

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาวิถีชีวิต การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี และ (2) วิเคราะห์เส้นทางปัจจัยระหว่างวิถีชีวิต การสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ สตรีผู้สูงอายุจันทบุรี จำนวน 394 คน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ วิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี การสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ และตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามจำนวน 5 ตอน ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี มาตรฐานวิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี มาตรฐานการสื่อสารสุขภาพ มาตรฐานการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ และมาตรฐานคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติพรรณนาเพื่ออธิบายตัวแปร และศึกษาเส้นทางปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี โดยใช้โปรแกรมสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ (SPSS for Windows) และวิเคราะห์อิทธิพลเส้นทางของปัจจัยด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงโครงสร้าง (AMOS) สามารถสรุปผลการวิจัย ดังนี้

#### 1. สรุปผล

จากการศึกษาเรื่องการสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี สามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

##### 1.1 สรุปผลการศึกษาวิถีชีวิต การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การสรุปผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

###### 1.1.1 ลักษณะทั่วไปของสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี พบว่า

(1) อายุของสตรีผู้สูงอายุจันทบุรีส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 28.4 รองลงมาอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 25.9 อายุระหว่าง 70-74 ปี ร้อยละ 24.4 และอายุระหว่าง 75-79 ปี ร้อยละ 21.3

(2) อำเภอที่สตรีผู้สูงอายุจันทบุรีอาศัยอยู่ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่อำเภอท่าใหม่ร้อยละ 17.3 รองลงมาอาศัยอยู่เมืองจันทบุรี ร้อยละ 15.7 อำเภอแก่งหางแมว ร้อยละ 10.9 อำเภอมะขาม อำเภอ

สอยดาว อำเภอนายายอามสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 10.7 อำเภอขลุง ร้อยละ 9.4 อำเภอแหลมสิงห์ ร้อยละ 5.8 อำเภอโป่งน้ำร้อน ร้อยละ 5.6 และอำเภอเขาคิชฌกูฏ ร้อยละ 3.3

(3) การประกอบอาชีพของสตรีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพร้อยละ 82.0 แบ่งออกเป็น ผู้ประกอบการ หรือเจ้าของสวนมากที่สุดร้อยละ 44.2 อาชีพแม่บ้าน หรือรับจ้าง ร้อยละ 22.6 อาชีพอิสระ ร้อยละ 15.2 ที่เหลือร้อยละ 18.0 ไม่ประกอบอาชีพ

(4) รายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 34.0 รองลงมารายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.0 รายได้ต่อเดือน 600 บาทขึ้นไป ร้อยละ 18.8 และรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 14.2

หากพิจารณาถึง (5) ความเพียงพอของรายได้ พบว่า รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 61.2 และรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 38.8

ทางด้าน (6) การศึกษา พบว่า สตรีผู้สูงอายุจันทบุรีส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.7 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.6 และระดับอุดมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 10.2 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 17.5

และ (7) ด้านบทบาทในครอบครัว พบว่า สตรีผู้สูงอายุจันทบุรีส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะที่มีบุตรอุปการะเลี้ยงดู ร้อยละ 55.3 และสามารถเลี้ยงตนเอง หรือเป็นที่พึ่งครอบครัว ร้อยละ 44.7

### 1.1.2 วิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี

วิถีชีวิตแต่ละด้านของสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี พบว่า ภาพรวมสตรีผู้สูงอายุจันทบุรีให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตจากทุกด้านในระดับมาก (Mean = 3.87, S.D. = .283) หากเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวิถีชีวิตแต่ละด้านพบว่า วิถีชีวิตส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับด้านกีฬา และนันทนาการมากที่สุด (Mean = 4.09, S.D. = .256) รองลงมาให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตด้านการศึกษา และการขัดเกลาทางสังคม (Mean = 4.07, S.D. = .177) ด้านเศรษฐกิจ (Mean = 3.86, S.D. = .507) ด้านครอบครัว (Mean = 3.84, S.D. = .528) ด้านศิลปะ (Mean = 3.79, S.D. = .533) ด้านความเชื่อ และศาสนา (Mean = 3.77, S.D. = .353) และด้านการสื่อสาร (Mean = 3.75, S.D. = .449) ตามลำดับ

### 1.1.3 การสื่อสารสุขภาพสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี

การสื่อสารสุขภาพของสตรีผู้สูงอายุจันทบุรีจากองค์ประกอบการสื่อสาร ได้แก่ ผู้ส่งสารสุขภาพ เนื้อหาสาระสุขภาพ ช่องทางการสื่อสารสุขภาพ และผู้รับสารสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.78, S.D. = .214) ซึ่งหากพิจารณาค่าเฉลี่ยแต่ละองค์ประกอบการสื่อสาร พบว่า เนื้อหาสาระสุขภาพมีความสำคัญมากที่สุด (Mean = 3.95, S.D. = .202) รองลงมาคือ ด้านผู้ส่งสารสุขภาพ (Mean = 3.85, S.D. = .253) ด้านผู้รับสารสุขภาพ (Mean = 3.77, S.D. = .367) และด้านช่องทางการสื่อสารสุขภาพ (Mean = 3.56, S.D. = .186) ตามลำดับ

#### 1.1.4 การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี

การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพของสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี พบว่า ภาพรวมรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในระดับมาก (Mean = 4.04, S.D.= .230) หากพิจารณาแต่ละด้านเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ พบว่า สตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรีนิยมรู้เท่าทันสื่อลักษณะการใช้ผู้แสดงแบบโฆษณาด้านสุขภาพสร้างความน่าเชื่อถือได้มากที่สุด (Mean = 4.59, S.D.= .530) รองลงมา เลือกเปิดรับสื่อสุขภาพตามสื่อที่มีความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการ (Mean = 4.45, S.D.= .570) หากมีโอกาสมักจะเสนอแนะข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นเสมอ โดยมีความสามารถวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับผ่านสื่อมวลชนได้ว่าอะไรควรเชื่อถือ (Mean = 4.29, S.D.= .770, .645) ยังมีความคิดเห็นว่าการรู้เท่าทันสื่อจำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นกับผู้บริโภคทุกเพศ ทุกวัย (Mean = 4.25, S.D.= .558) การนำเสนอสรรพคุณของตัวยา อาหารเสริมเพื่อสุขภาพสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภค โดยมีความเชื่อถือและปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพ (Mean = 4.18, S.D.= .676) ในขณะที่การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ ที่นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างหลากหลายมีคะแนนต่ำที่สุดหากเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยจากข้ออื่น ๆ (Mean = 3.80, S.D.= .761)

