เอกชนกับอื่นๆ (จ่ายเอง) มีสัดส่วนรวมกันไม่ถึงร้อยละ 10 ซึ่งตัวเลขตรงนี้ แสดงให้เห็นว่า ภาครัฐยังคงแบกรับภาระการจัดสรรสวัสดิการด้านสาธารณสุข ดังนั้น ภาครัฐควรจะต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการเตรียมการด้านสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมแผนและแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์การใช้สื่อ ดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์เพื่อสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเหล่านี้ ไปฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นั้น จะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาล และเป็น การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับความเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพที่เหมาะสมต่อไป

2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อวัตถุประสงค์ติดตามข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือติดต่อครอบครัว และเพื่อความบันเทิง ตามลำดับ ดังนั้นภาครัฐและหน่วยงานด้าน สาธารณสุขของไทย สามารถประยุกต์ใช้สื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ให้เป็นอีกหนึ่งช่องทางในการ ดำเนินการประชาสัมพันธ์ หรือการเพิ่มกิจกรรมทางด้านการดูแลสุขภาพตนเองในรูปแบบใหม่ๆ ที่ น่าสนใจและแบ่งปันข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องด้านการดูแลสุขภาพของตนเองให้กับประชาชนได้ โดย

การใช้สื่อดังกล่าว จะช่วยทำให้ข้อมูลข่าวสารแพร่กระจายได้เป็นวงกว้างภายในระยะเวลาอันสั้น ช่วยให้ประชาชนสามารถได้รับข้อมูลจากหน่วยงานรัฐได้อย่างรวดเร็ว

3) ช่วงอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60-65 ปี รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุ 71-75 ปี และ 66 – 70 ปี ซึ่งความถี่ต่างกันไม่มากนัก ตามลำดับ ซึ่งเป็นในทิศทางเดียวกันกับการคาดการณ์กันว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสุดยอด (Hyper Aged Society) โดยจะมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีมากถึงร้อยละ 20 และมีประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีมากถึงร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2584 (Urban Creature, 2566) ดังนั้น ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขในการรองรับสังคมสูงอายุในด้านการจัดให้มีหมออนามัยเพื่อคัดกรองผู้ป่วยทางกลุ่มไลน์เบื้องต้นได้ เนื่องจากผลการวิเคราะห์พบว่า ไลน์ เป็นช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้มากที่สุด เพื่อลดระยะเวลาในการเดินทาง และลดขั้นตอนลดค่าใช้จ่ายในการพบแพทย์ได้ โดยการใช้สื่อสังคมออนไลน์คัดกรองอาการผู้ป่วยเบื้องต้นว่าควรพบแพทย์หรือสามารถดูแลตัวเองเบื้องต้นได้ เนื่องจากการให้ความรู้จากแพทย์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ 1 คำตอบกับหลายคนอ่าน สามารถเป็นช่องทางในการกระจายความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

6.5.2 เซึ่งพฤติกรรม

1) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 5 ด้าน ในภาพรวม พบว่า ด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด ดังนั้น ตัวเลขนี้แสดงให้เห็นว่า ภาครัฐจำเป็นต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการให้ข้อมูลข่าวสารด้านพฤติกรรมการดูแลจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ

2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่หลากหลายช่องทาง ทั้ง ไลน์ เฟซบุ๊ก และยูทูป ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2564) พบว่า ในปัจจุบัน มีผู้สูงอายุที่มีโทรศัพท์มือถือรวม 8.7 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ มีผู้ใช้โทรศัพท์ Smart Phone สูงถึง 5.89 ล้านคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆมากขึ้น อีกทั้งจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่บ้าน ดังนั้น ลูกหลาน ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ควรช่วยกันส่งเสริมแรงบวกให้ผู้สูงอายุเข้าใจและรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง

6.5.3 เจริญวิชาการ

- 1) เนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์ เป็นเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะอย่างน้อยทุก 3 ปี/ครั้ง เพื่อให้ทราบข้อมูลที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี
- 2) ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่มีโทรศัพท์มือถือแต่ไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์