#### 1.1.5 คุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี

คุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี ซึ่งการให้ค่าคะแนนในการนำเสนอผลการวิจัยส่วนนี้ยิ่งค่าเฉลี่ยต่ำยิ่งแสดงว่าคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรีไม่มีปัญหาของคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ โดยคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี พบว่า ภาพรวมสตรีผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเนื่องจากไม่พบว่ามีปัญหาในการพัฒนาคุณภาพชีวิต (Mean = 1.64, S.D.= .299) หากพิจารณาคุณภาพชีวิต 6 คุณลักษณะพบว่า (1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่มีปัญหาเลย (Mean = 1.60, S.D.= .314) ไม่ว่าจะเป็นการนอน ความต้องการอาหาร น้ำหนักตัว ความผิดปกติตามส่วนต่าง ๆ ตามร่างกาย และพลังกำลัง (2) คุณภาพชีวิตด้านความนึกคิดไม่มีปัญหาเลย (Mean = 1.62, S.D.= .401) เช่น สมาธิ ความจำ การตัดสินใจ (3) ไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Mean = 1.61, S.D.= .327) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเหงา และว่าเหว ความเบื่อหน่ายท้อแท้ ความรู้สึกกระวนกระวาย และอารมณ์เศร้า (4) คุณภาพชีวิตด้านการปรับตัวทางสังคมก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือผิดปกติ (Mean = 1.63, S.D.= .387) ได้แก่ การทำงาน ความสนใจสิ่งรอบตัว กิจกรรมทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม (5) คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจก็ไม่มีปัญหาเลย (Mean = 1.66, S.D.= .476) ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับฐานะทางการเงิน และฐานะทางการเงิน และ (6) คุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองมีเป็นบางครั้ง (Mean = 1.70, S.D.= .301) ทั้งนี้ในแต่ละรายละเอียดพบว่า ความมั่นใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ไม่เปลี่ยนแปลง (Mean = 1.54, S.D.= .498) ความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองไม่เปลี่ยนแปลง (Mean = 1.51, S.D.= .500) ความรู้สึกพอใจกับสิ่งที่เป็นอยู่มีเป็นบางครั้ง (Mean =

1.77, S.D.= .840) ยินดีกับความสำเร็จของงานเป็นบางครั้ง (Mean = 1.95, S.D.= .809) และ ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีเป็นบางครั้ง (Mean = 1.70, S.D.= .801)

## 1.2 สรุปผลการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี

จากการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย พบว่า ทุกเส้นทางมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ตัวแปรวิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรในโมเดลเส้นทางปัจจัยอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรีได้ร้อยละ 74

โมเดลตัวแบบเชิงประจักษ์กับตัวแบบทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกัน ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Model Fit) สรุปได้ดังนี้

- 1) ค่า Chi-Square Probability Level: CMIN-p เท่ากับ 0.218
- 2) Relative Chi-Square: CMIN/df เท่ากับ .109
- 3) Goodness of Fit Index: GFI เท่ากับ .923
- 4) Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA เท่ากับ .065

การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี เพื่อพิจารณาผลรวมอิทธิพล พบว่า (1) วิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี การสื่อสารสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี และ (2) การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี (ผลรวมอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ -1.008, .471, .224) และไม่มีอิทธิพลทางอ้อม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .554\*\*\* และมีค่า Square Multiple Correlations:  $R^2$  เท่ากับ .307

## 2. อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย มีประเด็นที่นำมาอภิปราย 5 ประเด็น คือ ประเด็นด้านวิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี ดังนี้

### 2.1 ประเด็นด้านวิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี

จากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติมีการนิยามผู้สูงอายุว่าคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งคนเหล่านี้อยู่ในวัยปลดเกษียณ เป็นผู้ไม่มีรายได้ หรือรายได้ลดลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ดังนั้นนอกจากปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ค่านิยมทางสังคมที่มองผู้สูงวัยว่าเป็นผู้พึ่งพิง และสถานภาพทางสังคม ก็มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้ด้วย สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในชีวิตของสังคมปัจจุบันและอนาคตก็คือ เทคโนโลยี การสื่อสารคมนาคม เครือข่ายสื่อสารไร้สาย การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ของผู้สูงวัยมีส่วนทำให้ชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและปรับปรุงคุณภาพชีวิตประจำวัน

เช่นการอำนวยความสะดวกในการขนส่ง การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมในชีวิตทางสังคม นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงผู้สูงวัยกับบริการที่ตรงกับความต้องการของพวกเขาด้วย ประชากรทุกกลุ่ม ทุกวัย ทุกคนล้วนอยู่ภายใต้บริบทเทคโนโลยีที่มีบทบาทต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสาร ประชากรทุกวัย รวมทั้งผู้สูงวัยก็จำเป็นต้องเรียนรู้การใช้สื่อใหม่ ๆ เพื่อใช้ประโยชน์ และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง เทคโนโลยีจะช่วยให้การเรียนรู้ไม่มีวันหยุดนิ่ง สามารถทำได้อย่างอิสระและกว้างขวาง ไม่ถูกจำกัดด้วยพื้นที่ ระยะเวลา และเป็นพลังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม การที่ผู้สูงวัยได้มีโอกาสเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีจะเป็นเครื่องมือตั้งศักยภาพภูมิปัญญาและประสบการณ์ของตนออกมาใช้พัฒนาตนเองและสังคมได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

จากผลการศึกษาประเด็นวิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี พบว่า วิถีชีวิตแต่ละด้านของสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี ภาพรวมสตรีผู้สูงอายุจันทบุรีให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตจากทุกด้าน ซึ่งวิถีชีวิตแต่ละด้านพบว่า วิถีชีวิตส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับด้านกีฬา และนันทนาการมากที่สุด (Mean = 4.09, S.D. = .256) รองลงมาให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตด้านการศึกษา และการชดเชยทางสังคม (Mean = 4.07, S.D. = .177) ด้านเศรษฐกิจ (Mean = 3.86, S.D. = .507) ด้านครอบครัว (Mean = 3.84, S.D. = .528) ด้านศิลปะ (Mean = 3.79, S.D. = .533) ด้านความเชื่อ และศาสนา (Mean = 3.77, S.D. = .353) และด้านการสื่อสาร (Mean = 3.75, S.D. = .449) ตามลำดับ โดยวิถีชีวิตดังกล่าวเป็นไปตาม นิยามวัฒนธรรมในความหมายของมานุษยวิทยานั้น งามพิศ สัตย์สงวน (2558) เสนอว่าวิถีชีวิตที่อ้างอิงมาจากมโนภาพทางวัฒนธรรมเกิดจากปัญหา 9 ประการ ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศ และการควบคุมเพศสัมพันธ์ ปัญหาปากท้อง ปัญหาความขัดแย้งและการควบคุมทางสังคม ปัญหาเรื่องการอบรมสั่งสอนสมาชิกใหม่ของสังคม ปัญหาเรื่องลึกลับ อำนาจเหนือธรรมชาติ ปัญหาเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาเรื่องการสื่อสาร ปัญหาเรื่องความคิดสร้างสรรค์และการแสดงออก และปัญหาเรื่องการพักผ่อนหย่อนใจ ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ได้ก่อให้เกิดระบบต่าง ๆ ในทางวัฒนธรรม ทั้งนี้การที่สตรีผู้สูงอายุจันทบุรีมุ่งเน้นวิถีชีวิตด้านกีฬา และนันทนาการมากกว่าด้านอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ วิถีชีวิตด้านกีฬา และนันทนาการจึงส่งผลต่อการดำรงชีวิต เช่นเดียวกับข้อค้นพบว่า วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ค้นพบได้ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) มีความรัก ความผูกพันกับครอบครัว 4) เสียสละเพื่อส่วนรวม และ 5) ทำจิตใจให้สงบ ใช้ธรรมะเป็นที่พึ่ง ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ พานักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ได้ทำกิจกรรมที่เป็นการเสียสละแก่ส่วนรวม และทำจิตใจให้สงบ สวดมนต์อย่างสม่ำเสมอ (อัญญา พลตเปลื้อง อัญชลี ศรีจันทร์ และสัญญา แก้วประพาฬ, 2560) นอกจากนี้สุธรรม นันทมงคลชัย พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานได้ตามปกติส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการดูแล

ส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และสุธีรา ยุ่นตระกูล (2554) ศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และรัชนีชีวาต์ ต้นติกุลวรา บดินทร์ ปันบำรุงกิจ และสมพงษ์ เสงี่ยมณีย์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเมืองจันทบุรี พบว่า องค์ประกอบของปัจจัยวิถีชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองจันทบุรีมี 6 ลักษณะ คือ แบบใช้สติปัญญา แบบเฝ้าระวังสุขภาพ แบบวางแผนการใช้ชีวิต แบบคล้อยตาม แบบสร้าง ความสัมพันธ์ และแบบบันเทิง และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และยุวดี รอดจากภัย (2561) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทมีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกาย สังคม และจิตวิญญาณสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท แต่มีค่าเฉลี่ย สุขภาวะทางจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท

สำหรับกิจกรรมสตรีอาสาพัฒนาชุมชน นับเป็นการรวมตัวที่สร้างพลังเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรม ของสตรีสอดคล้องกับผลวิจัยที่ว่า ผู้คนควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการบริการโดยสมัครใจ การศึกษานี้ระบุประเภทของงานอาสาสมัครที่ช่วยเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งอาจช่วยให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนไปสู่วัยเกษียณ และอายุที่มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และช่วยให้สังคมสูงวัยบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแรงงานโดยการให้ผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผล (Li-Hsuan, H. (2019) นอกจากนี้ยังเป็นความท้าทายอย่างมากที่จะพัฒนาพลังสตรีจากจุดเล็ก ๆ เพื่อดูแล ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างเห็นคุณค่า ไร้ช่องว่างของความชราภาพมาเป็นกำแพงในการ ใช้ชีวิตร่วมกันในสังคม ทำอย่างไรให้ภาพของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นถึงภาพตรงข้ามคู่ขนานระหว่างภาพ เชิงลบ และการเล่าเรื่องนโยบายการพึ่งพา และภาพเชิงบวก และนโยบายที่เกิดขึ้นใหม่เกี่ยวกับ ความสามารถของแต่ละบุคคล ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะควรตระหนักถึงผลกระทบ และอิทธิพลที่ เล่าเรื่องเกี่ยวกับบุคคล และกลุ่มบุคคลอาจมีต่อการสร้างความคิดเห็น และการตอบสนองต่อนโยบาย ในภายหลัง (Keyes, L. & Dicke, L, 2016)

อย่างไรก็ตามงานวิจัยเรื่องนี้น่าสนใจศึกษาเฉพาะสตรีผู้สูงอายุจันทบุรี ยังสามารถสะท้อนภาพ ของสตรีนิยม Beasley (1999) การเคลื่อนไหวของผู้หญิงจะทำความเข้าใจลักษณะความเป็นรองของ ผู้หญิง การถูกกีดกัน หรือความเป็นชายขอบของผู้หญิงในพื้นที่ทางสังคม หรือสถานะทางสังคม ทั้งนี้ สตรีนิยมยังอธิบายถึงความยุติธรรมกว่าระบบคิดอื่นในการมอง และการอยู่ร่วมกันในโลกใบนี้ เพราะ สตรีนิยมสะท้อนภาพความเท่าเทียมกันของมนุษย์ทุกคน และสามารถอยู่ร่วมกัน จึงไม่มีความจำเป็นที่ จะต้องใช้ความรุนแรง การเอาเปรียบ การข่มเหงรังแก และสงคราม นักวิชาการจึงพยายาม ผลักดันให้ผู้หญิงทั่วโลกเรียนรู้ที่จะเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และใช้อินเทอร์เน็ตในฐานะเครื่องมือหนึ่งในการ

สร้างพลัง และอำนาจในการต่อรองให้แก่ตนเอง (Gajjala, 2004) การตระหนักถึงวิถีชีวิตของสตรี ผู้สูงอายุจนทบุดีจึงเป็นแนวคิดเพื่อช่วยให้ผู้หญิงสามารถก้าวข้ามข้อห้าม หรือข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ผู้หญิงได้รับ นักสตรีนิยมแนวเสรีนิยมมองว่า ผู้หญิงควรได้รับความเท่าเทียมกัน ความเสมอภาคเช่นเดียวกับผู้ชาย เป้าหมายสำคัญ คือ การฟื้นฟูพลังอำนาจ ศักดิ์ศรี เติบโตเต็มความต้องการ และความเสมอภาค เช่นเดียวกับผู้ชาย (Laidlaw T., 1991; Herlihy B., & Corey G., 2005; Draganovic S., 2011; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอังคณา โคตนาธา, 2560) และเรื่องของวัยก็ไม่ใช่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าได้

## 2.2 ประเด็นด้านการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ ในทฤษฎีของผู้วิจัย คือ เป็นกระบวนการที่มีผู้ส่งสาร ส่งสารด้านสุขภาพ อนามัย ผ่านสื่อทั้งในระดับมวลชน และสื่อสมัยใหม่ ไปยังผู้รับสาร โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจ ในการดูแลป้องกัน รักษาสุขภาพ นอกจากนี้ การสื่อสารสุขภาพยังสามารถเป็นกลยุทธ์ในการแจ้งข้อมูล ข่าวสาร เผยแพร่ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้ สาธารณชนผู้รับข้อมูลข่าวสารตระหนักรับรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพผ่านสื่อ และกิจกรรมการดูแล สุขภาพที่หลากหลาย โดยเฉพาะกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง

องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ ตามที่ วาสนา จันทรสว่าง (2548) เสนอว่า การสื่อสาร สุขภาพยังคงอาศัยองค์ประกอบการสื่อสาร (communication elements) ที่ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร สาร ช่องทาง และผู้รับสาร ซึ่งองค์ประกอบการสื่อสารจะแตกต่างกันไปตามบริบทที่เข้ามาสัมพันธ์กับ สถานะการสื่อสารเพื่อสุขภาพในยุคสมัยนั้น ๆ

จากผลการวิจัยพบว่า เนื้อหาสาระสุขภาพมีความสำคัญมากที่สุด (Mean = 3.95, S.D.= . 202) รองลงมาคือ ด้านผู้ส่งสารสุขภาพ (Mean = 3.85, S.D.= .253) ด้านผู้รับสารสุขภาพ (Mean = 3.77, S.D.= .367) และด้านช่องทางการสื่อสารสุขภาพ (Mean = 3.56, S.D.= .186) ตามลำดับ ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพยังคงเกี่ยวข้องกับกระบวนการสื่อสารที่มีผู้ส่งสาร ส่งสาร ผ่านสื่อ หรือช่องทาง ไปยังผู้รับสารเสมอ หากแต่ประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มุ่งเน้นเนื้อหาสาระที่ให้ความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพ ผ่านช่องทางการนำเสนอในลักษณะต่าง ๆ การสื่อสารสุขภาพจึงเป็น กระบวนการ ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ระหว่างกันที่เชื่อมั่นว่าคนเราเป็นได้ทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสาร เพื่อ การเรียนรู้ข้อมูล และความหมายสุขภาพร่วมกัน อันนำไปสู่การสร้างวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพที่ดีให้กับ ตนเอง แลกเปลี่ยนสื่อสารระหว่างกันที่เชื่อว่าคนเราเป็นได้ทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสาร พร้อมทั้งจะรับ ความคิดเห็นของผู้อื่นได้ในรูปแบบการสื่อสารสองทาง (Kreps and Thorntom, 1992; Northouse and Northouse, 1998; หนึ่งทัย ขอผลกลาง, 2552; เหมือนฝันไม่สูญผล, 2558) และการสื่อสาร สุขภาพที่สอดคล้องกับผลการวิจัยด้านเนื้อหาสาระสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตามแนวทางของ WHO

(1996) จะประกอบด้วยศาสตร์ต่าง ๆ หลากหลายศาสตร์ เช่น สารบันเทิง (edutainment or entertainment-education) การสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) การชี้้นำผ่านสื่อ (media advocacy) การสื่อสารในองค์กร (organization communication) และการสื่อสารเพื่อสังคม (social communication and social marketing) ในทรรศนะของผู้วิจัยมองว่า ควรจะมีศาสตร์ทางด้านการสื่อสารภายในตัวบุคคล (intrapersonal communication) เนื่องจากการสื่อสารสุขภาพที่ดีต้องสื่อสารจากความคิดในตัวผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health)

ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ครอบคลุมในทุกด้านของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภัย ตลอดจนการสร้างการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญกิจ, 2551) เช่นเดียวกับผลวิจัยของ Siricharoen, N. (2017) ที่ว่าสื่อสารสุขภาพกับผู้สูงอายุ นั้น ขอให้ครอบคลุมความต้องการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ อาหาร ขับถ่าย การพักผ่อน การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีเสื้อผ้าที่เหมาะสม การรักษาพยาบาล 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรัก การเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ การเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจและการให้อภัย 3) ด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมพบปะเพื่อน การร่วมกิจกรรมทางศาสนา โดยเนื้อหาที่ควรสื่อสารไปยังผู้สูงอายุ คือ 1) เรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่กำลังเกิดขึ้น 2) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้สูงอายุมักจะเป็นกัน 3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเป็น 4) สอบถามถึงเรื่องสุขภาพเป็นประจำทั้งตอนพบหน้าหรือทางโทรศัพท์ และ 5) ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ สิ่งเหล่านี้คือความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้มีความสุขในการใช้ชีวิตในแต่ละวันที่ลูกหลานไม่ควรละเลยที่จะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเข้าใจ ผู้ส่งสาร ต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ อีกทั้งต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถทางการสื่อสาร ได้แก่ 1) ทักษะการสื่อสาร โดยมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี 2) ปฏิบัติการสื่อสาร โดยการอธิบายข้อมูลที่เพียงพอด้วยการใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ส่วนที่ 2 ด้านเนื้อหาสาร พบว่า ผู้ส่งสารนำเสนอประเด็นข้อมูลสุขภาพใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง 2) การตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง 3) การส่งเสริมสุขภาพสำหรับเนื้อหาสารการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีการให้ข้อมูล 2 ประเด็น 1) ภาวะสมบูรณ์ทางร่างกาย 2) ภาวะสมบูรณ์ของจิตใจ ส่วนที่ 3 ช่องทางการสื่อสาร พบว่า สื่อที่ทำให้ตัดสินใจเข้ารับบริการคือ สื่อบุคคล และสื่อที่ทำให้เข้ารับข้อมูลคือ สื่อวิทยุ และสื่อออนไลน์ และส่วนที่ผู้รับสาร มีการรู้คิด-รับรู้ โดยผู้รับสารมีการรับรู้ความสามารถในตนเอง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งผู้รับสารมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกายกับด้านจิตใจ (แสงรวี รุ่งเรืองเสถียร และขวัญฟ้า ศรีประพันธ์, 2561)

การสื่อสารสุขภาพในยุคปัจจุบันควรสร้างความพร้อมในการสื่อสารสุขภาพออนไลน์ผ่านสื่อเพชบุ๊ก หรือสื่อสังคมเครือข่ายออนไลน์ในลักษณะอื่น ๆ เพื่อให้ผู้บริโภคข่าวสารสามารถเข้าถึงเนื้อหา



ข่าวสารสุขภาพได้อย่างสะดวก และมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งการนำเสนอเนื้อหาสุขภาพที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อเฟซบุ๊กแฟนเพจ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลยุทธ์ ได้แก่ กลยุทธ์การสื่อสารเนื้อหา (Content) และกลยุทธ์รูปแบบการสื่อสาร (Forms) ทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีปฏิสัมพันธ์และมีผู้เข้ารับบริการหน้าใหม่เพิ่มขึ้นจริง ด้วยการใช้กลยุทธ์รูปแบบ การนำเสนอด้วยการใช้ภาษาที่สื่อสารได้อย่างชัดเจนตรงไปตรงมา และไม่ใช่คำยากที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายตีความ ผิด ๆ ไม่ใช่คำศัพท์ทางการแพทย์ให้สับสน ผู้รับสารอ่านเข้าใจได้ในทันที ด้วยเนื้อหาสุขภาพที่มีความถูกต้อง พร้อมรูปภาพประกอบที่ถูกลิขสิทธิ์มานำเสนอผ่านสื่อเฟซบุ๊กของโรงพยาบาล สร้างความน่าเชื่อถือให้กับ โรงพยาบาล มีแหล่งอ้างอิงที่ถูกต้องด้วยการซื้อลิขสิทธิ์อย่างถูกต้องกฎหมายและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดกับกลุ่มเป้าหมาย ให้เกิดทัศนคติเชิงบวก จนนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพ ของสังคมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องสุขภาพต่อไป (อิริยาพร อุดทา และอริชัย อรรถอุดม, 2561; เยาวนารถ พันธุ์เพ็ง และกัญญรัตน์ หงส์วรรณนท์, 2563) ซึ่งจะได้อภิปรายรายละเอียดเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลต่อไป