บรรณานุกรม

- Burke, B. M. (2013). Experiential Professional Development. A Model for Meaningful and Long-Lasting Change in Classrooms. *Journal of Experiential Education*, 36, 247-263.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P. & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35(8), 982-1003.
- DeLone, W. H. M., E. R. (2003). The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update. *Journal of Management Information Systems*, 19(4), 9-30.
- Findik-Coskuncay, D., Alkiş, N. & Ozkan-Yildirim, S. (2018). A Structural Model for Students' Adoption of Learning Management Systems: An Empirical Investigation in the Higher Education Context. *Journal of Educational Technology & Society*, 21(2), 13-27.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intentions and behaviour: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Gu, J. C., Lee, S. C., & Suh, Y. H. (2009). Determinants of behavioral intention to mobile banking. *Expert Systems with Applications*, 36(9), 11605-11616.
- Hall, D. A. (1976). *The Aging of Connective Tissue*. Academics.
- Hanafizadeh, P., Behboudi, M., Koshksaray, A. A., & Tabar, M. J. S. (2014). Mobile-banking adoption by Iranian bank clients. *Telematics and Informatics*, 31(1), 62-78.
- InsightEra. (2566). สรุปข้อมูลที่ควรรู้ DIGITAL 2023 THAILAND จาก We Are Social และ Meltwater. <https://www.insightera.co.th/digital-2023-thailand/>
- Ismail, H. A. (2016). Intention to Use Smartphone Through Perceived Compatibility, Perceived Usefulness, and Perceived Ease of Use. *Jurnal Dinamika Manajemen*, 7(1), 1-10.
- Larry, C. B., & Edward, K., (1993). *Health psychology*. Rinehart and Winston.
- Lee, Y. H., Hsieh, Y. C., & Ma, C. Y. (2011). A model of organizational employees' e-learning systems acceptance. *Knowledge-based systems*, 24(3), 355-366.

- Liu, Y., Li, H., & Carlsson, C. (2010). Factors driving the adoption of m-learning: An empirical study. *Computers & Education*, 55(3), 1211-1219.
- Mcleod & O'Keefe. (1972). *Socialization Perspective; Current Perspectives in Mass Communication Research*. Sage Publication.
- Mugo, D. J., Njagi, K., Chemwei, B., & Motanya, J. (2017). The Technology Acceptance Model (TAM) and its Application to the Utilization of Mobile Learning Technologies. *British Journal of Mathematics & Computer Science*, 20(4), 1-8.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice* (4th ed ed.). Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Appleton and Lange Connecticut.
- Sanchez, R. A., & Hueros, A. D. (2010). Motivational factors that influence the acceptance of moodle using TAM. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1632-1640.
- Schiffman, L. G., & Wisenblit, J. L. (2015). *Customer behavior* (11th ed.). Prentice Hall.
- Schramm, W. (1973). *Channels and Audiences in Handbook of Communication*. Rand Mcnelly Colledge.
- Touhy, T. A., Jett, K.F. (2014). *Ebersole P. Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (4th ed.). MO: Elsevier.
- Urban Creature. (2566). เมื่อคนเกิดน้อยกว่าคนแก่ ปี 2030 ไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด. <https://urbancreature.co/aged-society/>
- Walker, S. N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987). The Health-promoting Lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-80.
- Wilson, S. (2015). Digital technologies, children and young people's relationships and self-care. *Children s Geographies*, 14(3), 1-13.
- World Health Organization. (1995). Population Ageing and Development. *Asian Population Studies Series*, 1(1), 20-22.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rd ed.). Harper and Row Publications.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). ข้อมูลทางการแพทย์และการสาธารณสุข. https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=3&sub=9
- กรมอนามัย. (2565). คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย.

<https://eh.anamai.moph.go.th/th/kpi2->

5/download?id=62803&mid=33366&mkey=m_document&lang=th&did=18543

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580).

https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, ศิริธร ยิ่งเรือง, จันทิมา เขียวแก้ว, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, เนติยา แจ่มทิม, และวรรณากพรหมศวร. (2560). พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และสื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 11, 12-22.

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). หลักสูตรผู้สูงวัยดิจิทัล ของขวัญรับปีใหม่ 2565.

<https://www.thaihealth.or.th/>หลักสูตรผู้สูงวัยดิจิทัล/

กันทลัส ทองบุญมา. (2559). ศึกษาเรื่อง การเปิดรับข่าวสาร และการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์คลองบางขุนเทียนของประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, 2(1).

กิตติศักดิ์ นามวิชา. (2557). เอกสารประกอบการสอน รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพ.

กียรติยา มอร์แกน. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภคที่ใช้บริการร้านกาแฟสดของผู้บริโภคในจังหวัดภูเก็ต มหาวิทยาลัยนานาชาติแอสแตมฟอร์ด]. กรุงเทพฯ.

กุลยา ต้นติผลาชีวะ. (2556). ดุษฎีนิพนธ์. ดุษฎีนิพนธ์. สำนักพิมพ์บีบี.

ฉัตรสุมน พงษ์นิญญ. (2558). การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การจัดการสุขภาพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(2), 149-163.

จิตาพร รุ่งสถาพร. (2562). พฤติกรรมผู้บริโภคต่อการซื้อสินค้าบนช่องทางออนไลน์ในภาวะวิกฤตโควิด-19 ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และพิษณุโลก มหาวิทยาลัยกรุงเทพ]. กรุงเทพฯ.

ณัฐพล ไยไฟโรจน์. (2557). *Digital marketing : concept & case study*. ไอทีซี.

ณิชากร เสนาวงษ์. (2564). การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของคนเจนเนอเรชั่นแซต ในยุค *New Normal* ในกรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยสยาม]. กรุงเทพฯ.