### 2.3 ประเด็นด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ทฤษฎีการรู้เท่าทันสื่อ (Cognitive Theory of Media Literacy) อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบหลักของการพัฒนาความรู้ด้านการรู้เท่าทัน และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยปัจจัยสำคัญมี 4 ปัจจัย (Potter, 2004) ประกอบด้วย โครงสร้างความรู้ แรงจูงใจในการตัดสินใจ เครื่องมือของการประมวลข้อมูลข่าวสาร และการไหลของการประมวลข้อมูลข่าวสาร

จากผลการวิจัยพบว่า สตรีผู้สูงอายุชั้นทุริณีนิยมรู้เท่าทันสื่อลักษณะการใช้ผู้แสดงแบบโฆษณา ด้านสุขภาพสร้างความน่าเชื่อถือได้มากที่สุด (Mean = 4.59, S.D.= .530) รองลงมา เลือกเปิดรับสื่อสุขภาพตามสื่อที่มีความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการ (Mean = 4.45, S.D.= .570) หากมีโอกาส มักจะเสนอแนะข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นเสมอ โดยมีความสามารถวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับผ่านสื่อมวลชนได้ว่าอะไรควรเชื่อถือ (Mean = 4.29, S.D.= .770, .645) ยังมีความคิดเห็นว่าการรู้เท่าทันสื่อจำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นกับผู้บริโภคทุกเพศ ทุกวัย (Mean = 4.25, S.D.= .558) การนำเสนอสรรพคุณของตัวยา อาหารเสริมเพื่อสุขภาพสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภค โดยมีความเชื่อถือ และปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพ (Mean = 4.18, S.D.= .676) ในขณะที่การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพสามารถเข้าถึงสื่อประเภทต่าง ๆ ที่นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างหลากหลายมีคะแนนต่ำที่สุดหากเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยจากข้ออื่น ๆ (Mean = 3.80, S.D.= .761)

ดังนั้นการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพของสตรีผู้สูงอายุชั้นทุริณีจึงเป็นไปตามทฤษฎีการรู้เท่าทันสื่อโดยมีองค์ประกอบหลักด้านโครงสร้างความรู้ แรงจูงใจในการตัดสินใจ เครื่องมือของการประมวลข้อมูล

ข่าวสาร และการไหลของการประมวลข้อมูลข่าวสาร โดย Potter (2004) ยังได้เสนอแนวคิดรวบยอด เพื่อความเข้าใจการรู้เท่าทันสื่อสำหรับผู้รับสารในการป้องกันตนจากการตกเป็นเหยื่อของกระบวนการสื่อสาร โดยแพรวพรรณ อัครประสา (2557) สรุปใจความสำคัญ 5 ลักษณะ ได้ดังนี้ 1) ทุกคนมีหน้าที่ในการเพิ่มพูนความรู้เท่าทันสื่อของตน (Responsibility axiom) 2) แนวคิดการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวข้องกับการให้ความสนใจถึงผลกระทบของสื่อมวลชนที่มีต่อผู้รับสาร (Effect axiom) 3) เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลของผู้รับสารในการตีความ และสร้างความหมายในแบบฉบับของตน (Interpretation axiom) 4) ให้ความสำคัญต่อการสร้างความหมายร่วมของสังคม (Share meaning) ภายใต้ความแตกต่างของบุคคล และ 5) การรู้เท่าทันสื่อเชื่อว่า ความรู้ของผู้รับสาร ทั้งความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์ตรง และความรู้จากสื่อมีส่วนในการเสริมสร้างอำนาจของผู้รับสารในฐานะผู้บริโภคข่าวสารมากขึ้น

Hopps & Moore (2013) เสนอว่า ความรู้เท่าทันสื่อ และความรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล (Digital literacy) เป็นเรื่องที่มีความทับซ้อน และกำหนดความหมายทั้งการรู้เท่าทันสื่อ และการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล ว่า หมายรวมถึง ความสามารถในการเข้าถึงสื่อ (Access) ความสามารถในการวิเคราะห์สื่อ (Analyze) ความสามารถในการแต่ง หรือสร้างสื่อ (Compose) ความสามารถในการสะท้อนความคิดเห็นที่มีต่อสื่อ (Reflect) และความสามารถในการปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสื่อ (Take action) ซึ่งเหล่านี้ถือเป็นทักษะชีวิต

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพสตรี ผู้สูงอายุจันทร์บุรี ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นการรู้เท่าทันสื่อทั่วไปในยุคปัจจุบันยังพบว่าต้องรู้เท่าทันดิจิทัล อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางหนึ่งที่ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางเนื่องจากความสามารถให้บริการที่หลากหลายรูปแบบและมีความรวดเร็ว จึงทำให้ผู้สูงอายุใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นอย่างมาก (สุวิข ธิระโคตร และวีรพงษ์ พลนิกรกิจ, 2561) โดยเนติยา แจ่มทิม และสินีพร ยืนยง (2560) วิจัยเรื่องการใช้สื่อออนไลน์ และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 60 มีอายุในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 72.81 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 65.90 และอาศัยอยู่ในครอบครัวบุตรหลานร้อยละ 95 มีพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ คือ ส่วนใหญ่เล่นไลน์ทุกวัน และเฟซบุ๊ก น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 50.30 โดยเล่นผ่านโทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟนส่วนตัวร้อยละ 62.81 ทั้งนี้ 2) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาการใช้ยารักษาโรคนาน ๆ ครั้งร้อยละ 26.60 ควรมีการหากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจูงใจให้ผู้สูงอายุมีการใช้สื่อออนไลน์ในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพมากขึ้น และควรมีการเพิ่มพูนทักษะความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุในการรู้เท่าทันสื่อ

เพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญณกิจ (2559) พบว่า การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีมีอิทธิพล และมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เท่าทันสื่อ รูปแบบการการใช้สื่อโทรทัศน์มีผลต่อความรู้เท่าทันสื่อ

ผู้ใช้สื่อโทรทัศน์ในภูมิภาคใหม่มีระดับความรู้เท่าทันสื่อสูงกว่าผู้ใช้สื่อโทรทัศน์ในภูมิภาคเก่า ผู้ใช้สื่อโทรทัศน์แบบกระตือรือร้นมีระดับความรู้เท่าทันสื่อสูงกว่าผู้ใช้สื่อแบบโทรทัศน์แบบเฉื่อยชา และผู้ใช้สื่อโทรทัศน์มากมีระดับความรู้เท่าทันสื่อสูงกว่าผู้ใช้สื่อโทรทัศน์น้อย พิระ จิโรโสภณ และคณะ (2559) พบว่า ระดับความรู้เท่าทันการสื่อสารแตกต่างกันไปตามลักษณะทางประชากร และพฤติกรรมการเปิดรับ และการใช้สื่อ เป็นไปตามสมมติฐานเพียงบางส่วน คือ ลักษณะประชากรศาสตร์ด้านอายุของผู้สูงอายุมากกว่ามักมีระดับความรู้เท่าทันมากกว่า แต่ไม่เป็นแบบแผนที่สอดคล้องกันทุกกลุ่ม สมมติฐานที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารมีความแตกต่างกับระดับการรู้เท่าทันสื่อบางส่วนแต่ไม่เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกันไม่สามารถสรุปเป็นแบบแผนที่ชัดเจนได้ เช่นเดียวกับมนต์ ขจรเจริญ และณัฏฐิณี สิริปัญญาธนกิจ (2559) วิจัยเรื่องการรู้เท่าทันการสื่อสารยุคดิจิทัลของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสื่อสารด้านการเปิดรับสื่อเว็บไซต์ค่อนข้างบ่อย รวมทั้งเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์โดยใช้ไลน์มากที่สุด ตามด้วยเฟซบุ๊ก ยูทูบ ภูเก็ต และอินสตาแกรม ในส่วนของสื่อดั้งเดิม ยังคงเปิดรับโทรทัศน์เกือบทุกวัน รองลงมาอ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ และติดตามนิตยสารบ่อยปานกลาง ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการสื่อสารดั้งเดิม และสื่อใหม่เพื่อติดตามเหตุการณ์ข่าวสารต่าง ๆ และเพื่อความบันเทิงผ่อนคลาย โดยเฉพาะสื่อใหม่จะถูกใช้เพื่อการสื่อสารพูดคุยกับบุคคลต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์บ่อย ระดับการรู้เท่าทันการสื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

แนวทางสำคัญสำหรับการรู้เท่าทันสื่อในกลุ่มผู้สูงอายุยังปรากฏในงานวิจัยของพรชิตา อุปถัมภ์ ปัทมาพร เย็นบำรุง รศรินทร์ เกรย์ และสมศักดิ์ ศรีบริสุทธิ์สกุล (2562) พบว่า 1) ผู้สูงอายุต้องการสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยเป็นสารสนเทศ ที่ได้จากการฝึกปฏิบัติ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความต้องการสารสนเทศ คือ ตัวผู้สูงอายุเองและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวิธีการแสวงหาสารสนเทศโดยได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการสารสนเทศและบุคคลใกล้ชิด ซึ่งช่องทางการแสวงหาสารสนเทศ ได้แก่ สื่อมวลชน หน่วยงานบริการสารสนเทศ และแหล่งสารสนเทศออนไลน์ โดยปัญหาส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในการแสวงหาสารสนเทศ คือ การอ่านและการฟัง 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สารสนเทศเพื่อตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล เช่น เพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพของตนเองและคู่สมรส เพื่อการเรียนรู้ และเพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่นเดียวกับนภาพร เกษสุวรรณ (2562) พบว่า การสื่อสารรณรงค์หลังการเพิ่มศักยภาพการสื่อสารฯ ผู้สูงอายุในชุมชนมีศักยภาพตามองค์ประกอบการสื่อสาร ดังนี้ 1) ผู้ส่งสารมีทักษะที่จำเป็นสำหรับการรู้เท่าทันสื่อในทุกด้าน และมีความเข้าใจในเนื้อหาเรื่องการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาชวนเชื่อมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อของชุมชนในเรื่องการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มผู้รับสารในชุมชนได้เป็นอย่างดี 2) สาร จากการประเมินเนื้อหาสาร พบว่า มีรายละเอียดเพิ่มขึ้นในเรื่องความสำคัญของการรู้เท่าทันสื่อ และอันตรายจากการหลงเชื่อสื่อโฆษณาชวนเชื่อ รวมถึงคำแนะนำและวิธีการดูแลสุขภาพ 3) ช่องทางหรือสื่อที่ชุมชนเลือกใช้ในการสื่อสาร

รณรงค์คือ สื่อบุคคล สื่อพื้นบ้าน และสื่อกิจกรรม สามารถสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในเรื่องการรู้เท่าทันสื่อได้เป็นอย่างดี 4) ผู้รับสาร มีทักษะที่จำเป็นสำหรับการรู้เท่าทันสื่อในด้านการเข้าถึงเนื้อหาสาร และการวิเคราะห์สาร โดยมีการรับรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในเรื่องการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มมากขึ้น และการพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมความเป็นพลเมืองประชาธิปไตยของผู้สูงอายุในประเทศไทย (พิทักษ์ศักดิ์ ทิศาภาคย์ ชันญุสรา อรณพ ณ อยุธยา และวีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, 2562) กิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุจึงควรได้รับการผนวกโปรแกรมการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในองค์กรธุรกิจเอกชน (ชมาพร รักจรรยาบรรณ และศิริมา จิตต์จรัส, 2562) หรือการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมทางเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (อาภัสรี บัวประดิษฐ์ และสุรศักดิ์ เสากแก้ว, 2563) สอดคล้องกับ Rivinen, S. (2020) ที่ว่า การฝึกอบรมเพิ่มเติมในทุกมิติของการรู้เท่าทันสื่อซึ่งเข้าใจว่าเป็นความสามารถในการเข้าถึง ใช้ทำความเข้าใจสร้างและวิเคราะห์ข้อความสื่อต่าง ๆ อย่างไรก็ตามมิติการใช้งานเป็นมิติข้อมูลที่โดดเด่นที่สุดในข้อมูล

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มที่แตกต่างกัน และจำเป็นอย่างยิ่งที่การศึกษาด้านสื่อจะได้รับการปรับแต่งให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการศึกษาด้านสื่อควรได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการและความเป็นตัวของตัวเองของผู้สูงอายุ และตามแนวผลการวิจัยของ Martinez-Alcalá, C., & et al. (2018) ที่ว่าด้วยระบบการจัดการการเรียนรู้ (Learning Management System: LMS) เป็นเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้หนังสือดิจิทัลของผู้สูงอายุ เนื่องจากการนำโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร (ITC) มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงบุคคล และที่อยู่อาศัยเข้ากับระบบการเรียนรู้ทางสังคมเพื่อให้แน่ใจว่า การมีส่วนร่วมยังคงดำเนินต่อไปเมื่อความคล่องตัวลดลงเนื่องจากข้อมูลด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมทางสังคมถูกส่งผ่านรูปแบบออนไลน์ (Online platform) มากขึ้นเรื่อย ๆ การสนับสนุนการเป็นพลเมืองดิจิทัลของผู้สูงอายุจึงกลายเป็นประเด็นความเท่าเทียมที่สำคัญ (Millard, A., Baldassar, L., & Wilding, R., 2018) ยิ่งกว่านั้นการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในยุคดิจิทัลจึงเริ่มพัฒนา การใช้ mHealth โดยพัฒนาโปรแกรมแอปพลิเคชัน (Application: App) ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการใช้สมาร์ตโฟนดูแลสุขภาพกับกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ทั้งนี้เน้นการติดตามสุขภาพกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ผู้ได้รับการดูแลที่บ้าน การพัฒนาเทคโนโลยีมีมือถือให้เต็มศักยภาพในการโต้ตอบแบบเรียลไทม์ (Real-time) (Göransson, C. and et al., 2020)