ตรัยรัตน์ ปลื้มปิติชัยกุล, และกิติมา สุรสุนธิ. (2565). กลยุทธ์ด้านการสื่อสารในการส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้ด้านจริยธรรมสื่อมวลชนในยุคดิจิทัล. วารสารนิเทศศาสตร์ สอนสุนันทา, 1(1), 39-54.

ทิพย์วารี พาณิชย์กุล. (2562). แนวทางพัฒนาสถานสงเคราะห์คนชราในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. ปทุมธานี.

ธนวิษณุ แสนสองแคว. (2559). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. ลำปาง.

- ธนัพร ปานแย้ม. (2563). พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารทางการเมือง และการมีส่วนร่วมทางการเมืองของ Generation Z ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. ปทุมธานี.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. ส. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปถมพร พันธุ์บอล. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการ ตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. กรุงเทพฯ.
- บุญรัตน์ จิตบุญเรืองโรจน์. (2560). พฤติกรรมผู้บริโภคและปัจจัยทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารคอลลีคอลลาเจนของผู้บริโภคเพศหญิง ในเขตกรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยนานาชาติแอสแตมฟอร์ด]. กรุงเทพฯ.
- พงศธร ศิลาเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. ลำปาง.
- พิชิต วิจิตรบุญรักษ์. (2554). สื่อสังคมออนไลน์: สื่อแห่งอนาคต. วารสารนักบริหาร, 31(4), 99-103.
- เพ็ญศรี ผาสุก. (2563). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบล หนองแค อำเภอราศีเสล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16(1), 44-55.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2560. <https://thaitgri.org/?p=38607>
- ยุภา โภผา. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ]. สมุทรปราการ.
- ระวี แก้วสุกใส, และชัยรัตน์ จุสปาโล. (2556). เครือข่ายสังคมออนไลน์ : กรณี เฟสบุ๊ก (Facebook) กับการพัฒนาผู้เรียน. *Princess of Naradhiwas University Journal*, ฉบับพิเศษประจำปี 2556, 195-205.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). สื่อสังคม-เครือข่ายสังคม. <http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=4357>
- วรรษญา ทิพย์มาลัย. (2562). พฤติกรรมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ มหาวิทยาลัยศิลปากร]. นครปฐม.
- วริษฐา จินโต. (2562). การสื่อสารยุคดิจิทัลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงานการทำเรือแห่งประเทศไทย เขต คลองเตย จังหวัดกรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ.
- วสุรัตน์ จำปาเงิน. (2559). แนวทางการพัฒนาสวนสาธารณะที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2560). บริการท้องถิ่นเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ. ว. สถาบันพระปกเกล้า.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศิริ, และ ธนิกานต์ ศักดาพร. (2560). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการถอดบทเรียนตัวอย่างที่ดีของโรงเรียนและชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมถ่ายทอด ความรู้โครงการสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัย. ส. (สสส.).

- ศิริพงษ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างสังคมเมือง สังคมเสี่ยงภัย กับสังคมผู้สูงอายุ. วารสาร สังคมศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 44(1), 177-198.
- ศิริลักษณ์ รื่นวงศ์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลหัวจุ่ม อำเภอพานจังหวัดเชียงราย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง]. เชียงราย.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, อ้างใน ภัทรดนัย พิริยะธนภัทร. (2558). การศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ด้านพฤติกรรมผู้บริโภคและปัจจัยด้านเว็บไซต์พระเครื่องพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเช่าหรือประมูลพระเครื่องออนไลน์ (ECOMMERCE) มหาวิทยาลัยกรุงเทพ]. กรุงเทพฯ.
- ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจือวงศ์. (2560). การวิเคราะห์ผู้รับสารในยุคดิจิทัล. *Humanities & Social Sciences*, 34(1), 168-187.
- สกุณา บุญนารากร. (2541). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในสังกัดกองการศึกษา เทศบาลเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]. สงขลา.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2566). จำนวนประชากร รายอายุ.
https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAge.php
- สิทธิชัย คูเจริญสิน. (2558). การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขต อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มหาวิทยาลัยบูรพา]. ชลบุรี.
- สุภวัฒน์ สงวนงาม. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกรับชมรายการข่าวของสถานีโทรทัศน์ของผู้ชมในเขตกรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยเนชั่น]. ลำปาง.
- สุวิช ธีระโคตร, และ, วีรพงษ์ พลนิกรกิจ,. (2561). พฤติกรรมการใช้และการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตและทัศนคติการใช้เนื้อหาด้านสุขภาวะบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1), 72-80.
- อัจฉรา เต็มเจริญโสภณ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานของสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยบูรพา]. ชลบุรี.
- อาริยา ศรีแจ่ม. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยรังสิต]. ปทุมธานี.
- อุบลรัตน์ ศิริยุวศักดิ์. (2550). สื่อสารมวลชนเบื้องต้น : สื่อมวลชน วัฒนธรรม และสังคม. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