#### 2.4 ประเด็นด้านคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุจันทร์บุรี

สหประชาชาติมีเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ 3 ประเด็น คือ 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา 2) การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และอยู่ดีมีสุข และ 3) การสร้างความมั่นใจว่าจะมี

สภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน และเหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการที่ Power, B. & WHOQOL Group (2002) เสนอเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-Thai) ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับชาญชัย ชัยรุ่งเรือง (2558) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลธรรมศาลา จังหวัดนครปฐม พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย 7 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านความตระหนักในคุณค่าแห่งตน 5) ด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว 6) ด้านการรักษาพยาบาล และ 7) ด้านสวัสดิการสังคม แต่งานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้การประเมินคุณภาพชีวิตไทยแบบรูปภาพของ Sucheera Phatthayuttawat, Thienchai Ngamthipwatthana, and Buncha Pitiyawanum (2005) เพื่อให้สะดวกต่อการเก็บข้อมูลกับสตรีผู้สูงอายุชั้นทุริมากที่สุด

ผลการวิจัยด้านคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุชั้นทุริครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิต 6 คุณลักษณะพบว่า (1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่มีปัญหาเลย (Mean = 1.60, S.D.= .314) ไม่ว่าจะเป็นการนอน ความต้องการอาหาร น้ำหนักตัว ความผิดปกติตามส่วนต่าง ๆ ตามร่างกาย และพละกำลัง (2) คุณภาพชีวิตด้านความนึกคิดไม่มีปัญหาเลย (Mean = 1.62, S.D.= .401) เช่น สมาธิ ความจำ การตัดสินใจ (3) ไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Mean = 1.61, S.D.= .327) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเหงา และว้าเหว่ ความเบื่อหน่ายท้อแท้ ความรู้สึกกระวนกระวาย และอารมณ์เศร้า (4) คุณภาพชีวิตด้านการปรับตัวทางสังคมก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือผิดปกติ (Mean = 1.63, S.D.= .387) ได้แก่ การทำงาน ความสนใจสิ่งรอบตัว กิจกรรมทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม (5) คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจก็ไม่มีปัญหาเลย (Mean = 1.66, S.D.= .476) ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับฐานะทางการเงิน และฐานะทางการเงิน และ (6) คุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองมีเป็นบางครั้ง (Mean = 1.70, S.D.= .301) ทั้งนี้ในแต่ละรายละเอียดพบว่า ความมั่นใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ไม่เปลี่ยนแปลง (Mean = 1.54, S.D.= .498) ความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองไม่เปลี่ยนแปลง (Mean = 1.51, S.D. = .500) ความรู้สึกพอใจกับสิ่งที่เป็นอยู่มีเป็นบางครั้ง (Mean = 1.77, S.D.= .840) ยินดีกับความสำเร็จของงานเป็นบางครั้ง (Mean = 1.95, S.D.= .809) และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีเป็นบางครั้ง (Mean = 1.70, S.D.= .801) สอดคล้องกับเจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ตัวแปรด้านวิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุชั้นทุริ การสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อต่างมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของสตรีผู้สูงอายุชั้นทุริ พิจารณาผลรวมอิทธิพล พบว่า วิถีชีวิตสตรีผู้สูงอายุชั้นทุริ การสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตสตรีผู้สูงอายุชั้นทุริ (ผลรวมอิทธิพล

ทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ  $-1.008$ ,  $.471$ ,  $.224$ ) และไม่มีอิทธิพลทางอ้อม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ  $.554^{***}$  และมีค่า Square Multiple Correlations:  $R^2$  เท่ากับ  $.307$  วาระด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศนั้น ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของอะเคื่อ กุลประสูติติก และคณะ (2557) วิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในเขตบางเขนมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง และโมเดลเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square = 1.930, df = 1,  $\chi^2/df = 1.930$ , P-value = 0.165, CFI = 0.991, TLI = 0.991, RMSEA = 0.013, RMR = 0.02) โดยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขนได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากการมองโลกในแง่ดี (0.826) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม (0.411) การเห็นคุณค่าในตนเอง (0.302) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (0.265) ตามลำดับ โดยการมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยส่งผ่านการมองโลกในแง่ดี ตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54 เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศเวียดนามของ Xuan Vo, N., Quang Vo, T., Watanapongvanich, S. & Witvorapong, N. (2019) พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโฮจิมินห์ซิตีค่อนข้างสูงโดยมีคะแนนการเปลี่ยนแปลงทั้งหมด (ปรับขนาดระหว่าง 0 ถึง 100) เท่ากับ  $76.62 \pm 10.16$  โมดูล WHOQOL-OLD เวอร์ชันภาษาเวียดนามแสดงความสอดคล้องภายในโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมของครอนบาคระดับสูง โดยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโฮจิมินห์ซิตีมีความสัมพันธ์ในทางลบกับอายุ การศึกษา และจำนวนความยากลำบากกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันมีสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการรับรู้รายได้ที่เพียงพอ

อย่างไรก็ตามเมื่อสังคมสูงอายุได้รับการกำหนดให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ จึงเป็นนิมิตหมายที่ดีที่จะร่วมกันผลักดันการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่เพียงแต่สตรี แต่ทุกความหลากหลายทางเพศ ควรได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน โดย ภาครัฐบาลโดยคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบระเบียบวาระแห่งชาติเรื่อง “สังคมสูงวัย” โดยมีประเด็นเพื่อการผลักดันงานผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2561) ดังนี้ 1) การสร้างระบบคุ้มครอง และสวัสดิการผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมการมีงานทำ และมีรายได้ของผู้สูงอายุ 3) ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 4) การปรับสภาพแวดล้อมชุมชน และบ้านให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับงานวิจัยของกรพรหม สารทพันธุ์ สุพีชา พาณิชย์ปฐม และเยาวมาลย์ เมธาภิรักษ์ (2561) ศึกษาคุณลักษณะของศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุหญิง 5) โครงการธนาคารเวลา (Time bank) สำหรับดูแลผู้สูงอายุ 6) การสร้างความรอบรู้ให้กับคนรุ่นใหม่เตรียมความพร้อมในทุกมิติ 8) ปรับปรุงกฎหมาย

ระเบียบปฏิบัติให้อื้อประโยชน์ต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ 9) ปฏิรูประบบข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงาน 10) ส่งเสริมนวัตกรรมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นด้านการส่งเสริมการมีงานทำ และมีรายได้ของผู้สูงอายุเริ่มมีงานวิจัยส่งเสริมนโยบายดังกล่าวเช่น กลไกการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบ (จรัญญา วงษ์พรหม ธนะจักร เย็นบำรุง ศิริบุญ จงวุฒิเวทย์ มาชะสิริ เซาวกุล และสนธยา มณีรัตน์, 2558) นโยบายการจ้างงานบุคลากรผู้สูงอายุในธุรกิจโรงแรมเครือข่ายไทย (สุรีย์ เข้มทอง จิระภรณ์ ตันติชัยรัตนกุล อัจฉรา ชีวะตระกูลกิจ ภาวิน ชินะโชติ กัลยานุช กิตติพงศ์พิทยา สุรเดช หวังทอง และอัจฉรีย์ ลิ้มปมนต์, 2561) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ กรฐนัช ปัญญาใส จุฑามาศ กิติศรี และพิชานาถ เงินดี (2560) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลัง การได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุยังครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิตและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนให้ข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของลักษณะโครงสร้างและหน้าที่ต่าง ๆ ทุกระบบในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มักจะมีผลต่อเนื่องและเชื่อมโยงมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมด้วย เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาการทำงานและการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีการ สูญเสียอำนาจ อาจจะทำให้เกิดความเครียด ปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิตได้ และการเปลี่ยนแปลงทาง เศรษฐกิจสังคม ซึ่งหมายถึงการมีรายได้ลดลง บทบาททางสังคมเปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง อุปนิสัยและอารมณ์ ส่งผลต่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและการอยู่ในสังคม นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคเทคโนโลยี สื่อสาร ก็เข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิตประจำวัน การปรับตัวและการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ของผู้สูงอายุ อีกด้วย ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะต้องมีบทบาทในการ ดูแล 4 ด้าน ดังนี้ 1) การดูแลด้านร่างกาย เช่น การจัดหาอาหารและการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสม การพาไปรับการตรวจ สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น 2) การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น การเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรักความเคารพ การยกย่องยอมรับนับถือ การพาผู้สูงอายุ ไปท่องเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสม การแสดงให้เห็นความสำคัญตามวันสำคัญต่าง ๆ 3) การดูแล ด้านสังคม เช่น การแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม

ตามที่ผู้สูงอายุต้องการ เป็นต้น 4) การดูแลด้านเศรษฐกิจ โดยการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้าน การเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ และไม่ควรเบียดเบียนด้านการเงินของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ครอบครัวควรให้ความสำคัญ และความสนใจในนำเทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่มาใช้กับผู้สูงอายุ อย่างเหมาะสม เพื่อลดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว ช่วย ให้ ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมและครอบครัวได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการใช้เทคโนโลยี เพื่อการ เรียนรู้ประสบการณ์แปลกใหม่ ค้นหาข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ ในการส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ (เป็นนเรศ กาศอุดม ฆนรศ อภิญญาลักร กัญญ์สิริ จันทรเจริญ และนิมิตตารา แว, 2561) เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ (อภิรักษ์ สน น้อย ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ และสุรัชย์ ปิยานุกูล, 2559)

อย่างไรก็ตามตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงทางประชากรใน ปัจจุบัน และที่กำลังจะเกิดขึ้นในประเทศอุตสาหกรรมเป็นความท้าทายสำหรับสังคมของเราทั้งทาง เศรษฐกิจและสังคม จุดมุ่งหมายของบทความนี้คือการสำรวจอิทธิพลของเทคโนโลยีสารสนเทศและการ สื่อสารที่ประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่แนวโน้มเหล่านี้และอธิบายถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ของผู้สูงอายุ (Siegel, C. & Dorner, T., 2017) รวมถึงงานวิจัยของ Gallegos-Carrillo, K., and et al. (2019) ประเมินการใช้โปรแกรมการป้องกันสุขภาพ (Preventive Health Services: PHS) และ การฝึกกิจกรรมทางกาย (Physical Activity: PA) ร่วมกัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพ ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQoL) ของผู้สูงอายุ

### 3. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มสตรี ผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรีมีข้อเสนอแนะจากการวิจัย ดังนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ภายใต้สถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงวัย (Ageing Society) ประกอบกับความก้าวหน้า ทางเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดกิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล ในหัวข้ออื่น ๆ ควรได้รับการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ โดยอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตกับสื่อ ออนไลน์ และสื่อดิจิทัลในกลุ่มผู้สูงอายุ จัดโครงการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อชีวิต ผู้สูงอายุในแต่ละตำบล

2. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุ คือแหล่งสังเกตความรู้ด้วยประสบการณ์การใช้ชีวิตที่ ผ่านมามากมาย อายุเป็นเพียงตัวเลข การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการลดช่องว่างระหว่างวัย ระหว่างผู้สูงอายุ และกลุ่มคนอื่น ๆ ควรได้รับการพิจารณา และเป็นความท้าทายของนักพัฒนาต่อไปว่า



จะอย่างไรให้คำว่า “ผู้สูงอายุ” มีข้ออุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และประเทศ แต่กลับเป็นกำลังสำคัญที่จะนำประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไป

3. ผู้สูงอายุทั้งในเขตชุมชนเมือง และชุมชนท้องถิ่น ควรได้รับกิจกรรมหนุนเสริมความเข้มแข็งในชุมชน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของตน กิจกรรมทางวัฒนธรรมเพื่อการมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน รวมถึงหน่วยงานผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

### 3.2 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตเพียงบางส่วน ซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุมทฤษฎีซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งหมดเชิงประจักษ์ ซึ่งการวิจัยครั้งต่อไปควรเลือกแนวคิด หรือทฤษฎีอื่น ๆ มากำหนดตัวแปรทดสอบเส้นทางอิทธิพลของปัจจัยสร้างแบบจำลองเชิงโครงสร้างที่มีต่อคุณภาพชีวิต เช่น ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นประโยชน์มากขึ้นภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม

2. การวิจัยครั้งนี้ยังจำกัดการศึกษาประชากร และกลุ่มตัวอย่างเฉพาะสตรีผู้สูงอายุ หากมีการวิจัยขยายผลครั้งต่อไป ควรศึกษาความหลากหลายของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น หรือจะระบุขอบเขตการศึกษาประชากรผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQI+) จะทำให้เกิดการขยายผลการศึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น

3. ควรนำเอาแนวคิดจากทฤษฎี/ แนวคิดสตรีนิยมมาประยุกต์อธิบายปรากฏการณ์ผลการศึกษาว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด หรือขัดแย้งกับแนวคิดสตรีนิยมอย่างไร

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี