

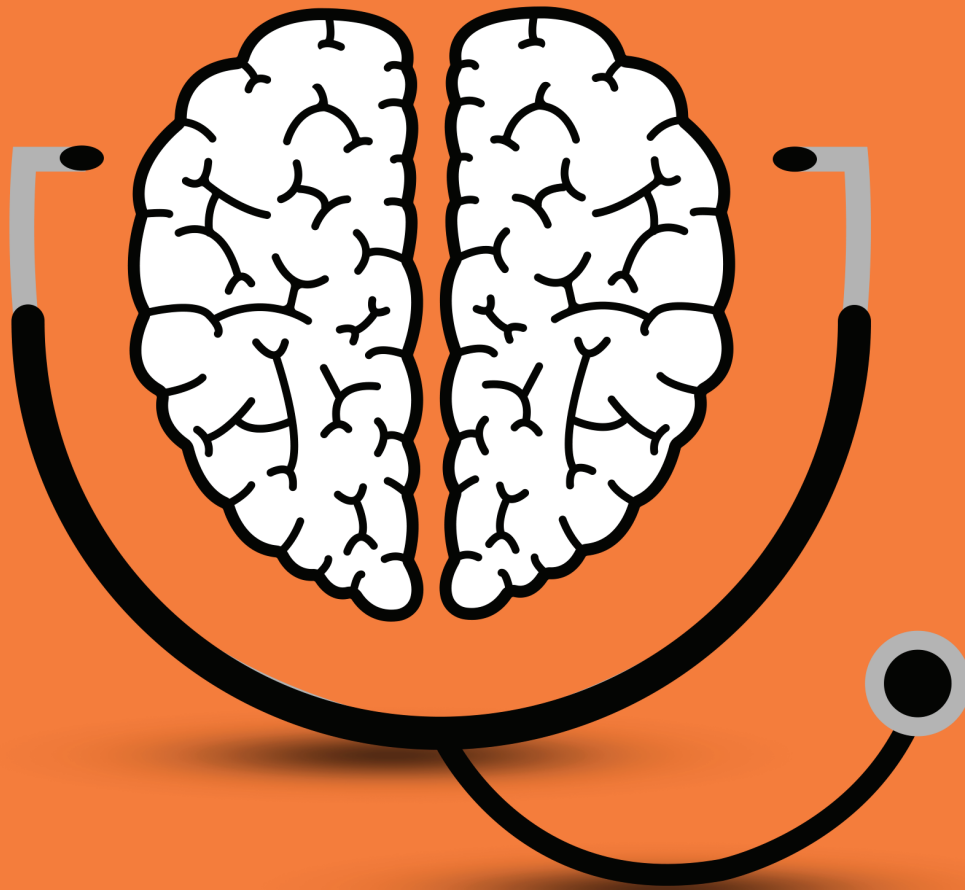


กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

การประเมิน ความรู้ ด้านสุขภาพ



ในการป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพของประชาชน
ปี 2567

DDC
กรมควบคุมโรค องค์การอนามัยโลก ประเทศไทย
Department of Disease Control, World Health Organization, Thailand

DDC
สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development

สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422



ดาวโหลดเอกสาร

**การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ในการป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพของประชาชน
ปี 2567**

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน ปี 2567

ผู้แต่ง

ผศ. ดร.ประเวช	ชุ่มเกษรกุลกิจ ¹	ปร.ด. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ)
นายเกรียงกมล	เหมือนกรุด ²	วท.ม. (สุขศึกษา)
นางญาณี	แสงสง่า ²	สม. (บริหารสาธารณสุข)
นางสาวสิริณัฐ	จันทนัท ²	วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)
นายดลภัทร	ศุภสุข ²	สบ. (สาธารณสุขศาสตร์)

¹ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์และสังคม วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

² กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน ปี 2567

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน พ.ศ. 2567

จำนวน : 100 เล่ม

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีเอ็นครีเอชั่น

66 หมู่ 1 ตำบลศาลากลาง อำเภอบางกรวย

จังหวัดนนทบุรี 11130 โทร 02 117 3619

เจ้าของลิขสิทธิ์ : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567” สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายส่วนงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ทำให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกันนี้ขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคลากรของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่อำนวยความสะดวก ทำให้การดำเนินการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จอย่างราบรื่น

ขอขอบคุณคณะผู้ช่วยวิจัยจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ตลอดจนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ที่ได้พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะทำให้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงโครงการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจากกรมควบคุมโรค และผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยอนุเคราะห์ตรวจทานให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแบบสอบถาม ทำให้แบบสอบถามมีความครบถ้วนสมบูรณ์และใช้ได้เป็นอย่างดี

องค์ความรู้ที่ปรากฏในงานวิจัยเล่มนี้ หวังให้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

ผู้วิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นั้น การดำเนินการเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีจุดเน้นสำคัญใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ โรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย โรคไข้หวัดใหญ่ ปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน วัณโรค และบุรีไฟฟ้า

การวิจัยเรื่อง “การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ปี 2567” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) โดยการสำรวจในภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 4,043 คน จากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) จำนวน 8 ครั้ง ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Information) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาที่สำคัญ มีดังนี้

1. แหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.73 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 10 แหล่งข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 36.33, 53.72, 9.67 และ 0.27 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 33.64$, $SD = 7.86$) แหล่งข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 10 แหล่งข้อมูล เรียงตามลำดับได้ดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุข 2) เพื่อน ญาติ พี่น้อง 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) อินเทอร์เน็ต 5) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 6) ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนชาวบ้าน 7) หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน 8) สื่อสิ่งพิมพ์ 9) หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร และ 10) วิทยุ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.78 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับคิดเป็นร้อยละ 63.50, 29.90, 5.39 และ 1.22 ตามลำดับโดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 19.25$, $SD = 4.37$) เมื่อพิจารณาในรายประเด็น โดยเรียงลำดับตามการได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ โรคไข้หวัดใหญ่ รองลงมา คือ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน และบุหรี่ไฟฟ้า ตามลำดับความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

3. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ - พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ร้อยละ 99.77 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 0.23 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($M = 44.29$, $SD = 4.88$) โดยพบประเด็นที่ประชาชนมีร้อยละพึงพอใจจากมากไปหาน้อยได้ 1) โรคไข้หวัดใหญ่ 2) วัณโรค 3) ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน 4) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5) บุหรี่ไฟฟ้า ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

4. ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 13.12, 31.82 และ 55.06 ตามลำดับโดยคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.96$, $SD = 2.71$) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในระดับมาก ส่วนโรคไข้หวัดใหญ่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 81.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.76 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,087 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 52.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 1,002 คน หรือร้อยละ 25.16 อยู่ในระดับดีเยี่ยมจำนวน 573 คน หรือร้อยละ 14.39 และอยู่ในระดับไม่พอเพียงจำนวน 321 คน หรือร้อยละ 8.06 ตามลำดับ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

6. พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 44.26 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมากและระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 28.71 และ 27.03 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($M = 51.11$, $SD = 6.98$) ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีระดับความรอบรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

7. ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,039 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,544 คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือคิดเป็นร้อยละ 87.72 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.90 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและน้อยคิดเป็นร้อยละ 2.99 และ 0.11 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($M = 18.11$, $SD = 2.00$) ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีระดับคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

8. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรครวมกันทำนายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีร้อยละของการทำนายเท่ากับร้อยละ 31.8

9. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรครวมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีร้อยละของการทำนายเท่ากับ 26.8

10. ผลจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณค่อนข้างมาก โดยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย โรคไข้หวัดใหญ่ ปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน วัณโรค และปัญหาบุหรี่ไฟฟ้า ผ่านประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมจากแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย และพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง มีเพียงบุหรี่ไฟฟ้าที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มผู้ใหญ่ขึ้นไป มีระดับในการเข้าถึงข้อมูลในระดับต่ำ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการวางแผนในการพัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพต่อไป

Executive Summery

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, has implemented a policy for the prevention and control of diseases and health hazards. To propel this strategy, a key component involves the implementation of risk communication, which aims to enhance health literacy and raise public awareness, thereby promoting desirable health behaviors. In 2023, the department placed particular emphasis on addressing five common diseases: mosquito-borne diseases, influenza, PM 2.5 exposure, Tuberculosis and E-cigarettes.

The research titled "An Evaluation of Health Literacy in Preventing and Controlling Diseases and Health Hazards among the Thai Population in 2024" aims to study several aspects: the perception of information sources and knowledge about diseases and health hazards, satisfaction with information related to diseases and health hazards, knowledge about diseases and health hazards, knowledge of preventive behaviors against diseases and health hazards, along with the relevant influencing factors, and the public's perception of the Department of Disease Control.

This study employed a mixed-method research approach with a convergent parallel design. The quantitative research component was descriptive and analytical, conducted through a field survey. A sample of 4,043 individuals from various regions of Thailand was randomly selected using a multi-step process. Data were collected through structured questionnaires and statistically analyzed using percentages, averages, standard deviations, t-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficients and Regression. The qualitative research aspect involved conducting 8 Focus Group Discussions (FGDs). For participants who provided key information, their data were analyzed using content analysis.

The significant results are as follows:

1. Source of Information: 99.73 % of the sample learned the information on diseases and health hazards either from single or several sources. Based on 10 sources of information; 36.33%, 53.72%, 9.67% of the sample could access the information at a high, moderate, low, nov level respectively, with only 0.27% experiencing access failure. The average score of information access was at a moderate level ($M = 33.64$, $SD = 7.86$). 10 sources of information arranged from the highest to the lowest accessibility for the sample were: (1) Public Health Personnel, (2) Friends, relatives, family members (3) Village Health Volunteer, (4) Internet, (5)Television/Cable TV, (6) Teachers, Lecturers, Heads of Community, Religious Leaders, Village Philosophers, (7) Community Radio (8) Press Media and (9) Newspaper and Magazines (10) Radio. The results show that there is a statistically significant difference in the level

of access to information among individuals of different genders, ages, education levels, occupations, and incomes at the 0.05 level for at least one pair.

2. Perception of Information: 98.78% of the samples demonstrated recognition of information related to the five common diseases and health hazards. Specifically, 63.50% of the sample possessed a high level of knowledge about these diseases, 29.90% had a moderate level, 5.39% had a low level, and 1.22% had no knowledge at all. The average score for the perception of information was at a moderate level. When examining each disease individually, it was observed that the sample's level of knowledge ranked from highest to lowest as follows: influenza, tuberculosis, mosquito-borne diseases, PM 2.5 exposure, and E-cigarettes respectively. Furthermore, the results show that there is a statistically significant difference in the level of perception of Information among individuals of different genders, ages, education levels, occupations, and incomes at the 0.05 level for at least one pair.

3. Satisfaction with Information on Diseases and Health Hazards: Regarding the information about the five common diseases, 99.77% of the sample reported being either satisfied or highly satisfied, while only 0.23% expressed dissatisfaction. The average satisfaction score reached a 'highly satisfied' level ($M = 44.29$, $SD = 4.88$). The ranking of public satisfaction with information, from highest to lowest, is as follows: (1) influenza, (2) tuberculosis, (3) PM 2.5 exposure, (4) mosquito-borne diseases, and (5) E-cigarettes. Furthermore, the results show that there is a statistically significant difference in the level of satisfaction with Information on diseases and health hazards among individuals of different genders, ages, education levels, occupations, and incomes at the 0.05 level for at least one pair.

4. Knowledge of Diseases and Health Hazards: The sample's overall knowledge of the 5 common diseases and health hazards ranked with 55.06% at a high level, 31.82% at a moderate level, and 13.12% at a low level, respectively. The average knowledge score for these diseases and health hazards was at a moderate level ($M = 11.96$, $SD = 2.71$). When examining each disease individually, it was found that the sample had a high level of knowledge about influenza and PM2.5 exposure, a moderate level about mosquito-borne diseases, tuberculosis, and E-cigarettes. Furthermore, the results show that there is a statistically significant difference in the level of knowledge of diseases and health hazards among individuals of different genders, ages, education levels, occupations, and incomes at the 0.05 level for at least one pair.

5. Health Literacy in Disease Prevention and Control: The average score for the entire sample was 81.24, with a standard deviation of 10.76. Consequently, this average score falls within the problematic range. Most of the samples, including 2,087 individuals (equivalent to 52.40%), exhibited sufficient health literacy. This was followed by 1,002 samples (equivalent

to 25.16%) in the problematic category, 573 samples (equivalent to 14.39%) in the excellent category, and 321 samples (equivalent to 8.06%) in the insufficient category, respectively. Furthermore, the results show that there is a statistically significant difference in the level of health literacy among individuals of different genders, ages, education levels, occupations, and incomes at the 0.05 level for at least one pair

6. Preventive Behaviors against Diseases and Health Hazards: Among the samples, 44.26% exhibited appropriate behaviors in preventing the five common diseases and health hazards at a moderately appropriate level. Additionally, 28.71% demonstrated a high level of appropriateness, while 27.03% exhibited a low level. The average score for preventive behaviors against diseases and health hazards falls within the moderately appropriate range. Furthermore, the results show that there is a statistically significant difference in the level of preventive behaviors against diseases and health hazards among individuals of different genders, ages, education levels, occupations, and incomes at the 0.05 level for at least one pair

7. Public's Perception of the Department of Disease Control: Among the 4,039 samples, 3,544 individuals, equivalent to 87.72%, were familiar with the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 96.90% of the sample had a positive perception of the department at a high level, followed by 2.99% of a moderate level of positivity, and 0.11% of a low level of positivity, respectively. The average score for the public's perception of the Department of Disease Control was high ($M = 18.11$, $SD = 2.00$). Moreover, the results show that there is a statistically significant difference in the level of preventive behaviors against diseases and health hazards among individuals of different genders, ages, education levels, occupations, and incomes at the 0.05 level for at least one pair

8. The results of the regression analysis to predict health literacy showed that perception of disease and health information, sources of information, satisfaction with information, knowledge of diseases and health hazards, and public's perception of the Department of Disease Control could significantly predict variations in health literacy at the 0.05 level, accounting for 31.8% of the variation.

9. The results of the regression analysis to predict preventive behaviors against diseases and health hazards showed that perception of disease and health information, sources of information, satisfaction with information, knowledge of diseases and health hazards, health literacy and public's perception of the Department of Disease Control could significantly predict variations in health literacy at the 0.05 level, accounting for 26.8% of the variation.

10. The results of the qualitative study were quite consistent with the quantitative data. It was found that most people are aware of mosquito-borne diseases, influenza, PM 2.5

exposure, Tuberculosis and E-cigarettes, through direct and indirect experiences from various sources. It was found that most people have a sufficient level of health literacy. However, only e-cigarettes were significant informants among adults and older groups. There is a low level of access to this data.

The findings of this study are applicable for the planning of risk communication and for systematically enhancing the development of public health behavior as well as planning of public communication initiatives aimed at effectively promoting information awareness, knowledge, health literacy, public health behavior, and the image of the Department of Disease Control in the near future.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
Executive summary	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญแผนภาพ	ด
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการศึกษาที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	7
ความรู้ด้านสุขภาพ	7
การสื่อสารและภาพลักษณ์องค์กร	10
พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ	13
ประเด็นที่เป็นจุดเน้นในการสื่อสารของกรมควบคุมโรค	16
กรอบแนวคิดในการวิจัย	30
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
เครื่องมือในการวิจัย	39
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
จริยธรรมในการวิจัย	47
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	49
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	109
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	117
สรุปผลการวิจัย	117
ข้อเสนอแนะการวิจัย	121

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารอ้างอิง	124
ภาคผนวก ก	128
ภาคผนวก ข	130
ภาคผนวก ค	140

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	พื้นที่กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ	34
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร	50
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามแหล่งข้อมูลและระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	51
4.3	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพระหว่างเพศ	55
4.4	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน	56
4.5	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่อายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	56
4.6	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	56
4.7	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่การศึกษาต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	57
4.8	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน	57
4.9	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มอาชีพที่แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	58
4.10	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มรายได้ที่แตกต่างกัน	59
4.11	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	59
4.12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและระดับของการรับรู้	60
4.13	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัย สุขภาพระหว่างเพศ	62
4.14	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัย สุขภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน	63

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.15	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่อายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	63
4.16	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	63
4.17	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	64
4.18	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน	64
4.19	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	65
4.20	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน	66
4.21	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	66
4.22	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพโดยรวมและจำแนกตามรายประเด็น	67
4.23	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพระหว่างเพศ	68
4.24	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน	69
4.25	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	69
4.26	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	69
4.27	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	70
4.28	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน	70

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.29	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	71
4.30	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน	72
4.31	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มผู้มีรายได้เฉลี่ยแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	72
4.32	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ถูกต้องจำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม	73
4.33	ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและระดับความรู้	74
4.34	การเปรียบเทียบระดับคะแนนรวมเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพระหว่างเพศ	77
4.35	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน	77
4.36	การทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพด้วยในกลุ่มที่อายุแตกต่างกันวิธี Dunnett's 3	77
4.37	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	78
4.38	การทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธีของ Dunnett's T3	78
4.39	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน	78
4.40	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	79
4.41	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน	80
4.42	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	80
4.43	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม	81

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.44	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายประเด็นและระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม	83
4.45	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพระหว่างเพศ	84
4.46	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน	84
4.47	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	85
4.48	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	85
4.49	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธีของ Dunnett's T3	86
4.50	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน	86
4.51	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	87
4.52	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน	88
4.53	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	88
4.54	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนจำแนกเป็นรายชื่อ	89
4.55	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคจำแนกตามระดับภาพลักษณ์เชิงบวก	89
4.56	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกระหว่างเพศ	90
4.57	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน	90
4.58	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่อายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	90

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.59	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	91
4.60	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธีของ Dunnett's T3	91
4.61	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน	92
4.62	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	92
4.63	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน	93
4.64	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่การรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	93
4.65	ค่าเฉลี่ยร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม รายทักษะและรายประเด็น	94
4.66	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	96
4.67	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายเขต และภาพรวม	99
4.68	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคระหว่างเพศ	100
4.69	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน	100
4.70	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันด้วยวิธี Tukey	100
4.71	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	101
4.72	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธีของ Dunnett's T3	101
4.73	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.74	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	102
4.75	การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน	103
4.76	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3	103
4.77	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน	104
4.78	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน	105
4.79	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน	106
4.80	ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย	107
4.81	ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย	108

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	แบบจำลองการสื่อสารของ Laswell	12
2.2	สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องโรคติดต่อมาโดยยุ้งลาย	17
2.3	สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	19
2.4	สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน	22
2.5	สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องวัณโรค	25
2.6	สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องบุงหรีไฟฟ้า	27
2.7	กรอบแนวคิดการวิจัย	30
3.1	กรอบกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจ	45
4.1	ร้อยละของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ	54
4.2	ร้อยละของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในภาพรวมและรายประเด็น	61
4.3	ร้อยละของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมและรายประเด็น	68
4.4	ร้อยละของความรู้ในแต่ละระดับในภาพรวมและรายประเด็น	76
4.5	ร้อยละของพฤติกรรมในแต่ละระดับในภาพรวมและรายประเด็น	84
4.6	ร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ	97
4.7	ค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายเขตและภาพรวม	99

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2560 หมวด 5 มาตราที่ 55 ได้กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2560) กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามเจตนารมณ์ของกฎหมายดังกล่าวจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปีขึ้น และกำหนดให้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อความเป็นเลิศทางด้านสาธารณสุขทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

- 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention and Promotion Excellence)
- 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
- 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
- 4) บริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence)

ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศนั้น ได้กำหนดให้โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นโครงการสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลหรือบริการ เพื่อตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่นได้ (CDC, 2020) นักวิชาการทางด้านสาธารณสุข อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านทางด้านสุขภาพเป็นทั้งชุดความรู้ ทักษะ หรือความสามารถในการปฏิบัติบางสิ่ง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีได้หลายระดับตั้งแต่ระดับพื้นฐานที่คนมีความรู้บางอย่าง หรือการที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามหลักการหรือคำแนะนำด้านสุขภาพ จนถึงระดับกลางคือ ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ด้านสุขภาพ เช่น การตอบโต้ซักถาม จนถึงระดับการวิพากษ์ที่บุคคลสามารถวิเคราะห์ แยกแยะ และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างมีหลักการ (Liu C et.al., 2020) องค์การอนามัยโลกอธิบายความสำคัญของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้ประโยชน์ส่วนบุคคลแล้ว องค์การอนามัยโลกยังเชื่อว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคคลที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เพราะหากบุคคลในสังคมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแล้ว จะให้เกิดกระแสในการขับเคลื่อนสังคมโดยเฉพาะปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Sorensen, Kristine, et al., 2012)

การศึกษาเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค ที่ผ่านมามุ่งทำการศึกษา 5 ทักษะสำคัญได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การไตร่ตรอง การตัดสินใจ และการนำไปใช้ โดยวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่พอเพียง ระดับมีปัญหา ระดับพอเพียง และระดับดีเยี่ยม ในปี พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมีปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,656 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 49.75 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 1,469 คน หรือร้อยละ 28.49 อยู่ในระดับดีเยี่ยม จำนวน 605 คน หรือร้อยละ 11.73 และอยู่ในระดับไม่พอเพียงจำนวน 517 คน หรือร้อยละ 10.03 ตามลำดับ ขณะที่ปี พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,481 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 48.03 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับมีปัญหา จำนวน 1,536 คน หรือร้อยละ 29.73 อยู่ในระดับไม่พอเพียงจำนวน 585 คน หรือร้อยละ 11.32 และอยู่ในระดับดีเยี่ยมจำนวน 564 คน หรือร้อยละ 10.92 ตามลำดับ ส่วนปี พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ มีปัญหา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียงถึงร้อยละ 45.27 รองลงมา เป็นระดับมีปัญหาร้อยละ 31.12 ระดับไม่พอเพียงร้อยละ 13.60 และระดับดีเยี่ยมเท่ากับร้อยละ 10.01 ดังภาพที่ 1 (ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจและคณะ, 2564, 2565, 2566)

ข้อมูลจากการสำรวจในช่วงปี 2564 – 2566 เมื่อนำมาคิดเป็นร้อยละของประชาชนไทยที่มีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียงขึ้นไป พบว่า มีร้อยละของประชาชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับพอเพียงขึ้นไปเพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ ร้อยละ 55.73 ในปี 2564 ร้อยละ 58.95 ในปี 2565 และร้อยละ 61.48 ในปี 2566 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เป็นเรื่องที่มีความจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการประเมินดังกล่าวเป็นข้อมูลป้อนกลับที่สำคัญ ในการดำเนินงาน โดยในปีงบประมาณ 2567 สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้ประชุม กับกองโรคเพื่อพิจารณาคัดเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญและประเด็นโรคที่ได้รับการพยากรณ์ว่าจะมีความชุก เพิ่มขึ้น จำนวน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) โรคติดต่ออุบัติใหม่ 2) โรคไข้หวัดใหญ่ 3) ปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาด ไม่เกิน 2.5 ไมครอน 4) วัณโรค และ 5) การสูบบุหรี่ไฟฟ้า

นอกจากการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วการสำรวจปัจจัยเชิงสาเหตุของความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน ความรู้ดังกล่าวจะช่วยให้บุคลากร ทางด้านสาธารณสุขสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนได้ดีขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้นำเสนอ แผนผังมโนทัศน์ (Conceptual Framework) ที่แสดงถึง ปัจจัยที่สำคัญกับภาวะ สุขภาพของบุคคล โดยแผนผังดังกล่าวได้อธิบายถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและภาวะ สุขภาพของบุคคลว่าประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น การดำเนินงานของภาครัฐ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง การให้ความรู้ด้านสุขศึกษา ค่านิยมของประชาชน เช่น มุมมองของประชาชนที่มีต่อรัฐ ซึ่งการศึกษาในปี 2566 ที่ผ่านมาก็ได้แสดงให้เห็นว่า เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกัน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยทางด้านสังคมนั้นพบว่า แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัย สุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งทำการศึกษา ตามแผนผังดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการ และวางแผนเกี่ยวกับการพัฒนาความรอบรู้

ด้านสุขภาพในปีต่อไป โดยมีคำถามการวิจัยหลักว่า ลักษณะและระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยว่าเป็นอย่างไร และมีคำถามการวิจัยรองเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมสุขภาพว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูล ความรู้ และการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในประเด็นที่เป็นจุดเน้นหรือไม่ อย่างไร

คำถามในการวิจัย

1. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนมีลักษณะเป็นอย่างไรและอยู่ในระดับใด
2. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับใด
4. ความเข้าใจข้อมูลและพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร
5. ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนอยู่ในระดับใด
6. ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
7. ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
8. ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อระดับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะและระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
3. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน
4. เพื่อศึกษาระดับความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
5. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน
6. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
7. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
8. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ด้านกลุ่มเป้าหมาย

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ประจำปี 2567 มุ่งศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) กลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างตามข้อเสนอแนะของ Cohen, J. (1988) โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression) โดยกำหนดค่าเบื้องต้นในการคำนวณ ดังนี้ ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.15 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 จำนวนตัวแปรทำนาย เท่ากับ 6 ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างเขตละ 146 คน และเพิ่มค่าประมาณการการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างเขตละ 176 คน จำนวน 13 เขต รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ จำนวน 2,288 คน เมื่อทำการแบ่งขนาดตัวอย่างรายเขตแล้ว ได้มีการประมาณค่าเพื่อให้เป็นจำนวนเต็ม ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2,600 คน

(2) ขนาดตัวอย่างเพื่อการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ขนาดตัวอย่างจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 4 พื้นที่ พื้นที่ละ 16 คน รวมเป็น 64 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

2. ด้านระยะเวลาของการดำเนินการ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยในระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนกรกฎาคม 2567

3. ด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งศึกษาระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูล ช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2567 อันได้แก่ 1) โรคติดต่อทางเดินหายใจ 2) โรคไข้หวัดใหญ่ 3) ปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน 4) วัณโรค และ 5) การสูบบุหรี่ไฟฟ้า และศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

4. ด้านตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

- 1) ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร
- 2) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 3) แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 5) ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 6) พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 7) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน
- 8) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ประโยชน์ ผลสำเร็จ และความคุ้มค่าของการศึกษาที่คาดว่าจะได้รับ

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567 คาดว่าจะมีประโยชน์ ผลสำเร็จ และความคุ้มค่าของการสำรวจที่จะได้รับ ดังนี้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และพัฒนาเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องความพึงพอใจและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการดำเนินงานในเรื่องที่เกี่ยวข้องของกรมควบคุมโรค
4. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การได้รับเนื้อหาสาระต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย โรคไข้หวัดใหญ่ ปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน วัณโรค และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ที่กรมควบคุมโรคได้มีการสื่อสาร

แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ชนิดหรือแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคลที่ประชาชนได้รับ

ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกดี ความประทับใจ ชอบ ยินดี เต็มใจหรือมีความสุขของประชาชนที่มีต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับ ตามความต้องการหรือตามจุดมุ่งหมายที่ความคาดหวังไว้

ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระลึก จดจำได้ของประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย โรคไข้หวัดใหญ่ ปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน วัณโรค และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

พฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อป้องกันการควบคุมการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย โรคไข้หวัดใหญ่ ปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน วัณโรค และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค และลดขนาดและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค หมายถึง ภาพที่เกิดขึ้นในจิตใจหรือภาพตามความรู้สึกนึกคิดของประชาชนต่อกรมควบคุมโรค ซึ่งภาพในใจดังกล่าวนั้นอาจจะมาจากทั้งประสบการณ์ตรง (Direct Experience) หรือประสบการณ์ทางอ้อม (Indirect Experience) ในประเด็นเรื่ององค์กร บุคลากร กระบวนการดำเนินงาน และผลสำเร็จของงาน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567 ประกอบด้วยการนำเสนอใน 4 ตอนหลัก ได้แก่

ตอนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 การสื่อสารและภาพลักษณ์องค์กร

ตอนที่ 3 พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 4 ประเด็นที่เป็นจุดเน้นในการสื่อสารและกรมควบคุมโรค

ตอนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกกล่าวถึงครั้งแรกในการสัมมนาทางวิชาการด้านสาธารณสุข ในปี 1974 และได้ถูกกำหนดให้เป็นประเด็นสำคัญทางด้านสาธารณสุขโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 1998 นักวิชาการสาธารณสุขได้มีความเห็นร่วมกันว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพส่วนบุคคลและสุขภาพโดยรวมของประเทศ ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการ และมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวอย่างหลากหลาย ทำให้มีนักวิชาการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้เป็นจำนวนมาก และยังคงมีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง องค์กรและนักวิชาการด้านสาธารณสุขที่มีความน่าเชื่อถือได้กล่าวถึงความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ ดังนี้

WHO (1998) อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการคิดและความสามารถทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการเสริมสร้างและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

Nutbeam (2000) อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะส่วนบุคคล ทักษะการรู้คิด และทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการรักษาและส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล

กรมอนามัย (2561) อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบข้อซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

กระทรวงสาธารณสุข (2560) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตผลลัพธ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

การกำหนดนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดขึ้น เป็นเครื่องช่วยตัดสินใจในการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่อไป การวิจัยครั้งนี้เลือกกำหนดความหมายของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ประกอบด้วย ทักษะทางด้านการรู้คิด และทักษะทางด้านสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปใช้ในการรักษาสุขภาพ และป้องกันโรคได้

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เนื่องจากประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป อย่างไรก็ตามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่อิงอาศัยการนิยามความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ปัจจุบันนี้มีเครื่องมือวัดประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันเป็นจำนวนมาก โดยแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน ได้แก่ แนวคิดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam, 2015 โดย Nutbeam อธิบายว่า โดยทั่วไปแล้วเราสามารถแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2562), อังศิรินทร์ อินทรคำแหง (2560))

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานในการทำ ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง อ่าน พูด เขียน เช่น การอ่านใบยินยอม การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลในการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจ กับคำพูดและข้อแนะนำของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การกินยา การนัดหมาย
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน ส่วนบุคคล ทักษะด้านการรู้คิด และทักษะด้านสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ ของตนเอง เช่น การเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร การรู้จักซักถามผู้รู้ การใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นทางด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับตน
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ประกอบด้วยทักษะ ด้านการรู้คิด และทักษะด้านสังคมในระดับที่สูงขึ้น เป็นความสามารถในการเลือกใช้และวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกที่จะปฏิบัติในการสร้างเสริม สุขภาพ และรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้นักวิชาการบางส่วนอธิบายเพิ่มเติม ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล การพัฒนาด้านสังคม การเมือง และสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพไปพร้อมกัน โดยการประสานประโยชน์ของบุคคล ชุมชน และสังคมร่วมกันเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

อย่างไรก็ตามแนวคิดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam, 2015 ยังเป็นเพียงแนวคิดกว้าง ๆ ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้มีนักวิชาการสาธารณสุขอีกหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติม เช่น การวิจัยของขวัญเมือง แก้วคำเกิง และจำเนียร ชุณหโสภาค, 2563 ที่เสนอแนะการแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่พอเพียง มีปัญหา พอเพียง และดีเยี่ยม

นอกจากประเด็นเรื่องการแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว ปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ที่ควรนำมาพิจารณาในการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น คือ การกำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพยังเป็นประเด็นสำคัญในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดย Nutbeam, 2015 อธิบายว่าการประเมินระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ซับซ้อน นักวิชาการสาธารณสุขสามารถแบบประเมินได้ตามความสนใจของตน แต่อย่างไรก็ตามการประเมินดังกล่าว ควรมีลักษณะของการประเมินความสามารถหรือทักษะของบุคคลใน 3 มิติใหญ่ ได้แก่

- การเข้าถึง หมายถึง ระดับในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และสามารถแยกความแตกต่างระหว่างข้อมูลที่ได้มาจากแต่ละแหล่ง
- การเข้าใจ หมายถึง ระดับความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงและแตกต่างจากข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป
- การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และระดับความสามารถในการนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนได้รับไปปฏิบัติเพื่อให้ได้รับประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวอย่างเต็มที่

จากการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยมักจะมีการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

การวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561)

- 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ ทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ความสามารถในการค้นหา การเข้าถึงเครื่องมือและรู้วิธีการค้นหา ความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง
- 2) ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการจดจำเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจเนื้อหาสาระหรือประเด็นสำคัญด้านสุขภาพ และความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
- 3) ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพ ด้วยการพูด อ่าน เขียน ให้ผู้อื่นเข้าใจ
- 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ รวมถึงการทำตามแผนที่กำหนดไว้
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะให้กับสังคม

- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธเพื่อหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีรวมถึงการใช้เหตุผล หรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ

การวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพแบบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ทักษะการเข้าถึง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการกลั่นกรอง และตรวจสอบความเหมาะสม หรือความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพที่บุคคลได้รับแต่ละแหล่ง
- 2) ทักษะการเข้าใจ หมายถึง ความสามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพ ที่ตนได้รับ รวมถึงการมีวิธีการทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพ
- 3) ทักษะการไต่ถาม หมายถึง ความสามารถในการวางแผนใช้คำถาม ทักษะการคิด เพื่อการตั้งคำถาม การเลือกใช้คำถาม และการประเมินคำถามของตนเองว่ามีความเหมาะสม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน
- 4) ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการระบุประเด็นปัญหา การสร้างทางเลือก ในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และการประเมินทางเลือกที่เหมาะสมกับลักษณะ หรือบริบทของตนเอง รวมถึงความสามารถในการแสดงจุดยืน หรืออธิบายจุดยืน ทางด้านสุขภาพของตนเองกับผู้อื่นได้
- 5) การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถในการเตือนตนเองให้ปฏิบัติตามแผนในการส่งเสริม หรือรักษาสุขภาพที่ตนได้เลือก และมีความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถ มีพฤติกรรมสุขภาพได้ตามแผนการที่วางไว้

ตอนที่ 2 การสื่อสารและภาพลักษณ์องค์กร

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร

ความหมายของการสื่อสาร

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่า หมายถึง วิธีการนำถ้อยคำ ข้อความ หรือหนังสือ เป็นต้น จากบุคคลหนึ่งหรือสถานที่หนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง หรือสถานที่หนึ่ง นักนิเทศศาสตร์อธิบายว่าการสื่อสารประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 4 อย่าง ได้แก่

- 1) ผู้สื่อสาร หรือผู้ส่งสาร (Sender/Source) หมายถึง ผู้ที่เริ่มต้นการติดต่อสื่อสาร อาจเป็นบุคคลเดี่ยว กลุ่มบุคคล องค์กร หรือสถาบัน
- 2) ข่าวสารหรือเนื้อหาสาระ (Message) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ซึ่งอาจจะเป็นภาษา สัญลักษณ์ หรือสัญญาณต่าง ๆ ที่สามารถสื่อความหมายเป็นที่เข้าใจกัน
- 3) ช่องทาง (Channel) หมายถึง หนทางหรือวิธีที่จะนำเอาข้อมูลข่าวสารจากผู้ส่งไปยังผู้รับ ทำให้ผู้ส่งกับผู้รับได้รับข่าวสารตรงกัน
- 4) ผู้รับสาร (Receiver) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นเป้าหมายของการสื่อสาร หรือเป็นจุดหมายปลายทางของสาร

ระบบการสื่อสารของมนุษย์

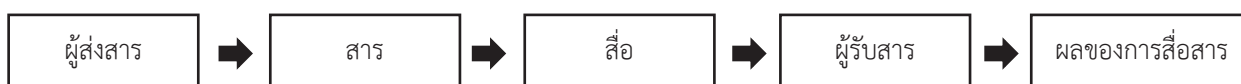
ระบบการสื่อสารของมนุษย์สามารถแบ่งได้ด้วยการวิธีการหลายอย่าง เช่น การแบ่งด้วยลักษณะของการสื่อสารว่าเป็นกระบวนการภายในหรือภายนอกของบุคคล หรือการแบ่งด้วยจำนวนคนที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารนั้น ๆ โดยทั่วไปนักการสื่อสารแบ่งการสื่อสารออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การสื่อสารภายในบุคคล (Intrapersonal Communication) เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นภายในบุคคลเดียว หรือเป็นการสนทนากับตนเอง ได้แก่ การสื่อสารเพื่อการตัดสินใจ การปรารภกับตนเอง การบ่น หรือแม้แต่การเขียนบันทึก
- 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่าง 2 คนขึ้นไป ซึ่งได้ทำการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูล อาจจะมีลักษณะเป็นการสื่อสารแบบตัวต่อตัว เช่น การสนทนา การโต้แย้ง หรือเป็นการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารแบบเป็นหมู่คณะ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่
 - 2.1) การสื่อสารภายในกลุ่ม (Group Communication) เป็นการติดต่อแลกเปลี่ยนข่าวสารที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายคน อาจอยู่ในรูปแบบของการสนทนาหารือ การประชุม
 - 2.2) การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่อาศัยเครื่องมือหรือสื่อในการช่วยกระจายข้อมูลจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารที่มีจำนวนมาก และอาจจะอยู่ในสถานที่ที่แตกต่างกัน การสื่อสารในลักษณะนี้จะสามารถส่งข่าวสารได้ในเวลาอันสั้น และถึงผู้รับสารในเวลาใกล้เคียงกัน

แบบจำลองของการสื่อสาร

การสื่อสารเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีความเป็นพลวัต การทำความเข้าใจระบบการสื่อสารจึงจำเป็นต้องมีการนำแบบจำลองมาใช้เพื่ออธิบายกระบวนการการสื่อสาร และขั้นตอนทั้งหมด แบบจำลองการสื่อสารเป็นสิ่งที่มีการศึกษาเป็นเวลานาน แบบจำลองกระบวนการสื่อสารรูปแบบแรก ที่ถือว่าเป็นแบบจำลองการสื่อสารคลาสสิก และได้รับการยอมรับทั่วไป คือ แบบจำลองการสื่อสารของอริสโตเติล (Aristotle) ที่อธิบายว่า การสื่อสารมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่ ผู้พูดหรือผู้ส่งสาร คำพูดหรือสาร และผู้ฟังหรือผู้รับสาร แบบจำลองของอริสโตเติลให้ความสำคัญกับความสามารถในการพูด หรือเรียกว่า วาทศิลป์ อริสโตเติลเน้นความสำคัญไปที่ผู้ส่งสาร (เกคินี จุฑาวิจิตร, 2558) โดยอธิบายว่าผู้ส่งสารจะต้องมีบุคลิกที่น่าเชื่อถือ มีความจริงใจต่อผู้ฟัง มีความปรารถนาดีต่อผู้ฟัง รู้จักการสังเกตอารมณ์และเจตคติของผู้ฟัง เพื่อเลือกใช้ถ้อยคำที่เหมาะสม มีการเรียบเรียงคำพูดที่ดี รู้จักการใช้หลักเหตุและผลมาสนับสนุนการพูด มีการเน้นย้ำเนื้อหาที่สำคัญ และมีรูปแบบในการพูดที่ชัดเจน

แบบจำลองการสื่อสารของฮาโรลด์ ลาสเวลล์ (Laswell, 1948) แบบจำลองของลาสเวลล์เน้นการวิเคราะห์หน้าที่ของการสื่อสารในสังคม ลาสเวลล์อธิบายว่าการสื่อสารไม่จำเป็นจะต้องเป็นการสื่อสารสองทางเสมอไป การสื่อสารในสังคมทุกวันนี้ ข่าวสารมักจะได้รับการกลั่นกรองจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมาแล้ว ไม่ว่าจะป็นนักโฆษณา บรรณาธิการ หรือเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ ลาสเวลล์อธิบายว่าวางแผนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะต้องตอบคำถามต่อไปนี้ คือ “ใคร พูดอะไร ผ่านสื่อใด กับใคร เกิดผลอย่างไร”



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการสื่อสารของ Laswell

ที่มา : ชนกนันท์ เสรีธรรมาชน (2561)

แบบจำลองการสื่อสาร SMCR ของเบอร์โล แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 4 อย่างของการสื่อสาร ได้แก่

- ผู้ส่งสาร (S - Source) ผู้ส่งสารจำเป็นจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสาร โดยเฉพาะความสามารถในการเข้ารหัสเนื้อหาข่าวสาร มีเจตคติที่ดีต่อผู้รับ มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการจะส่งเป็นอย่างดี รู้จักและมีความสามารถในการปรับระดับข้อมูลให้เหมาะสมกับระดับของผู้รับสาร เข้าใจพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับสาร
- ข้อมูล (M - Message) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา สัญลักษณ์ และวิธีการส่งข่าวสาร
- ช่องทางในการส่ง (C - Channel) เป็นวิธีการในการส่งข้อมูลให้ผู้รับสารได้รับข้อมูลผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยิน การได้ดู การลิ้มรส การรับสัมผัส และการได้กลิ่น ซึ่งอาจจะใช้วิธีการเดียว หรือหลายวิธีการรวมกันก็ได้
- ผู้รับ (Receiver) ต้องเป็นผู้มีทักษะความชำนาญในการสื่อสาร มีความสามารถในการถอดรหัส มีเจตคติ ความรู้ พื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมเหมือนกับผู้ส่งสาร

แบบจำลองนี้อธิบายว่า การสื่อสารจะสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ

- 1) ทักษะในการสื่อสาร (Communication Skills) หมายถึง ทักษะของผู้ส่งและผู้รับสาร โดยผู้ส่งสารต้องมีความสามารถในการเข้ารหัสสาร มีการสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่กำกวม มีการสื่อสารที่น่าสนใจ ผู้รับต้องมีความสามารถในการถอดรหัสสาร เช่น มีความเข้าใจในภาษาของผู้ส่งสาร
- 2) เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ถ้าผู้ส่งสารและผู้รับสารมีเจตคติที่ดีต่อการสื่อสารในเรื่องนั้น ๆ จะทำให้การสื่อสารได้ผลดี นอกจากนี้เจตคติที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งก็เป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ถ้าผู้รับสารมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ส่งสาร ก็จะมักจะยอมรับในประเด็นที่ผู้ส่งสารนำเสนอได้ง่าย แต่ถ้าผู้รับสารมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ส่งสาร ผู้รับสารก็ย่อมมองหาข้อโต้แย้ง และรู้สึกขัดแย้งในประเด็นที่ผู้ส่งสารนำเสนอ ในทางกลับกันถ้าผู้ส่งสารมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้รับสาร ผู้ส่งสารก็ย่อมไม่เต็มใจที่จะส่งข้อมูลข่าวสาร
- 3) ระดับความรู้ (Level of Knowledge) ถ้าผู้ส่งสารและผู้รับสารมีระดับความรู้ในเรื่องนั้นพอกัน จะส่งผลให้การสื่อสารครั้งนั้นสามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี แต่หากระดับความรู้ของผู้รับสารและผู้ส่งสารแตกต่างกันมาก ก็ย่อมมีแนวโน้มที่การสื่อสารครั้งนั้นอาจจะมีอุปสรรคในกรณีนี้ผู้ส่งสารควรหลีกเลี่ยง การใช้ถ้อยคำหรือศัพท์เฉพาะที่เข้าใจยาก

- 4) ระบบสังคมและวัฒนธรรม (Socio - culture system) สังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่มีส่วนกำหนดการรับรู้ ค่านิยม เจตคติ และแบบแผนพฤติกรรมของประชาชนในประเทศนั้น ๆ ผู้ส่งสารและผู้รับสารจึงจำเป็นต้องเข้าใจบริบทดังกล่าว เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเข้าใจที่ตรงกัน

ตอนที่ 3 พฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรม จากการศึกษาความหมายของพฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2545) อธิบายว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า ซึ่งนักวิชาการได้จัดประเภทพฤติกรรมเป็น 2 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมภายใน (Cover Behavior) ซึ่งประกอบด้วยปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรมที่เป็นรูปธรรมสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การยึดตัวของกล้ามเนื้อ ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม ความคาดหวัง พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตน แต่จะเห็นได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา ส่วนพฤติกรรมภายนอก (Over Behavior) จะหมายถึงการกระทำที่สามารถวัดและสังเกตได้โดยตรง เช่น ท่าทาง หรือคำพูด น้ำเสียง หรือสีหน้า

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม พฤติกรรมมนุษย์มี 2 ประเภท คือพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก พฤติกรรมภายในเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกได้ เช่น คำพูด สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น

องค์ประกอบของพฤติกรรม ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของพฤติกรรม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

(1) พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ และข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบ การตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา ประกอบด้วย ความสามารถ ระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้

(2) พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้หมายถึงความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ การรับ การตอบสนอง การให้คุณค่า

(3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) พฤติกรรมด้านนี้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก หรือสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลที่ไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป

จากแนวคิดนี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมประกอบไปด้วย พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตามที่มีอิทธิพลหรือเชื่อว่า จะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการทำให้สุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลง นอกจากนี้ยังพฤติกรรมศาสตร์ บางท่านยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกต ได้ชัดเจน เช่น ความรู้ การปฏิบัติตัวและทักษะ และพฤติกรรมภายในที่สังเกตไม่ได้ เช่น เจตคติ แรงจูงใจ ความเชื่อ แต่ส่งผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ (Gochman ,1998; Kasl and Cobb; 1976; สุชาติ โสภประยูร และคณะ, 2545)

การจำแนกพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล ที่มีสุขภาพดีและไม่มีอาการของการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสวมหมวกป้องกัน ศีรษะสำหรับขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การปฏิบัติตามกฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบ เพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีผล ต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องและพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลง หรือหมดไปก่อนที่จะไปพบแพทย์

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่น กำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วยโดยบุคคลนั้นจะเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมนั้น ๆ กำหนด เช่น การหยุดจากงานปกติไว้ชั่วคราว การเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์หรือบุคลากร ด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายและกลับสู่สภาพปกติ ขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ซึ่งเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งมีสุขภาพดี เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) เพื่อแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาล และพฤติกรรม บทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เพื่อการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยให้หายสู่สภาพปกติ

ระดับการป้องกันโรค สามารถแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (Primary Prevention) การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง มีจุดมุ่งหมายที่จะกระทำเพื่อขจัดโอกาส ที่โรคจะเกิดขึ้นในมนุษย์ โดยมี 3 แนวทาง คือ ขจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันการสัมผัสระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและปัจจัยมนุษย์ และเสริมสร้างความเข้มแข็งปัจจัยมนุษย์ เพื่อเพิ่มการป้องกันต่อปัจจัยของโรค จุดมุ่งหมายของการป้องกันระดับที่หนึ่ง ไม่เพียงแต่ป้องกันการตาย ก่อนวัยอันควรและยืดอายุขัย แต่มีความสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมการปรับตัวให้ดีขึ้น และเสริมสร้างชีวิตที่มีคุณค่า การป้องกันระดับที่หนึ่ง ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) วิธีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้เจาะจงต่อโรคใดๆ โดยเฉพาะ แต่มีจุดประสงค์ที่จะปรับปรุงสุขภาพโดยทั่วไป และการกินดีอยู่ดีของบุคคล หรือของชุมชน

1.2 การป้องกันเฉพาะโรค (Specific Protection) เป็นการลดคนที่มีโอกาสป่วยลง ตามสาเหตุของโรคโดยตรง

2. การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) การป้องกันระดับที่สองเป็นการกระทำ ซึ่งหยุดยั้งการดำเนินตัวของโรค ในระยะแรกเริ่มและป้องกันอาการแทรกซ้อน การป้องกันระดับที่สอง เป็นแนวคิดของการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ เป็นการระงับความเจ็บไข้ ควบคุม รักษาโรค ป้องกัน ความพิการและการเสียชีวิต ตลอดจนป้องกันการดำเนินตัวของโรคไปติดต่อรายต่อไปในชุมชน

2.1 การวินิจฉัยโรคล่วงหน้าและการรักษาทันที่ (Early Diagnosis and Prompt Treatment) ยิ่งโรคได้รับการตรวจสอบและรักษาแต่แรกเริ่มเร็วเท่าใด โรคนั้นจะมีการป้องกัน ไปสู่คนอื่น ๆ ในชุมชนได้ดีขึ้นเท่านั้น

2.2 การลดความพิการ (Disability Imitation) เป็นแนวทางการหยุดยั้ง การดำเนิน ของโรคโดยให้การรักษายาบาลอย่างเพียงพอและพยายามป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อป้องกันการ สูญเสียชีวิตหรือพยายามยืดการเสียชีวิตออกไป

3. การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันโรคในระยะ ที่เป็นโรคมามากแล้ว (Advanced Disease) การป้องกันในระดับนี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนผลเสียที่ตามมาภายหลัง ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นการใช้การรวมตัว และการประสานงานของมาตรการทางการแพทย์ สังคม การศึกษา และการฝึกฝนอาชีพ ให้มีระดับ ความสามารถในการทำหน้าที่ของชีวิตให้ดีขึ้นเท่าที่จะเป็นไปได้

ตอนที่ 4 ประเด็นที่เป็นจุดเน้นในการสื่อสารของกรมควบคุมโรค

การนำเสนอในตอนนี้จะนำเสนอรายละเอียดของโรคที่เป็นจุดเน้นในการสื่อสารของกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2567 ในประเด็นที่ถูกสื่อสารโดยกรมควบคุมโรค โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โรคติดต่อมาโดยยุงลาย

โรคติดต่อมาโดยยุงลายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อประเทศ เพราะเป็นโรคที่มีความรุนแรง เพราะโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่าย และผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อย่างทัน่วงที โดยโรคติดต่อมาโดยยุงลายที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย

โรคไข้เลือดออก

อาการ

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไข้เลือดออกอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย หรืออาจจะเกิดอาการรุนแรงจนเสียชีวิต ความรุนแรงของการติดเชื้อขึ้นอยู่กับอายุ ภาวะภูมิคุ้มกัน และความรุนแรงของเชื้อ ลักษณะที่สำคัญของโรคไข้เลือดออก คือ

1. ไข้สูงเฉียบพลันประมาณ 2 - 7 วัน
2. เบื่ออาหาร หน้าแดง ปวดศีรษะ ร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย
3. บางรายอาจมีจุดเลือดสีแดงขึ้นตามลำตัว แขน ขา อาจจะมีเลือดกำเดาออกหรือเลือดออกตามไรฟัน และถ่ายอุจจาระดำเนื่องจากเลือดออก และอาจทำให้เกิดอาการช็อกได้
4. ในรายที่ช็อกจะสังเกตได้จากอาการไข้ลดแต่ผู้ป่วยซึมลง ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว หหมดสติ หากรักษาไม่ทันอาจเสียชีวิตได้

การรักษา

โรคไข้เลือดออกไม่มียารักษาเฉพาะ การรักษาจะใช้วิธีการประคับประคอง เช่น ให้ยาลดไข้ เช็ดตัวลดไข้ และให้สารน้ำชดเชย เช่น การให้น้ำเกลือเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำเนื่องจากไข้สูง ถ้ามีอาการปวดท้อง ปัสสาวะน้อยลง กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น โดยเฉพาะในช่วงไข้ลดลง ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา

อาการ

ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ใช้เวลาตั้งแต่รับเชื้อประมาณ 3 - 12 วัน อาการที่พบบ่อยได้แก่ มีไข้ ออกรูปร่าง เยื่อบุตาอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ อาการเหล่านี้ปกติแล้วจะเป็นเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง อาการเหล่านี้จะทุเลาลงภายใน 2 - 7 วัน ได้เอง ยกเว้นในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งอาจทำให้ทารกมีภาวะศีรษะเล็กแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด หรือผู้มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาโดยเฉพาะ การรักษาทำได้ด้วยการพักผ่อนให้เพียงพอ ดื่มน้ำมาก ๆ และรักษาตามอาการ เช่น ใช้ยาพาราเซตามอลเพื่อลดไข้หรือบรรเทาอาการปวด ทั้งนี้ห้ามรับประทานยาแอสไพรินหรือยากลุ่มลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เนื่องจากยาบางชนิดเป็นอันตรายสำหรับโรคนี้ โดยอาจทำให้เลือดออกในอวัยวะภายในได้ง่ายขึ้น

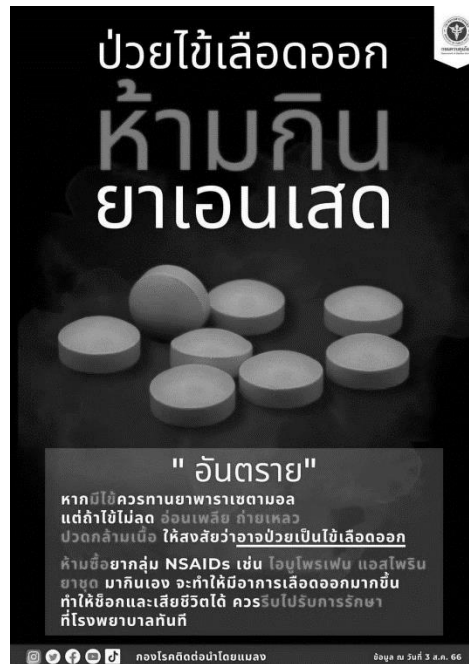
โรคไข้ปวดข้อยุงลาย (โรคชิคุนกุนยา)

อาการ

ผู้ป่วยจะมีไข้สูงอย่างฉับพลัน มีผื่นแดงขึ้นตามร่างกายและอาจมีอาการคันร่วมด้วย มีตาแดงแต่ไม่ค่อยพบจุดเลือดออกในตาขาว ในเด็กจะมีอาการไม่รุนแรงเท่าในผู้ใหญ่ อาการที่ชัดเจนในวัยผู้ใหญ่ คือ ปวดข้อ ข้อบวมแดงอักเสบ และเจ็บ เริ่มจากบริเวณข้อมือ ข้อเท้า และข้อต่อแขนขา อาจพบอาการปวดกล้ามเนื้อด้วย อาการปวดข้อจะพบได้ในหลาย ๆ ข้อ เปลี่ยนตำแหน่งไปเรื่อย ๆ อาการจะรุนแรงมากจนบางครั้งขยับข้อไม่ได้ อาการจะหายภายใน 1 - 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายอาจปวดข้อนานเป็นเดือนหรือเป็นปี ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือช็อก ซึ่งแตกต่างจากโรคไข้เลือดออก อาจพบจุดเลือดออกบริเวณผิวหนังได้

การรักษา

โรคนี้นักหายเองและยังไม่มียารักษาเฉพาะโรค การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดในตอนนี้เป็นคือ การรักษาตามอาการ เช่น การใช้ยาอะเซตามิโนเฟน ในการรักษาอาการไข้ แก้วปวด ในระยะแรก การป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดในช่วงที่มีไข้ เพื่อลดโอกาสการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น



ภาพที่ 2.2 สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยยุงลาย

2. โรคไข้หวัดใหญ่

การติดต่อของโรค

เชื้อไข้หวัดใหญ่จะอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะของผู้ป่วย ติดต่อได้ง่ายโดยทางเดินหายใจจากการไอหรือจาม เชื้อจะเข้าทางปากและเยื่อเมือก สัมผัสเสมหะของผู้ป่วยทางแก้วน้ำ ผ้า จูบ สัมผัสทางมือที่ปนเปื้อนเชื้อโรค ระยะเวลาที่ติดต่อกันคือ 1 วันก่อนเกิดอาการและ 5 วันหลังจากมีอาการ ในเด็กอาจแพร่เชื้อ 6 วันก่อนมีอาการและแพร่เชื้อได้นาน 10 วัน ในการเกิดโรคแต่ละครั้งจะเกิดโรคจากสายพันธุ์ย่อย ๆ เพียงสายพันธุ์เดียว ซึ่งเป็นแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์นั้น เชื้อไข้หวัดใหญ่บางสายพันธุ์ อาจผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันทำให้เกิดการระบาดใหญ่ และมีการเรียกชื่อโรคที่ระบาดแต่ละครั้งตามชื่อประเทศที่เป็นแหล่งต้นกำเนิด

อาการของโรคไข้หวัดใหญ่

มักจะเกิดอาการไข้สูง ตัวร้อน หนาว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อมาก โดยเฉพาะที่หลัง ต้นแขน ต้นขา ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คัดจมูก มีน้ำมูกใส ๆ ไอแห้ง ๆ จุกแน่นท้อง แต่บางรายอาจไม่มีอาการ คัดจมูก หรือเป็นหวัด มีข้อสังเกตว่าไข้หวัดใหญ่มักพบอาการของหวัดค่อนข้างน้อย เช่น อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ จาม ซึ่งแตกต่างจากไข้หวัดที่พบอาการเหล่านี้ได้ค่อนข้างบ่อย ไข้มักเป็นอยู่ 2 - 4 วันแล้วค่อย ๆ ลดลง อาการไอและอ่อนเพลียอาจเป็นอยู่ 1 - 4 สัปดาห์ แม้ว่าอาการอื่น ๆ อาจจะหายลงแล้ว บางรายเมื่อหายจากอาการไข้หวัดใหญ่แล้วอาจมีอาการเวียนศีรษะ เมารถ เมาเรือ เนื่องจากการอักเสบของอวัยวะการทรงตัวในหูชั้นใน ซึ่งมักจะหายเองใน 3 - 5 วัน

ข้อแนะนำในการดูแลรักษา

1. นอนพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ควรออกกำลังกาย
2. ดื่มน้ำเกลือแร่ หรือน้ำผลไม้ ดื่มน้ำปัสสาวะใส ไม่ควรดื่มน้ำเปล่ามากเกินไป เพราะอาจทำให้ขาดเกลือแร่
3. รักษาตามอาการ หากมีไข้ให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัว หากไข้ไม่ลดให้รับประทานยาลดไข้ เช่น พาราเซตามอล ห้ามใช้ยาแอสไพริน โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี เพราะอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงอื่น ๆ ตามมา
4. หากทานยาแล้วอาการไข้ไม่ดีขึ้นควรรีบพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง
5. ในผู้ที่เจ็บคออาจใช้น้ำ 1 แก้ว ผสมเกลือ 1 ช้อน กลั้วคอ อย่าสูบน้ำมูกแรง ๆ อาจจะทำให้เชื้อลุกลาม
6. ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดให้หลีกเลี่ยงการใช้โทรศัพท์สาธารณะ ลูกบิดประตู เวลาไอหรือจามต้องใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากและจมูก

การป้องกัน

1. ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่
2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย
3. ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น หลอดดูด ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ ช้อน
4. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก
5. ปิดปากปิดจมูกเมื่อไอ จาม หรือสวมหน้ากากอนามัย
6. เมื่อป่วยควรหยุดงาน หยุดเรียน แล้วพักผ่อนอยู่กับบ้านจนกว่าจะหาย



ภาพที่ 2.3 สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่

3. ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

ฝุ่นละออง หมายถึง อนุภาคของแข็งและหยดของเหลวที่แขวนลอยกระจายในอากาศ อนุภาคบางชนิดมีขนาดใหญ่จนมองเห็นเป็นเขม่าควัน แต่บางชนิดมีขนาดเล็กจนมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า โดยทั่วไปแล้วฝุ่นละอองเหล่านี้ขนาดเล็กกว่า 100 ไมครอน

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค, 2558 ได้อธิบายถึง PM 2.5 หมายถึง ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (Fine Particle) เป็นอนุภาคที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ฝุ่นละอองเหล่านี้มีแหล่งกำเนิดจากควันเสียของรถยนต์ โรงไฟฟ้า โรงงานอุตสาหกรรม ควันที่เกิดจากการหุงต้มอาหารโดยใช้ฟืน นอกจากนี้ยัง หมายถึง ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ออกไซด์ของไนโตรเจน (NO_x) และสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOC_s) ที่ทำปฏิกิริยากับสารอื่นในอากาศทำให้เกิดเป็นฝุ่นละอองได้

กลุ่มเฝ้าระวังฝุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562 ได้อธิบายว่า PM 2.5 มีชื่อเต็มว่า Particulate matter with diameter of less than 2.5 micron ซึ่งเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน PM 2.5 เป็น 1 ใน 8 ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศ

มาตรฐาน AQI

ดัชนีคุณภาพอากาศ AQI (Air Quality Index) เป็นการรายงานข้อมูลคุณภาพอากาศในรูปแบบที่ง่ายต่อความเข้าใจของประชาชนทั่วไป เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้สาธารณชนได้รับทราบถึงสถานการณ์มลพิษทางอากาศในแต่ละพื้นที่ว่าอยู่ในระดับใด มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยหรือไม่ ภายหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้เพิ่ม PM 2.5 เข้าไปเป็นเกณฑ์ในการวัดคุณภาพอากาศอีกตัวหนึ่งด้วย สรุปแล้วดัชนีคุณภาพอากาศ 1 ค่า ใช้เป็นตัวแทนค่าความเข้มข้นของสารมลพิษทางอากาศ 6 ชนิด ได้แก่ (กองจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ, 2563)

1. ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) เป็นฝุ่นที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน เกิดจากการเผาไหม้ทั้งจากยานพาหนะ การเผาวัสดุการเกษตร ไฟป่า และกระบวนการอุตสาหกรรม สามารถเข้าไปถึงถุงลมในปอดได้ เป็นผลทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคปอดต่าง ๆ หากได้รับในปริมาณมากหรือเป็นเวลานานจะสะสมในเนื้อเยื่อปอด ทำให้การทำงานของปอดเสื่อมประสิทธิภาพลง ทำให้หลอดลมอักเสบ มีอาการหอบหืด

2. ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM 10) เป็นฝุ่นที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 ไมครอน เกิดจากการเผาไหม้เชื้อเพลิง การเผาในที่โล่ง กระบวนการอุตสาหกรรม การบด การโม่ หรือการทำให้เป็นผงจากการก่อสร้าง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากเมื่อหายใจเข้าไปสามารถเข้าไปสะสมในระบบทางเดินหายใจ

3. ก๊าซโอโซน (O_3) เป็นก๊าซที่ไม่มีสีหรือมีสีฟ้าอ่อน มีกลิ่นฉุน ละลายน้ำได้เล็กน้อย เกิดขึ้นได้ทั้งในระดับบรรยากาศชั้นที่สูงจากผิวโลก และระดับชั้นบรรยากาศผิวโลกที่ใกล้พื้นดิน ก๊าซโอโซนที่เป็นสารมลพิษทางอากาศคือก๊าซโอโซนในชั้นบรรยากาศผิวโลก เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจน และสารประกอบอินทรีย์ระเหยง่าย โดยมีแสงแดดเป็นตัวเร่งปฏิกิริยามีผลกระทบต่อสุขภาพโดยก่อให้เกิดการระคายเคืองตาและระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจและเยื่อบุต่าง ๆ ความสามารถในการทำงานของปอดลดลง เหนื่อยเร็ว โดยเฉพาะในเด็ก คนชรา และคนที่เป็นโรคปอดเรื้อรัง

4. ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี กลิ่น และรส เกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของเชื้อเพลิงที่มีคาร์บอนเป็นองค์ประกอบ ก๊าซนี้สามารถสะสมอยู่ในร่างกายได้โดยจะไปรวมตัวกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจนประมาณ 200 - 250 เท่า เมื่อหายใจเข้าไปทำให้ก๊าซชนิดนี้จะไปแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเลือด เกิดเป็นคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (CoHb) ทำให้การลำเลียงออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายลดน้อยลงส่งผลให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนเพลีย และหัวใจทำงานหนักขึ้น

5. ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO_2) เป็นก๊าซที่ไม่มีสีและกลิ่น ละลายน้ำได้เล็กน้อยมีอยู่ทั่วไปในธรรมชาติหรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงต่าง ๆ อุตสาหกรรมบางชนิด เป็นต้น ก๊าซนี้มีผลต่อระบบการมองเห็นและผู้ที่มีอาการหอบหืดหรือ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ

6. ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_2) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี หรืออาจมีสีเหลืองอ่อน ๆ มีรสและกลิ่นที่ระดับความเข้มข้นสูง เกิดจากธรรมชาติและการเผาไหม้เชื้อเพลิงที่มีกำมะถัน (ซัลเฟอร์) เป็นส่วนประกอบสามารถละลายน้ำได้ดี สามารถรวมตัวกับสารมลพิษอื่นแล้วก่อตัวเป็นอนุภาคฝุ่นขนาดเล็กได้ ก๊าซนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุตา ผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ หากได้รับเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เป็นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังได้

ผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าฝุ่น PM 2.5 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ทั้งหมด 3 ทาง ได้แก่

1. ฝุ่นเป็นพิษเนื่องจากองค์ประกอบทางเคมีหรือลักษณะทางกายภาพ
2. ฝุ่นเข้าไปรบกวนระบบหายใจ
3. ฝุ่นเป็นตัวพาหรือดูดซับสารพิษเข้าสู่ร่างกาย

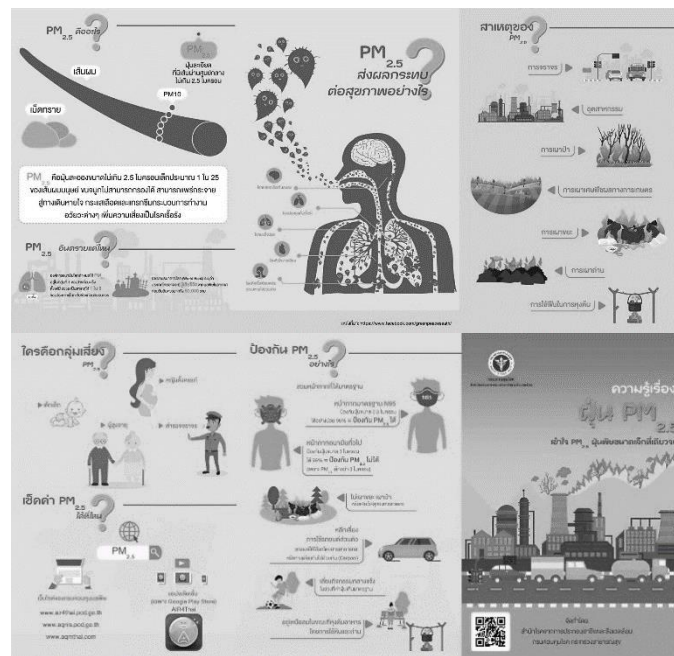
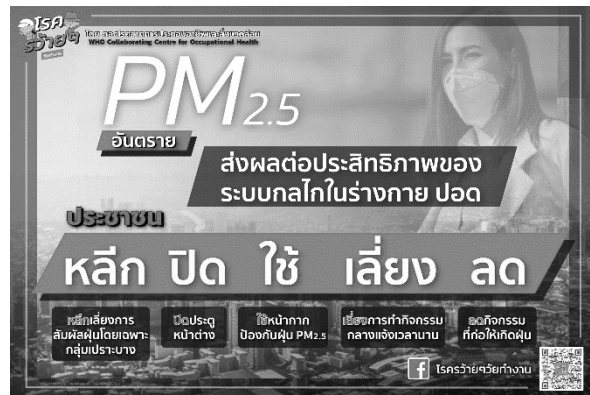
โดย PM 2.5 สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นนั้น เมื่อรับฝุ่นแล้ว อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพเฉียบพลัน ได้แก่

- มีอาการเล็กน้อย เช่น แสบตา น้ำตาไหล คัดจมูก น้ำมูกไหล ระคายเคืองผิวหนัง เป็นต้น
- มีอาการรุนแรง เช่น เหนื่อย หอบ เหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม หายใจเร็ว แน่นหน้าอก

หายใจไม่อิ่ม เจ็บหน้าอก เป็นต้น

นอกจากนี้ PM 2.5 อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว โดยอาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่อาการไอ จาม มีน้ำมูก จนถึงการอักเสบของไซนัส เจ็บคอ หายใจลำบาก ทำให้หลอดลมอักเสบ ปอดเป็นพังผืดจากการระคายเคืองเรื้อรังจนถึงโรคมะเร็งของระบบทางเดินหายใจ และผลการศึกษาจากทั่วโลกยังแสดงให้เห็นว่า หากฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงกว่าค่ามาตรฐาน จะส่งผลให้การตายด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 7 - 20% การป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 5.5% การตายและป่วยด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 2 - 5% การตายและป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 5.3% ผู้สูงอายุป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่ม 17% ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่ม 7.6% และยังทำให้สภาพปอดในเด็กแย่ลง

สำหรับในประเทศไทยสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระบุว่าปีที่มีปัญหาเรื่องฝุ่นควันนั้นมีผู้ป่วยโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเพิ่มขึ้น 3 เท่า โดยอัตราผู้ป่วยข้างต้นเพิ่มขึ้นกว่าปีก่อนถึง 4 เท่า นอกจากนี้ยังพบ ผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการตรวจจากอาการแสบตา แสบจมูก หายใจไม่สะดวก ไอ จาม มีน้ำมูกจำนวนมากในแต่ละวัน



ภาพที่ 2.4 สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องปัญหาฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

4. วัณโรค

จากการสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติครั้งล่าสุด พบว่า ความชุกของวัณโรคจากเสมหะ ย่อมพบเชื้อลดลงมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องตลอดมา จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่า จำนวนผู้ป่วยกำลังรักษาน้อย (6 ใน 142 คน) ผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย กว่าครึ่งตรวจพบก็มีพยาธิสภาพในปอดลุกลามค่อนข้างรุนแรง ผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยยังคงพบบ่อยในเพศชาย สูงเป็น 2 เท่าของเพศหญิง และในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการวางแผนการควบคุมวัณโรคในกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในปัจจุบันและอนาคตเพื่อลดการป่วยและตายจากวัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ มัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส มีรูปร่างเป็นแท่งมีขนาดเล็กมากมองด้วยตาเปล่าไม่เห็นต้องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ขยายจึงจะเห็นตัวเชื้อวัณโรค วัณโรคสามารถเป็นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ปอด ลำไส้ ไต กระดูก ผิวหนัง ต่อม้ำเหลือง และเยื่อหุ้มสมอง แต่ที่พบบ่อยและเป็นปัญหามากในปัจจุบัน คือ วัณโรคปอด

สาเหตุของวัณโรค

วัณโรคมีสาเหตุมาจากแบคทีเรียชนิดพิเศษชื่อ มัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คิวโลซิส (Mycobacterium tuberculosis) ปัจจุบันประชากร 1 ใน 3 ของโลก ซึ่งรวมถึงประเทศไทย มีเชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกายแล้ว เชื้อวัณโรคที่อาศัยอยู่ในร่างกายอาจไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย ซึ่งเรียกว่า “การติดเชื้อวัณโรค” ส่วนผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคและป่วยด้วยโรควัณโรคได้ในที่สุด เรียกว่า “ผู้ป่วยวัณโรค” ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นวัณโรคทุกคน เพราะร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่ต่อสู้เชื้อโรค มีผู้ติดเชื้อวัณโรคเพียงร้อยละ 10 ที่กลายเป็นผู้ป่วยวัณโรค เชื้อวัณโรคสามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพได้ตามอวัยวะต่าง ๆ ทุกแห่งในร่างกาย แต่ที่พบมากและทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขคือปอด ทำให้เกิดวัณโรคปอด

การติดต่อ

เชื้อวัณโรคติดต่อได้โดยไม่ต้องมีฝอยเสมหะน้ำลาย (Droplet nuclei) ที่พาเชื้อวัณโรคออกมาจากแผลในปอดของผู้ป่วย เนื่องจากเชื้อวัณโรคไม่สามารถลอยในอากาศได้ โดยตัวของมันเอง วิธีการแพร่เชื้อส่วนใหญ่เกิดจาก ผู้ป่วยวัณโรค ไอ จาม หัวเราะ ร้องเพลง หรือพูด และปล่อยเชื้อวัณโรคที่ปนกับละอองเสมหะน้ำลายเล็กๆ ออกมา ซึ่งเชื้อในละอองเสมหะขนาดเล็ก ๆ ที่ถูกไอออกมาจะลอยอยู่ในอากาศ และเชื้อวัณโรคมีโอกาสเข้าสู่ร่างกายเมื่ออนุภาคละอองเสมหะที่ถูกสูดเข้าไป ถ้ามีขนาดค่อนข้างใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกและทางเดินหายใจส่วนต้น และในที่สุดจะถูกขับออกโดยกลไกการต้านทานและการขับออกของเยื่อบุทางเดินหายใจ ส่วนละออง เสมหะขนาดเล็กมาก (0.1 มิลลิเมตร) จะเข้าไปถึงหลอดลมฝอยส่วนปลาย หรือถูกกลืนได้ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบติดเชื้อขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคอาจจะแพร่เชื้อวัณโรคให้คนใกล้ชิดได้ 10 – 15 คนต่อปี แต่หลังจากกินยาวัณโรคทุกวันประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคให้แก่คนใกล้ชิด ตามธรรมชาติเชื้อวัณโรคอาศัยและเพิ่มจำนวนอยู่ในตัวคน (หรือสัตว์) ที่ป่วยเป็นวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคปอดจะแพร่เชื้อทางเสมหะ เสมหะที่ออกมาตกไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นและไม่มีแสงแดด เชื้อจะมีชีวิตอยู่ยาวนานเป็นเดือน ถ้าอยู่ในเสมหะที่ไอจามออกมาเป็นฝอยเล็กๆ เชื้อจะมีชีวิตอยู่ได้ 7 วัน แต่ถ้าถูกแสงแดดโดยตรงเชื้อจะตายภายใน 2 - 3 ชั่วโมง

อาการและอาการแสดง

อาการทั่วไปของวัณโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ในระยะแรกจะไม่มีอาการชัดเจน หรืออาจไม่มีอาการเลย ผู้ป่วยมักไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้ต่ำ น้ำหนักลดเล็กน้อย อ่อนเพลียเล็กน้อย เบื่ออาหาร ถ้าอาการเหล่านี้มีมากขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่จะมีไอเรื้อรัง ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมารับการตรวจยิ่งไอมีโลหิต ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลทันที อาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไอมากจนเจ็บกล้ามเนื้อหรือเป็นวัณโรคที่เยื่อหุ้มปอดด้วยก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกหรือเจ็บหัวไหล่ อาการเหนื่อยหอบจะพบในผู้ป่วยวัณโรคที่มีการทำลายเนื้อปอดจนทำให้เนื้อปอดที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง กระดูก ลูกอ้นตะ กระเพาะปัสสาวะหรือไต จะมีอาการเกี่ยวกับระบบนั้น ๆ ส่วนวัณโรคต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองจะโตและคลำได้ในเด็กจะพบวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดต้องวินิจฉัยโดยการทดสอบทูเบอร์คิวลินร่วมกับลักษณะทางคลินิก

การจำแนกประเภทวัณโรค

อวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายที่เชื้อวัณโรคทำลายคือ ปอด ซึ่งเรียกว่า “วัณโรคปอด” แต่อวัยวะทุกส่วนของร่างกายสามารถติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ เช่น ต่อม้ำเหลือง ช่องท้อง ตับ กระดูกและสมอง โดยแบ่งประเภทของวัณโรคออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis : P) และวัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis : EP) กรณีที่ผู้ป่วยคนเดียวก็มีทั้งโรควัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอด ให้จัดเป็นโรควัณโรคปอด โดยมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคแบ่งออกเป็น 6 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ป่วยใหม่ (NEW) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน หรือผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคมาแล้วไม่เกิน 1 เดือนจากสถานพยาบาลอื่นและไม่ได้ขึ้นทะเบียนรักษา

1) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค และได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้ว หรือได้รับการรักษาครบแล้วต่อมากลับเป็นโรคอีก โดยมีผลตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคหรือผลเป็นบวก (ด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยใช้ไม้เขี่ยเสมหะแล้วป้ายลงบนแผ่นกระจกสไลด์โดยตรง Direct smear และด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture)

2) ผู้ป่วยการรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment after failure) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรค 1 ใน 3 กรณีนี้

- ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ (New M+ ทั้งนี้ M ย่อมาจาก Microscopy) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่ 1 แต่ผลตรวจเสมหะเมื่อเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น ยังเป็นบวก (Remained Positive) หรือกลับเป็นบวก (Became Positive)

- ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก (M-) หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ได้รับการรักษา แต่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 เป็นบวก

- ผู้ป่วยที่ทำให้การรักษาด้วยระบบยารักษาซ้ำ (Re-treatment regimen) หลังจากล้มเหลวจากระบบยาที่รักษามาก่อน

3) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังจากขาดยา (Treatment after default) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคกลับมารักษาอีกภายหลังขาดยาอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน

4) ผู้ป่วยรับโอน (Transfer in) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รับโอนมาจากสถานพยาบาลอื่น โดยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว และได้รับยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง

5) ผู้ป่วยอื่นๆ (Other) ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าในกลุ่มผู้ป่วย ทั้ง 5 ประเภทข้างต้นตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น

- ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค และได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้วหรือรักษาครบแล้ว กลับมามีอาการป่วยอีก แต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค (เป็นลบ) ทั้งกรณีการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์หรือด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (Bacteriologically negative relapse)

- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัดโรคจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 1 เดือน โดยที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบแผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Control Program: NTP)

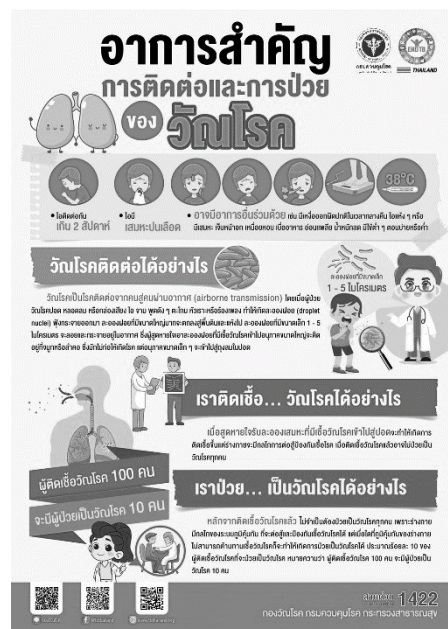
- ผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เมื่อสิ้นสุดการรักษาซ้ำแล้วเสมหะ ยังคงพบเชื้อ

การรักษาวัดโรค

การรักษาวัดโรคในปัจจุบัน มีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากมียาหลายชนิดที่ใช้รักษา ได้ผลดี การใช้ยารักษาโรคที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นได้น้อยลง เพราะเชื้อในเสมหะ ถูกทำลายไปในระยะ 2 - 3 สัปดาห์แรก หลังการรักษาวัดโรคสามารถรักษาหายได้ โดยผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยารักษานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยใน 2 เดือนแรกผู้ป่วยต้องกินยา 4 ชนิดทุกวัน คือ

- ไอโซไนอะซิด (Isoniazid หรือ H)
- ไรแฟมพิซิน (Rifampicin หรือ R)
- พัยราซินามาไมด์ (Pyrazinamide หรือ Z)
- อีแธมบูทอล (Ethambutol หรือ E)

หลังจากกินยาผ่านไป 2 เดือน จะมีการลดจำนวนยาเหลือ 2 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด และไรแฟมพิซิน โดยกินต่อไปทุกวันนานอีก 4 เดือน หรือมากกว่านั้น และเมื่อกินยาครบ นานเกิน 6 เดือน ผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่จะหายป่วย



ภาพที่ 2.5 สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องวัณโรค

5. การสูบบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้า (Electric cigarette) เป็นยาสูบชนิดใหม่ที่ผู้สูบจะได้รับสารนิโคตินที่ระเหยด้วยความร้อนจากไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกาย แต่จะไม่มีสารเคมีจากใบยาสูบเหมือนกับบุหรี่ธรรมดา ปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้าเป็นที่นิยมมากขึ้นในหมู่ผู้สูบบุหรี่ เพราะมีกลิ่นที่หอมและหลากหลาย ไม่เหม็นเหมือนบุหรี่ธรรมดา รวมถึงตัวอุปกรณ์สูบที่มีรูปแบบให้เลือกมากมาย

อันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า

1. ระบบหลอดเลือดและหัวใจ สารนิโคตินมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดในร่างกายตีบและหดตัว ทำให้เลือดที่ต้องไหลเวียนไปหล่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีไม่เพียงพอ ส่งผลให้อวัยวะขาดเลือดและออกซิเจน จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้

2. ระบบทางเดินหายใจ มีผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับปอดและมะเร็งปอดจำนวนมากที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วเกิดภาวะปอดอักเสบเฉียบพลันจนเสียชีวิต อีกทั้งผู้ที่ติดบุหรี่ไฟฟ้ามาก ๆ จะเริ่มมีอาการไอ มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดอาหาร เหนื่อยง่ายขึ้น รู้สึกแน่นหน้าอกจนต้องพบแพทย์ ภายหลังก็จะเกิดโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจตามมา

นอกจากนี้ไอระเหยของบุหรี่ไฟฟ้ายังมีอนุภาคเล็กกว่าบุหรี่ธรรมดาซึ่งทำให้สามารถเข้าสู่ปอดได้ลึกกว่า และดูดซึมเข้ากระแสเลือดได้รวดเร็วขึ้น อีกทั้งยังยากต่อการขับออกโดยธรรมชาติของร่างกายด้วย

3. ระบบประสาท ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ารวมถึงบุหรี่ธรรมดาหลายรายจะรู้สึกมีความสุข รู้สึกสบายใจ หัวโล่ง หรือมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้นหลังสูบบุหรี่ อาการดังกล่าวเป็นผลจากสารนิโคตินได้ไปควบคุมการหลั่งของสารโดปามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้คนเรารู้สึกมีความสุขและพึงพอใจมากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีสารเบตาเอ็นโดรฟิน ซึ่งเป็นสารที่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่คลายความเครียดและความวิตกกังวลได้ จึงอาจเป็นต้นเหตุว่าทำไมคนเราจึงมักเชื่อว่าบุหรี่เป็นสิ่งที่คลายเครียดได้ดี

4. โรคเบาหวาน สารนิโคตินมีผลทำให้การหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้นได้ ฮอร์โมนดังกล่าวจะไปเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้น จึงเป็นผลให้ผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ บุหรี่ไฟฟ้ายังมีสารอันตรายอื่นๆ อีกหลายชนิด เช่น

- สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC)
- สารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol) ซึ่งเป็นสารสกัดจากกัญชา
- โลหะหนัก
- สารหนู
- สารกลุ่มฟอร์มัลดีไฮด์ (Formaldehyde)
- สารระเหยเบนซีน (Benzene)

บุหรี่ไฟฟ้ากับกฎหมายในประเทศไทย

บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นสินค้าผิดกฎหมายที่ต้องได้รับการควบคุมอย่างเข้มงวด เนื่องจากมีผู้ที่แอบนำเข้ามาและค้าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- ประกาศจากกระทรวงพาณิชย์ กำหนดให้บารากู บารากูไฟฟ้าและบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 ผู้ที่ฝ่าฝืนลักลอบนำเข้า จะต้องรับโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับเป็นเงิน 5 เท่าของสินค้าทั้งหมด หรือทั้งจำทั้งปรับ รวมถึงริบสินค้าและพาหนะบรรทุกสินค้า

- คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นสินค้าห้ามขายหรือให้บริการ ผู้ที่กระทำผิดจะต้องโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ นอกจากนี้หากผู้กระทำผิดเป็นผู้ส่งผลิตและนำเข้ามาขายด้วย ก็จะต้องโทษเพิ่มสูงขึ้นอีก เป็นจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับไม่เกิน 1,000,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

- มาตรา 246 พระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 ผู้มีส่วนช่วยซ่อนเร้น รับหรือซื้อไว้ และมีไว้ครอบครอง จะต้องโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

- มาตรา 42 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในสถานที่สาธารณะที่กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ จะต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 5,000 บาท



ภาพที่ 2.6 สื่อที่ใช้ในการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า

กรมควบคุมโรค

กรมควบคุมโรคเดิมมีชื่อว่ากองโรคติดต่อ สังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ต่อมาได้มีประกาศพระราชกฤษฎีกายกกรมสาธารณสุขให้เป็นกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งในเวลานั้นมีกรมในสังกัดรวม 7 กรม ซึ่งมีกรมที่มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานโรคติดต่อ 2 กรม ได้แก่ กรมการแพทย์ และกรมสาธารณสุข

กรมการแพทย์จะรับผิดชอบกิจการของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง โรงพยาบาลโรคเรื้อนขอนแก่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนเชียงใหม่ โรงพยาบาลโรคเรื้อนนครศรีธรรมราช นิคมโรคเรื้อนเชียงราย โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลวัดโรค โรงพยาบาลบาราศนราดูล ส่วนงานควบคุมโรคอื่น ๆ ยังอยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคติดต่อ กรมสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2495 ได้มีการเปลี่ยนชื่อ กรมสาธารณสุข เป็นกรมอนามัยและโอนกิจการของโรงพยาบาล เฉพาะโรคมาอยู่ในสังกัดกรมอนามัย และยกฐานะหน่วยงานเฉพาะโรคให้เป็นกอง คือ กองควบคุมวัณโรค กองควบคุมโรคเรื้อน ปรับปรุงขยายงานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้างเป็นกองควบคุมมาลาเรีย และโรคเท้าช้าง รวมงานควบคุมคุดทะราดกับกามโรคตั้งเป็นกองควบคุมกามโรคและคุดทะราด

ปี พ.ศ. 2515 ได้มีการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยเข้าด้วยกันเป็นกรมการแพทย์และอนามัย งานควบคุมโรคติดต่อทั้งหมดจึงขึ้นกับกรมการแพทย์และอนามัย

ปี พ.ศ. 2517 ได้มีการแยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกันอีกครั้ง ในครั้งนั้นได้มีการรวมหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อเข้าด้วยกันจัดตั้งเป็นกรมควบคุมโรคติดต่อ

กรมควบคุมโรคติดต่อ แบ่งส่วนราชการเป็นกลุ่มงานที่ปรึกษา กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่าง ๆ 7 กอง มีกองและหน่วยงานสนับสนุนการบริหารงานของกรมฯ อีก 4 หน่วยงาน โรงพยาบาลเฉพาะโรค 4 แห่ง นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 เขต และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 5 สำนักงาน

ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการออกกฎหมายปฏิรูประชาการ กรมควบคุมโรคติดต่อได้เปลี่ยนชื่อเป็นกรมควบคุมโรค มีการแบ่งหน่วยงานของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย หน่วยงานสนับสนุนการบริหารงาน 4 กอง กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่าง ๆ 8 สำนัก และมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 เขตกรมควบคุมโรค มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษาวิจัยพัฒนารวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัยและรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศ และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

- ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

- กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

- ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน

- จัดและพัฒนาระบบกลไกและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสื่อสัญญาณเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสาธารณสุข

- จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อ เฉพาะโรคติดต่อสำคัญและโรคติดต่อ ร้ายแรงในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ

- ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพกรณีที่เป็นปัญหาทางกว้าง เกิดโรคระบาดรุนแรงหรือมีแนวโน้ม ที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง

- ดำเนินการร่วมกับนานาชาติประเทศ หรือองค์กรระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ

- พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมควบคุมโรค หรือตามที่กระทรวง หรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

วิสัยทัศน์

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี 2580

พันธกิจ

1. วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้นวัตกรรม และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการ ควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

2. กำหนดและพัฒนานโยบาย มาตรการ บริการ และคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการ เฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

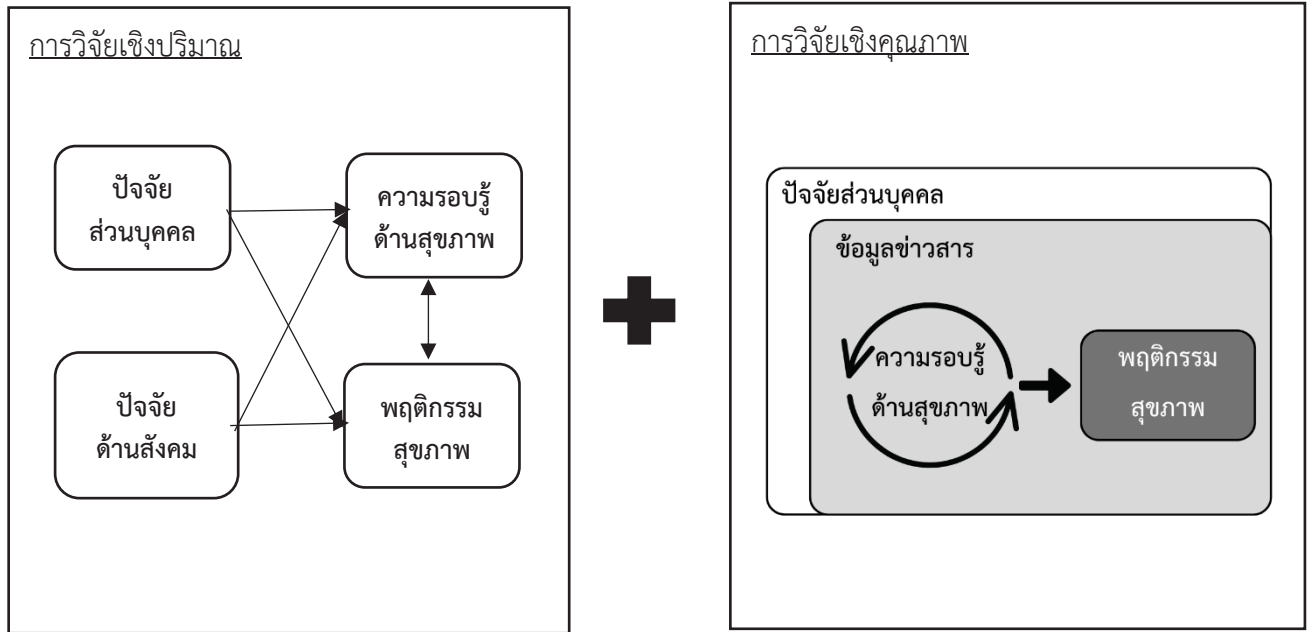
3. เผยแพร่และถ่ายทอดองค์ความรู้นวัตกรรม เทคโนโลยีนโยบาย มาตรการ บริการ และ คุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของ ประชาชน ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

4. จัด ประสาน และพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่าย ในการเฝ้าระวัง เตือนภัย สอบสวน ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการดำเนินการตามกฎหมายอนุสัญญา หรือกฎ ข้อบังคับระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

5. ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน สอบสวน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ

6. จัดให้มีบริการป้องกัน ควบคุมรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้ง บริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อโดยเฉพาะโรคติดต่ออันตรายในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วย โรคติดต่ออันตราย ผู้สัมผัสโรคหรือพาหะตามข้อตกลงระหว่างประเทศ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567 เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) (Creswell et al., 2003) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) ซึ่งคณะผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือในการวิจัย
3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง คือ (1) กลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างตามข้อเสนอแนะของ Cohen, J. (1988) โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression) โดยกำหนดค่าเบื้องต้นในการคำนวณ ดังนี้ ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.15 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 จำนวนตัวแปรทำนาย เท่ากับ 6 ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างเขตละ 146 คน และเพิ่มค่าประมาณการการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างเขตละ 176 คน จำนวน 13 เขต รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ จำนวน 2,288 คน เมื่อทำการแบ่งขนาดตัวอย่างรายเขตแล้ว ได้มีการประมาณค่าเพื่อให้เป็นจำนวนเต็มทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2,600 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเลือกพื้นที่ตามลักษณะการจัดแบ่งเขตการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

การเลือกพื้นที่ที่ใช้การจัดแบ่งพื้นที่ตามลักษณะการแบ่งเขตการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2559) โดยกำหนดชั้นภูมิหลัก ได้แก่

- (1) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 (จังหวัดเชียงใหม่)
- (2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 (จังหวัดพิษณุโลก)
- (3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 (จังหวัดนครสวรรค์)
- (4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 (จังหวัดสระบุรี)
- (5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 (จังหวัดราชบุรี)
- (6) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 (จังหวัดชลบุรี)
- (7) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 (จังหวัดขอนแก่น)
- (8) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 (จังหวัดอุดรธานี)
- (9) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 (จังหวัดนครราชสีมา)
- (10) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (จังหวัดอุบลราชธานี)
- (11) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 (จังหวัดนครศรีธรรมราช)
- (12) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 (จังหวัดสงขลา)
- (13) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร)

❖ รวมทั้งหมด 13 เขตพื้นที่

ขั้นที่ 2 การคัดเลือกจังหวัด

คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนเขต ด้วยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของเขต เขตละ 2 จังหวัด

❖ รวมจังหวัดทั้งหมด 25 จังหวัด

ขั้นที่ 3 การคัดเลือกอำเภอหรือเขต

คัดเลือกอำเภอหรือเขตที่เป็นตัวแทนแต่ละจังหวัด

กรณีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนจังหวัด ละ 2 อำเภอ

❖ รวมอำเภอที่เป็นตัวแทน 48 อำเภอ

กรณีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกเขตที่เป็นตัวแทน จำนวน 3 เขต

❖ รวมเขตที่เป็นตัวแทนจำนวน 3 เขต

❖ รวมอำเภอ/เขตที่เป็นตัวแทนจำนวน 51 อำเภอ/เขต

ขั้นที่ 4 การคัดเลือกตำบลหรือแขวง

คัดเลือกตำบลหรือแขวงที่เป็นตัวแทนแต่ละอำเภอหรือเขต

(1) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกตำบลหรือแขวงที่เป็นตัวแทน อำเภอละ 2 ตำบลหรือแขวง

❖ รวมตำบลที่เป็นตัวแทนจำนวน 102 ตำบลหรือแขวง

ขั้นที่ 5 การคัดเลือกขนาดตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ประชาชนที่พบทั่วไปทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละเขต/จังหวัด โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมกันและจังหวัดในแต่ละเขตพร้อมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยวิธีการคัดเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Selection) โดยจำนวนตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ ดังนี้

(1) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร)

3 เขต เขตละ 2 แขวง คิดเป็น 6 แขวง แขวงละ 30 คน รวมจำนวน 180 คน

(2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12

12 เขต เขตละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 25 คน รวมจำนวน 2,400 คน

❖ รวมกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ รวมจำนวน 2,580 คน

ตารางที่ 3.1 พื้นที่กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

ลำดับ ที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
1	สคร.1 (เชียงใหม่)	ลำปาง	เมือง	พระบาท	25
				พิชัย	25
			แม่พริก	แม่พริก	25
				พระบาทวังตวง	25
		แพร่	เมือง	นาจักร	25
				วังหงส์	25
			สูงเม่น	ดอนมูล	25
				ร่องกาศ	25
รวม สคร. 1		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200
2	สคร. 2 (พิษณุโลก)	ตาก	บ้านตาก	สมอโคน	25
				ท้องฟ้า	25
			สามเงา	วังจันทร์	25
				วังหมัน	25
		สุโขทัย	สวรรคโลก	นาทุ่ง	25
				ป่ากุมเกาะ	25
			ศรีสัชนาลัย	ท่าชัย	25
				บ้านแก่ง	25
รวม สคร.2		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200
3	สคร. 3 (นครสวรรค์)	อุทัยธานี	บ้านไร่	คอกควาย	25
				แก่นมะกรูด	25
			สว่างอารมณ์	บ่อทราย	25
				พลวงสองนาง	25
		นครสวรรค์	ตาคลี	ลาดทิพรส	25
				ช่องแค	25
			แม่वंก	แม่เลย์	25
				เขาชนกัน	25
รวม สคร.3		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200

ตารางที่ 3.1 พื้นที่กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (ต่อ)

ลำดับ ที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง		
4	สคร. 4 (สระบุรี)	ปทุมธานี	คลองหลวง	คลองสาม	25		
				คลองห้า	25		
			ลำลูกกา	บึงคอไห	25		
				คูคต	25		
		นนทบุรี	ปากเกร็ด	เกาะเกร็ด	25		
				บางพลับ	25		
			บางใหญ่	เสาธงหิน	25		
				บางเลน	25		
รวม สคร. 4		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200		
5	สคร. 5 (ราชบุรี)	นครปฐม	สามพราน	ไร่ชิ่ง	25		
				บางเตย	25		
			กำแพงแสน	ทุ่งลูกนก	25		
				ทุ่งบัว	25		
		สมุทรสาคร	บ้านแพ้ว	อำแพง	25		
				เจ็ดริ้ว	25		
			เมือง	พันท้ายนรสิงห์	25		
				ชัยมงคล	25		
		รวม สคร. 5		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200
		6	สคร. 6 (ชลบุรี)	ตราด	เขาสมิง	วังตะเคียน	25
ประณีต	25						
คลองใหญ่	ไม้รูด				25		
	หาดเล็ก				25		
ชลบุรี	บางละมุง			บางละมุง	25		
				หนองปลาไหล	25		
	ศรีราชา			บึง	25		
				บางพระ	25		
รวม สคร. 6		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200		

ตารางที่ 3.1 พื้นที่กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (ต่อ)

ลำดับ ที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
7	สคร. 7 (ขอนแก่น)	ขอนแก่น	พล	เพ็กใหญ่	25
				ลอมคอม	25
			ชุมแพ	หนองเสาเล้า	25
				หนองไผ่	25
		กาฬสินธุ์	สมเด็จ	แซงบาดาล	25
				ลำห้วยหลัว	25
			หนองกุงศรี	หนองบัว	25
				ลำหนองแสน	25
รวม สคร. 7		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200
8	สคร. 8 (อุดรธานี)	อุดรธานี	กุมภวาปี	แซแล	25
				ปะโค	25
			ทุ่งฝน	นาทม	25
				ทุ่งฝน	25
		บึงกาฬ	ปากคาด	โนนศิลา	25
				สมสนุก	25
			โซ่พิสัย	ถ้ำเจริญ	25
				บัวตุ่ม	25
รวม สคร. 8		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200
9	สคร. 9 (นครราชสีมา)	สุรินทร์	ปราสาท	เชื้อเพลิง	25
				สมุด	25
			ศีขรภูมิ	หนองเหล็ก	25
				ขาวใหญ่	25
		นครราชสีมา	สีคิ้ว	ดอนเมือง	25
				คลองไผ่	25
			ปากช่อง	หนองสาหร่าย	25
				วังกะทะ	25
รวม สคร. 9		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200

ตารางที่ 3.1 พื้นที่กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (ต่อ)

ลำดับ ที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
10	สคร. 10 (อุบลราชธานี)	ยโสธร	กุดชุม	ค้ำน้ำสร้าง	25
				โพนงาม	25
			คำเขื่อนแก้ว	ย่อ	25
				เหล่าไฮ	25
		อุบลราชธานี	ตระการพืชผล	ตระการ	25
				โคกจาน	25
			เดชอุดม	เมืองเดช	25
				นาสว่าง	25
รวม สคร. 10		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200
11	สคร. 11 (นครศรีธรรมราช)	ชุมพร	ทุ่งตะโก	ช่องไม้แก้ว	25
				ทุ่งตะไคร	25
			ท่าแซะ	ทรัพย์อนันต์	25
				หงษ์เจริญ	25
		พังงา	ท้ายเหมือง	บางทอง	25
				ทุ่งมะพร้าว	25
			คุระบุรี	เกาะพระทอง	25
				บางวัน	25
รวม สคร. 11		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200
12	สคร. 12 (สงขลา)	สงขลา	สทิงพระ	วัดจันทร์	25
				กระดังงา	25
			ระโนด	วัดสน	25
				ท่าบอน	25
		สตูล	ท่าแพ	ท่าแพ	25
				ท่าเรือ	25
			ควนโดน	ควนโดน	25
				วังประจัน	25
รวม สคร. 12		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	200

ตารางที่ 3.1 พื้นที่กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (ต่อ)

ลำดับ ที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
13	สปกม. (กรุงเทพ มหานคร)	กรุงเทพ มหานคร	ชั้นใน (เขตบางรัก)	สีลม	30
				สุริยวงศ์	30
			ชั้นกลาง (เขตจอมทอง)	บางขุนเทียน	30
				จอมทอง	30
			ชั้นนอก (เขตบางบอน)	คลองบางบอน	30
				บางบอนเหนือ	30
รวม สปกม.		1 จังหวัด	3 เขต	6 แขวง	180
รวม 13 เขต		25 จังหวัด	51 อำเภอ/เขต	102 ตำบล/ แขวง	2,580

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้การเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) (Palys, 2008) จาก 4 ภูมิภาค โดยดำเนินการจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล พบว่าได้ทำการสนทนากลุ่ม รวมทั้งหมด 4 พื้นที่ โดยดำเนินการสนทนากลุ่มพื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวมเป็น 64 คน โดยมีพื้นที่ในการดำเนินการ ได้แก่ จังหวัดแพร่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดชุมพร

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposeful Selection) เป็นการเลือกแบบไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานที่ไม่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายหลักของการเลือกตัวอย่างแบบนี้ไม่ได้นำมาเป็นกลุ่มตัวแทน แต่เพื่อที่จะได้ตัวอย่างที่เหมาะสมเท่าที่จะทำได้ สำหรับแนวคิด จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ของการศึกษา (ชาย โพอิสิตา, 2552) กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมักมีลักษณะเป็น “Information-rich case” คือ มุ่งเน้นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาในระดับลึกและสามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ดีที่สุด ซึ่งจะมีความหมายต่อจุดมุ่งหมายหลักของการศึกษา โดยในการศึกษานี้คัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567 ในส่วนของผู้รับผลประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษา ดังนี้

1. เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งเป็นประชาชนในพื้นที่ตามที่กำหนดข้างต้น โดยในการสนทนากลุ่มซึ่งใช้พื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ซึ่งมาจากชุมชนเดียวกัน โดยกำหนด ดังนี้

- | | | |
|--------------------------|--------------------|------------|
| 1.1 นักเรียน หรือ เยาวชน | (อายุ 18 – 25 ปี) | จำนวน 2 คน |
| 1.2 วัยแรงงานตอนต้น | (อายุ 26 – 45 ปี) | จำนวน 2 คน |
| 1.3 วัยแรงงานตอนปลาย | (อายุ 46 – 60 ปี) | จำนวน 2 คน |
| 1.4 ผู้สูงอายุ | (อายุ 61 ปีขึ้นไป) | จำนวน 2 คน |

2. การคัดเลือกเริ่มต้นจากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้แนะนำผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญแนะนำตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

3. เกณฑ์ในการดำเนินการเกี่ยวกับอาสาสมัครวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

การวิจัยเชิงปริมาณ

1. ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. อ่านหนังสือได้
4. อยู่ในพื้นที่ที่กำหนดมากกว่า 1 ปี

การวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. อยู่ในพื้นที่ที่กำหนดมากกว่า 1 ปี

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

การวิจัยเชิงปริมาณ

1. อาสาสมัครมีความไม่สบายใจในขณะที่ทำแบบสอบถาม
2. ตอบคำถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้

การวิจัยเชิงคุณภาพ

1. อาสาสมัครมีความไม่สบายใจในขณะที่ทำสนทนากลุ่ม
2. อาสาสมัครออกจากการสนทนากลุ่มก่อนดำเนินการเสร็จสิ้น

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากโครงการ (Subject withdrawal criteria)

1. อาสาสมัครมีความเหนื่อยล้าก่อนการดำเนินการเสร็จสิ้น

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. การวิจัยเชิงคุณภาพหากอาสาสมัครโดยเฉพาะผู้สูงวัยมีความเหนื่อยล้าก่อนการดำเนินการเสร็จสิ้นจะพิจารณาให้เลิกจากการศึกษา

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self - Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวิธีการดำเนินการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

- 1) ศึกษาองค์ความรู้จากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสารและบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) กำหนดขอบข่ายการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 3) สร้างแนวคำถามแบบมีโครงสร้างโดยมีประเด็นครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษา

โดยแบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ของประชาชน ปี 2567 ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 2 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale)

โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบ ดังนี้

1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และประเภท/แหล่งข้อมูล
ของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลข่าวสาร
เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง
และไม่เคยได้รับ

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีมาตรวัด 6 หน่วย ได้แก่ ประจำ
บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย และไม่เกี่ยวข้อง

4) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 2, 3, 4 และ 7

ได้รับเป็นประจำ // เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	5
ได้รับบ่อยครั้ง // พึงพอใจมาก // เห็นด้วย	ได้คะแนน	4
ได้รับบางครั้ง // พึงพอใจ // ไม่แน่ใจ	ได้คะแนน	3
ได้รับนาน ๆ ครั้ง // ไม่พึงพอใจ // ไม่เห็นด้วย	ได้คะแนน	2
ไม่เคยได้รับ // ไม่พึงพอใจมาก // ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	1

เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 6

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
ประจำ	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคยทำเลย	1	5
ไม่เกี่ยวข้อง	5	5

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามเกณฑ์ของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและจำเนียร ชุณหโสภาค, 2564 ดังต่อไปนี้

ระดับดีเยี่ยม	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.00 – 100.00
ระดับพอเพียง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 75.00 – 89.99
ระดับมีปัญหา	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.00 – 74.99
ระดับไม่พอเพียง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 59.99

การแปลผลคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย โดยประยุกต์จากวิธีการวัดการเรียนรู้ของบลูม Bloom, 1956 ดังต่อไปนี้

ระดับมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 80.00 – 100.00
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.01 – 79.99
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 60.00

การแปลผลคะแนนตัวแปรอื่น ๆ ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

ระดับมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 66.68 – 100.00
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 33.34 – 66.67
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.00 – 33.33

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi - structured Interview) ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการสนทนากลุ่ม คือ เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็ก แบตเตอรี่ สมุดบันทึก ปากกา และกล้องถ่ายภาพ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะวิจัยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดำเนินการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังต่อไปนี้

(1) การหาความเที่ยงตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตั้งแต่ 0.60 – 1.00 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) มาใช้ในการวิจัยและนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามที่คุณเชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม และการเพิ่มเหตุผลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน

(2) การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ในการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกโดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้วยสถิติที (t - test) และหาค่า r (Item - Total Correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และค่า Item - Total Correlation เท่ากับหรือมากกว่า 0.20 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ไว้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะนำไปใช้จริง

(3) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

(3.1) ด้วยวิธีของ Kuder-Richardson สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.818 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

(3.2) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามส่วนอื่น ๆ ได้ค่าความเชื่อมั่นตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 2 ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.813

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.864

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.850

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.830

ส่วนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.840

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ ตัวผู้วิจัยและแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมจำนวน 3 คน ซึ่งหลังจากที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ได้นำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ดังนี้

(1) ผู้สัมภาษณ์สร้างความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้ทำการวิจัยซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและเป็นจริงของข้อมูล

(2) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่ได้จัดบันทึกอย่างละเอียดและอธิบายอย่างชัดเจนยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

(3) ตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability) โดยการนำข้อมูลไปตรวจสอบกับที่ปรึกษาทางวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

(4) ความสามารถในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ (Transferability) โดยการเขียนระเบียบวิธีการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และบริบทที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจน เพื่อเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัยในการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

(5) การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) โดยการที่ผู้ทำการวิจัยจะเก็บเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไว้เป็นอย่างดี พร้อมสำหรับการตรวจสอบ (Audit Trail) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ไม่มีความลำเอียงหรือเกิดจากความคิดของผู้วิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

การเตรียมการ โดยการดำเนินการคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย โดยเป็นบุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ที่มีมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพที่ดี และมีทักษะในการสื่อสาร ซึ่งดำเนินการในการเตรียมการ ดังนี้

(1) จัดการอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

(2) ฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกทักษะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ช่วยวิจัยด้วยกัน และประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย และนำปัญหาที่พบบ่อยมาเสนอและอภิปรายวิธีการแก้ไขในกลุ่ม

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย

สำหรับการรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการดังนี้

(1) ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามแหล่งชุมชนในอำเภอและเขตที่เป็นตัวแทน โดยกำหนดสถานที่ที่จะไปถึงกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) สถานศึกษา 2) ส่วนราชการ 3) ห้างสรรพสินค้า 4) ตลาด 5) อาคารสำนักงาน 6) สถานีขนส่ง 7) โรงพยาบาล 8) สวนสาธารณะ 9) วัด และ 10) ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้สถานที่ที่จะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 5 ใน 10 สถานที่ตามที่กำหนดไว้

(2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลต่าง ๆ หลังจากที่เสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ก่อนออกจากพื้นที่การวิจัย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field Data) โดยมีการดำเนินการดังนี้

(1) ผู้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) โดยเตรียมคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi - structured Interview) ลักษณะการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ โดยการกำหนดคำถามออกเป็นประเด็นให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย ก่อนเริ่มการทำการสนทนาผู้วิจัยได้แสดงถึงวัตถุประสงค์ของการสนทนา โดยขออนุญาตในการจดบันทึกและบันทึกเสียง ระหว่างการสนทนาผู้ทำการวิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์แบบต่อน้ำกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และมีการทดสอบคำถามและคำตอบเพื่อเป็นแนวทางในการถามคำถามต่อไป โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 - 90 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ให้ข้อมูล การสนทนาแต่ละรายจะทำการสนทนาจนกว่าจะไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นที่เรียกว่า ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) จึงหยุดการสนทนา

(2) ในขณะที่สนทนาผู้วิจัยจะใช้การจดบันทึกสรุปสั้นๆ เฉพาะประเด็นที่สำคัญ และเมื่อจบการสนทนา จะทำการบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ทันทที เช่น ลักษณะท่าทาง ลักษณะน้ำเสียง ตามความเป็นจริง โดยไม่มีการตีความ นอกจากนี้ยังได้บันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ทำการวิจัย ขณะที่รวบรวมข้อมูล ซึ่งการเขียนบันทึกสรุปสั้น ๆ ดังกล่าวมีประโยชน์สำหรับผู้วิจัยในการมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม

(3) ข้อมูลจะถูกนำมาทำการบันทึกและถอดเทปประจำวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ได้มาผู้ทำการวิจัยจะนำมาถอดเทปคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567 ดำเนินการดังแผนภาพที่ 3.1

กิจกรรมในการดำเนินงาน	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.
1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง						
2. พัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล						
3. ยื่นขอจริยธรรมในการวิจัย						
4. คัดเลือกและอบรมเจ้าหน้าที่วิจัย						
5. เก็บข้อมูลภาคสนาม						
6. วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล						
7. สรุปและอภิปรายผล						
8. เขียนรายงานและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์						

ภาพที่ 3.1 กรอบกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติอ้างอิง เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่

(1) การวิเคราะห์สถิติที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ในการทดสอบสมมติฐานที่ 1 คือ ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก และรายได้ที่แตกต่างกัน จะมีระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนที่แตกต่างกัน

(2) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ในการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

สมมติฐานที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

โดยการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ และได้แปลผลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

สูงกว่าหรือเท่ากับ 0.70	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
อยู่ระหว่าง 0.40 – 0.69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 0.00 – 0.39	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก (+) หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลด ในทิศทางเดียวกัน ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ (-) หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลด ในทิศทางตรงข้ามกัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) (ศิริพร จิรวินน์กุล, 2553) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Constant comparative analysis) (สุภางค์ จันทวานิช, 2556) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (ชาย โพธิ์สิตา, 2552)

- อ่านและทำความเข้าใจข้อความหรือถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบทสนทนาจากการทำประชุม กลุ่มย่อยและการบันทึกจากการสังเกต

- จับประเด็นที่สำคัญตั้งเป็นดัชนี จัดระบบให้รหัสข้อมูล
- จัดหมวดหมู่และจำแนกประเภทของดัชนีที่กำหนดไว้
- ตีความข้อมูลและดำเนินการตรวจสอบความหมาย
- สร้างข้อสรุปจากดัชนีหมวดหมู่ และความหมายทั้งหมด
- นำเสนอข้อสรุปและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบ

ความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง (Validity) ของข้อมูลจากวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ดังต่อไปนี้คือ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากหลายแหล่งข้อมูล คือ กลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน หลายสถานที่ ได้แก่ ภาคที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน การตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีการ รวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีต่าง ๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถาม การสังเกตพฤติกรรม ของผู้ให้ข้อมูลและทำการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อแสดงถึงคำตอบที่ต้องการศึกษา

6. จริยธรรมในการวิจัย

1. โครงการวิจัยเรื่องการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ เอกสารการรับรองเลขที่ COA No. 04/2567 ERB No. 04/2567 การวิจัยครั้งนี้คณะวิจัยได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยการคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ (The Belmont Report, 1979) ได้แก่ หลักเคารพต่อบุคคล (Respect for persons) หลักคุณประโยชน์และไม่เป็นโทษ (Beneficence and non-maleficence) และหลักยุติธรรม (Justice)

2. คณะผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมทั้งทำหนังสือแจ้งผู้บริหารเรื่องการเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครวิจัย

3. ซีแจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กับกลุ่มอาสาสมัครวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ความสำคัญของการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา รวมถึงประโยชน์ของการศึกษาจนเป็นที่เข้าใจ และใช้เวลาตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมตนเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม/สนทนากลุ่ม แล้วจึงให้กลุ่มอาสาสมัครวิจัย ตอบแบบสอบถาม/สนทนากลุ่มได้อย่างอิสระ

4. สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสอบถามกลุ่มอาสาสมัครวิจัย คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ซึ่งจะนำเสนอผลงานในภาพรวมเท่านั้น เมื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารเรียบร้อยแล้วคณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั้งในรูปของเอกสารและแผ่น CD ไว้ 3 ปี และนำไปทำลายโดยการใช้อุปกรณ์ทำลายเอกสารและเครื่องทำลายแผ่น CD ต่อไป

5. กระบวนการให้ข้อมูลและการขอคำยินยอม ทำได้โดยนักวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มอาสาสมัคร หลังจากนั้นให้กลุ่มอาสาสมัครทำความเข้าใจกับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครครั้งนี้ ให้เป็นไปตามความสมัครใจของอาสาสมัคร อาสาสมัครมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยให้แจ้งความประสงค์ให้แก่ผู้วิจัยทราบโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัครทั้งนี้ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ อาสาสมัครอาจเกิดความไม่สบายใจเมื่อต้องตอบคำถามหรือร่วมพูดคุยสนทนา ซึ่งอาสาสมัครสามารถบอกถึงความไม่สบายใจหรือต้องการหยุดได้ทุกเวลา เมื่อเข้าใจแล้วจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาเรื่อง “การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567” เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามจำนวน 4,043 ชุด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยแจกแจงเป็นค่าร้อยละของแต่ละรายการ

ส่วนที่ 1.2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูล ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา อาชีพหลัก และรายได้ กับปัจจัยต่าง ๆ

ส่วนที่ 1.3 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา อาชีพหลัก และรายได้

ส่วนที่ 1.4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูล ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองประชาชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร เป็นการแสดงถึง เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา อาชีพหลัก และรายได้ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n = 4,042)		
ชาย	1,004	24.84
หญิง	3,010	74.47
LGBTQ+	23	0.57
ไม่ระบุ	5	0.12
อายุ (ปี) (n = 4,020)		
18 – 25	841	20.92
26 – 45	1,036	25.77
46 – 60	1,234	30.70
60 ปีขึ้นไป	909	22.61
อายุเฉลี่ย = 45.08 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 16.97		
อายุสูงสุด = 92 ปี อายุต่ำสุด = 18 ปี		
การศึกษา (n = 4,031)		
ประถมศึกษา	1,203	29.84
มัธยมศึกษาตอนต้น	541	13.42
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1,204	29.87
อนุปริญญาตรี/ปวส.	321	7.96
ปริญญาตรี	711	17.64
สูงกว่าปริญญาตรี	51	1.27

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก (n = 4,014)		
เกษตรกร	1,246	31.04
รับจ้างทั่วไป	658	16.39
ค้าขาย	474	11.81
พนักงานบริษัท	152	3.79
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	268	6.68
ไม่ได้ทำงาน	266	6.63
นักเรียน/นักศึกษา	473	11.78
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	303	7.55
อาชีพอื่นๆ (ไม่ระบุอาชีพ)	174	4.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n = 3,421)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	928	27.13
3,001 – 7,000 บาท	860	25.14
7,001 – 11,000 บาท	792	23.15
11,001 บาทขึ้นไป	841	24.58
รายได้เฉลี่ย = 9,108 ฐานนิยม = 10,000, ต่ำสุด 150 บาท, สูงสุด 100,000 บาท		
เขตสุขภาพที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง (4,043)		
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 (เชียงใหม่)	400	9.89
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 (พิษณุโลก)	200	4.95
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 (นครสวรรค์)	200	4.95
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 (สระบุรี)	432	10.69
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 (ราชบุรี)	200	4.95
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 (ชลบุรี)	200	4.95
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 (ขอนแก่น)	400	9.89
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 (อุดรธานี)	209	5.17
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 (นครราชสีมา)	400	9.89
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (อุบลราชธานี)	200	4.95
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 (นครศรีธรรมราช)	400	9.89
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 (สงขลา)	400	9.89
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	402	9.94

จากตารางที่ 4.1 พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.47 เป็นเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 46 – 60 ปี ร้อยละ 30.70 (อายุเฉลี่ย 45.08 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.97) ด้านการศึกษาพบว่า ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวนใกล้เคียงกับร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29.87 และ 29.84 ตามลำดับ รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 17.64 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และค้าขายคิดเป็นร้อยละ 31.04, 16.31 และ 11.81 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.13 รองลงมาเป็น 3,000 – 7,000 บาท และมากกว่า 11,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.14 และ 24.58 ตามลำดับ ด้านเขตที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตการดูแลของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 4 (สระบุรี) คิดเป็นร้อยละ 10.69 รองลงมาเป็นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 9.94 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 (เชียงใหม่) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 (ขอนแก่น) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 (นครศรีธรรมราช) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 (สงขลา) มีจำนวนร้อยละเท่ากัน คือ 9.89

ส่วนที่ 1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่าง ๆ

ผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ประกอบไปด้วย ผลการวิเคราะห์แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

พร้อมทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก และรายได้ กับปัจจัยต่าง ๆ ผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1.2.1 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามแหล่งข้อมูลและระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูบ อีเมล ดิจิต็อก เป็นต้น) (n = 4,041)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,890	71.52
ปานกลาง (3 คะแนน)	685	16.95
น้อย (2 คะแนน)	148	3.66
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	318	7.87
M = 4.00, SD = 1.23, ระดับ = มาก		

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามแหล่งข้อมูลและระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล (ต่อ)

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
โทรทัศน์/เคเบิลทีวี (n = 4,035)			
มาก (4 - 5 คะแนน)		2,307	57.17
ปานกลาง (3 คะแนน)		1,009	25.01
น้อย (2 คะแนน)		400	9.91
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)		319	7.91
M = 3.63, SD = 1.24, ระดับ = ปานกลาง			
วิทยุ (n = 4,018)			
มาก (4 - 5 คะแนน)		900	22.40
ปานกลาง (3 คะแนน)		849	21.13
น้อย (2 คะแนน)		846	21.06
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)		1,423	35.42
M = 2.41, SD = 1.35, ระดับ = ปานกลาง			
หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน (n = 4,035)			
มาก (4 - 5 คะแนน)		1,794	44.46
ปานกลาง (3 คะแนน)		945	23.42
น้อย (2 คะแนน)		619	15.34
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)		677	16.78
M = 3.19, SD = 1.39, ระดับ = ปานกลาง			
หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร (n = 4,024)			
มาก (4 - 5 คะแนน)		720	17.89
ปานกลาง (3 คะแนน)		1,018	25.30
น้อย (2 คะแนน)		959	23.83
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)		1,327	32.98
M = 2.35, SD = 1.23, ระดับ = ปานกลาง			

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามแหล่งข้อมูลและระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล (ต่อ)

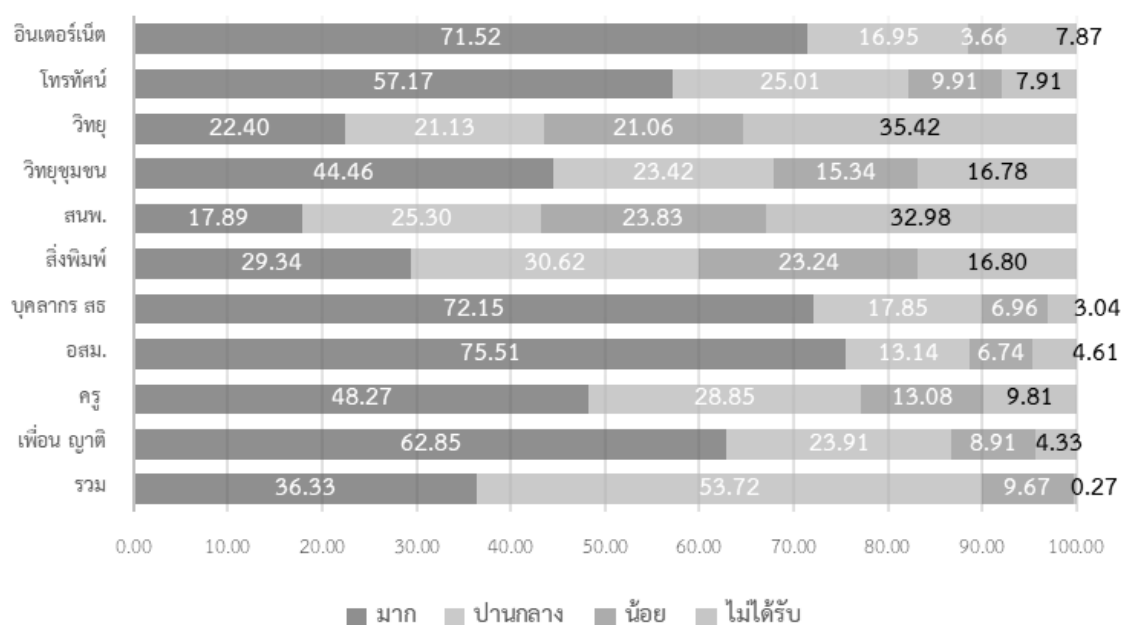
แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น) (n = 4,036)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	1,184	29.34
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,236	30.62
น้อย (2 คะแนน)	938	23.24
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	678	16.80
M = 2.83, SD = 1.22, ระดับ = ปานกลาง		
บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น) (n = 4,040)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,915	72.15
ปานกลาง (3 คะแนน)	721	17.85
น้อย (2 คะแนน)	281	6.96
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	123	3.04
M = 4.01, SD = 1.07, ระดับ = มาก		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (n = 4,035)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	3,047	75.51
ปานกลาง (3 คะแนน)	530	13.14
น้อย (2 คะแนน)	272	6.74
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	186	4.61
M = 4.09, SD = 1.14, ระดับ = มาก		
ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ ชาวบ้าน (n = 4,038)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	1,949	48.27
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,165	28.85
น้อย (2 คะแนน)	528	13.08
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	396	9.81
M = 3.38, SD = 1.23, ระดับ = ปานกลาง		

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามแหล่งข้อมูลและระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล (ต่อ)

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพื่อน / ญาติ / คนในครอบครัว (n = 4,040)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,539	62.85
ปานกลาง (3 คะแนน)	966	23.91
น้อย (2 คะแนน)	360	8.91
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	175	4.33
M = 3.77, SD = 1.12, ระดับ = มาก		
รวมทั้ง 10 แหล่งข้อมูล (n = 4,043)		
มาก (36.01 – 50.00 คะแนน)	1,469	36.33
ปานกลาง (23.01 – 36.00 คะแนน)	2,172	53.72
น้อย (10.01 – 23.00 คะแนน)	391	9.67
ไม่ได้รับ (10.00 คะแนน)	11	0.27
M = 33.64, SD = 7.86, ระดับ = ปานกลาง		

หมายเหตุ ระดับค่าเฉลี่ยรายประเด็น

มาก เท่ากับ 3.68 – 5.00
 ปานกลาง เท่ากับ 2.34 - 3.67
 น้อย เท่ากับ 1.01 – 2.33



ภาพที่ 4.1 ร้อยละของการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ

จากตารางที่ 4.2 และภาพที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.73 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 10 แหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 36.33, 53.72, 9.67 และ 0.27 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 33.64, SD = 7.86$) แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 10 แหล่งข้อมูล เรียงตามลำดับได้ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุข มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 96.96 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($M = 4.09, SD = 1.14$)
2. เพื่อน ญาติ พี่น้อง มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 95.67 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.77, SD = 1.12$)
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 95.39 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($M = 4.09, SD = 1.14$)
4. อินเทอร์เน็ต มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 92.13 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($M = 4.00, SD = 1.23$)
5. โทรทัศน์/เคเบิลทีวี มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 92.09 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($M = 3.63, SD = 1.24$)
6. ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลร้อยละ 90.19 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.38, SD = 1.23$)
7. หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลร้อยละ 83.22 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.19, SD = 1.39$)
8. สื่อสิ่งพิมพ์ มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 83.20 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.83, SD = 1.22$)
9. หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลร้อยละ 67.02 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.35, SD = 1.23$)
10. วิทยุ มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 64.58 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.14, SD = 1.35$)

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ ระหว่างเพศ

เพศ	N	Mean	SD	t	p
ชาย	1,004	32.43	8.39	-5.51*	0.00
หญิง	3,010	34.08	7.62		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่า เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.4 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4,900.99	3	1,633.66	26.95*	.000
ภายในกลุ่ม	243,453.57	4,016	60.62		
รวม	248,354.56	4,019			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันมีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.5 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่อายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อายุ	M	26 - 45 ปี	46 - 60 ปี	61 ปีขึ้นไป
		34.34	34.78	32.78
18 - 25 ปี	32.05	-2.29*	-2.73*	-.73
		(.00)	(.00)	(.27)
26 - 45 ปี	34.34		-.44	1.56*
			(.68)	(.00)
46 - 60 ปี	34.78			2.00*
				(.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.5 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่

กลุ่มผู้ที่มีอายุ 18 - 25 ปี มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 26 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีอายุ 26 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.6 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3,008.98	4	752.24	12.32*	.00
ภายในกลุ่ม	245,748.88	4,026	61.04		
รวม	248,757.86	4,030			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.7 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มที่การศึกษาต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

ระดับการศึกษา	M	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษาตอน	อนุปริญญา/	ปริญญาตรี
		ตอนต้น	ปลาย/ปวช.	ปวส.	ขึ้นไป
		34.58	34.60	33.40	32.44
ประถมศึกษา	33.12	-1.46* (.01)	-1.48* (.00)	-.28 (1.00)	.67 (.52)
มัธยมศึกษาตอนต้น	34.58		-.02 (1.00)	1.17 (.55)	2.13* (.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	34.60			1.19 (.22)	2.15* (.00)
อนุปริญญาตรี/ปวส.	33.40				.95 (.52)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.7 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่

ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น พบว่า มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช. พบว่า มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.8 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	8,302.07	8	1,037.76	17.35*	.00
ภายในกลุ่ม	239,543.66	4,005	59.81		
รวม	247,845.73	4,013			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มอาชีพที่แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อาชีพ	M	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย	พนักงาน บริษัท	ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	ไม่ได้ ทำงาน	นักเรียน/ นักศึกษา	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	อื่น ๆ
		33.89	34.37	31.09	33.62	31.00	31.38	33.37	32.85
เกษตรกร	35.09	1.12* (.04)	.72 (.96)	4.01* (.00)	1.47 (.22)	4.09* (.00)	3.71* (.00)	1.72* (.02)	2.24* (.04)
รับจ้างทั่วไป	33.89		-48 (1.00)	2.80* (.01)	.2 (1.00)	2.89* (.00)	2.51* (.00)	.52 (1.00)	1.03 (1.00)
ค้าขาย	34.37			3.28* (.00)	.75 (1.00)	3.37* (.00)	2.99* (.00)	1.00 (.95)	1.52 (.76)
พนักงานบริษัท	31.09				-2.53 (.09)	.09 (1.00)	-.30 (1.00)	-2.28 (.15)	-1.77 (.87)
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	33.62					2.62* (.01)	2.24* (.01)	.25 (1.00)	.77 (1.00)
ไม่ได้ทำงาน	31.00						-.38 (1.00)	-2.37* (.03)	-1.85 (.62)
นักเรียน/ นักศึกษา	31.38							-1.99* (.01)	-1.47 (.75)
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	33.37								.51 (1.00)

* p < .05

จากตารางที่ 4.9 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกันจำนวน 16 คู่ ได้แก่

บุคคลที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป พนักงานบริษัท ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน พ่อบ้าน/แม่บ้าน และอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าพนักงานบริษัท ไม่ได้ทำงานและนักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าพนักงานบริษัท ไม่ได้ทำงานและนักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานและนักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าพ่อบ้าน/แม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นักเรียน/นักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าพ่อบ้าน/แม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.10 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มรายได้ที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1,594.80	3	531.60	8.57*	.000
ภายในกลุ่ม	212,089.23	3,417	62.07		
รวม	213,684.03	3,420			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.10 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ที่แตกต่างกันมีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.11 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	M	3,001 - 7,000	7,001 - 11,000	11,001 บาทขึ้นไป
		บาท	บาท	
		34.70	34.50	33.55
น้อยกว่า 3,000 บาท	33.06	-1.64* (.00)	-1.44* (.01)	-.49 (.74)
3,001 - 7,000 บาท	34.70		.20 (1.00)	1.15* (.01)
7,001 - 11,000 บาท	34.50			.95 (.08)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.11 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับรายได้เฉลี่ยแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 3 คู่ ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000 บาท มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยกลุ่ม 3,001 - 7,000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 7,001 - 11,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 3,001 - 7,000 บาท มีคะแนนการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 11,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและระดับของการรับรู้

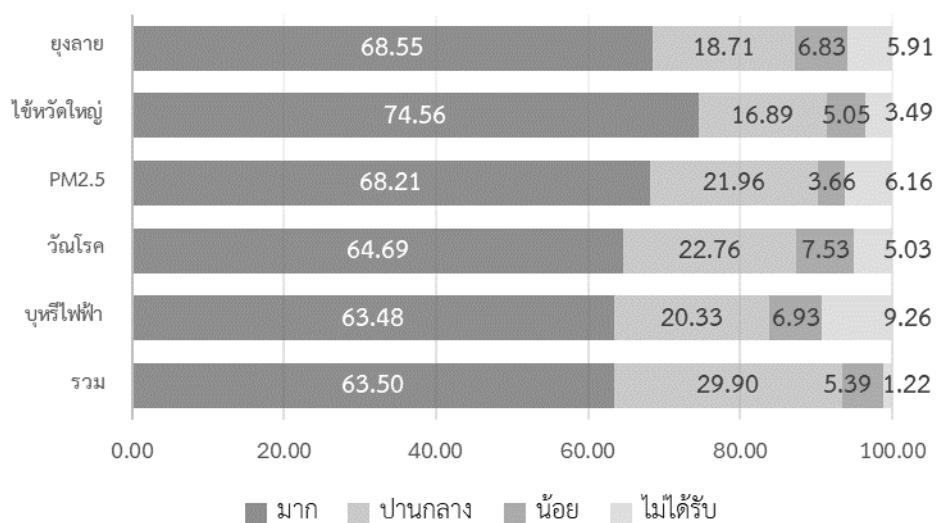
โรค / ระดับของการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคติดต่อมาโดยง่าย (n = 4,041)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,770	68.55
ปานกลาง (3 คะแนน)	756	18.71
น้อย (2 คะแนน)	276	6.83
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	239	5.91
M = 3.88, SD = 1.16, ระดับ = มาก		
โรคไข้หวัดใหญ่ (n = 4,037)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	3,010	74.56
ปานกลาง (3 คะแนน)	682	16.89
น้อย (2 คะแนน)	204	5.05
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	141	3.49
M = 3.93, SD = 1.00, ระดับ = มาก		
ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (n = 4,039)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,755	68.21
ปานกลาง (3 คะแนน)	887	21.96
น้อย (2 คะแนน)	148	3.66
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	249	6.16
M = 3.95, SD = 1.16, ระดับ = มาก		

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและระดับของการรับรู้ (ต่อ)

โรค / ระดับของการรับรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
วัณโรค (n = 4,038)			
มาก (4 - 5 คะแนน)		2,612	64.69
ปานกลาง (3 คะแนน)		919	22.76
น้อย (2 คะแนน)		304	7.53
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)		203	5.03
M = 3.79, SD = 1.12, ระดับ = มาก			
บุหรีไฟฟ้า (n = 4,039)			
มาก (4 - 5 คะแนน)		2,564	63.48
ปานกลาง (3 คะแนน)		821	20.33
น้อย (2 คะแนน)		280	6.93
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)		374	9.26
M = 3.70, SD = 1.24, ระดับ = มาก			
รวม 5 ประเด็น (n = 4,023)			
มาก (18.33 – 25.00 คะแนน)		2,557	63.50
ปานกลาง (11.67 – 18.32 คะแนน)		1,204	29.90
น้อย (5.01 – 11.66 คะแนน)		217	5.39
ไม่ได้รับ (5.00 คะแนน)		49	1.22
M = 19.25, SD = 4.37, ระดับ = มาก			

หมายเหตุ ระดับค่าเฉลี่ยรายประเด็น

มาก เท่ากับ 3.68 – 5.00
 ปานกลาง เท่ากับ 2.34 - 3.67
 น้อย เท่ากับ 1.01 – 2.33



ภาพที่ 4.2 ร้อยละของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในภาพรวมและรายประเด็น

จากตารางที่ 4.12 และภาพที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.78 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 63.50, 29.90, 5.39 และ 1.22 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 19.25, SD = 4.37$)

เมื่อพิจารณาในรายประเด็น โดยเรียงลำดับตามร้อยละของการได้รับข้อมูลข่าวสารได้รับข้อมูลข่าวสาร จากมากที่สุดไปน้อยที่สุดพบว่า คือ โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นประเด็นที่มีร้อยละของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยยูงลาย ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน และบุหรี่ไฟฟ้า ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 96.51 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล ในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 74.56, 16.89, 5.05 และ 3.49 ตามลำดับ โดยมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M = 3.93, SD = 1.00$)

2. วัณโรค กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 94.97 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล ในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 64.69, 22.76, 7.53 และ 5.03 ตามลำดับ โดยมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M = 3.79, SD = 1.12$)

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยยูงลาย กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 94.09 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับ ข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 68.55, 18.71, 6.83 และ 5.91 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M = 3.88, SD = 1.16$)

4. ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 93.84 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 68.21, 21.96, 3.66 และ 6.16 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M = 3.95, SD = 1.16$)

5. บุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 90.74 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล ในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 63.50, 20.33, 6.93 และ 9.26 ตามลำดับ โดยมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.70, SD = 1.24$)

ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพระหว่างเพศ

เพศ	n	Mean	SD	t	p-value
ชาย	1,001	18.70	4.57	- 4.52*	.00
หญิง	2,997	19.44	4.28		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.13 แสดงให้เห็นว่า เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.14 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2,346.22	3	782.07	42.32*	.00
ภายในกลุ่ม	73,923.02	4,000	18.48		
รวม	76,269.24	4,003			

* p < .05

จากตารางที่ 4.14 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.15 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่อายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อายุ	M	26 - 45 ปี		
		26 - 45 ปี	46 - 60 ปี	61 ปีขึ้นไป
		19.88	19.82	17.96
18 - 25 ปี	19.02	-.86*	-.80*	1.06
		(.00)	(.00)	(.00)
26 - 45 ปี	19.88		-.07	1.92*
			(1.00)	(.00)
46 - 60 ปี	19.82			1.85*
				(.00)

* p < .05

จากตารางที่ 4.15 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่

กลุ่มผู้มีอายุ 18 - 25 ปี มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 26 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้มีอายุ 26 - 45 ปี มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้มีอายุ 46 - 60 ปี มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.16 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2,097.84	4	524.46	28.23	.00
ภายในกลุ่ม	74,506.57	4,010	18.58		
รวม	76,604.42	4,014			

* p < .05

จากตารางที่ 4.16 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.17 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

ระดับการศึกษา	M	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	อนุปริญญา/ ปวส.	ปริญญาตรี ขึ้นไป
		19.87	19.97	19.36	19.23
ประถมศึกษา	18.22	-1.65* (.00)	-1.75* (.00)	-1.14* (.00)	-1.01* (.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	19.87		-.10 (1.00)	.51 (.55)	.64* (.04)
มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช.	19.97			.61 (.16)	.74* (.00)
อนุปริญญาตรี/ปวส.	19.36				.13 (1.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.17 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 6 คู่ ได้แก่

ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญาตรี/ปวส. และมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมตอนปลาย/ปวช. มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.18 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	952.72	8	119.09	6.30*	.00
ภายในกลุ่ม	75375.09	3,989	18.90		
รวม	76327.82	3,997			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.18 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.19 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
ในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อาชีพ	M	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย	พนักงาน บริษัท	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ไม่ได้ ทำงาน	นักเรียน/ นักศึกษา	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	อื่น ๆ
		19.29	19.38	18.86	20.25	18.06	18.73	18.92	19.12
เกษตรกร	19.55	.26 (1.00)	.17 (1.00)	.69 (.95)	-.70 (.26)	1.49* (.00)	.83* (.01)	.63 (.70)	.43 (1.00)
รับจ้างทั่วไป	19.29		-.09 (1.00)	.43 (1.00)	-.96* (.03)	1.22* (.01)	.56 (.50)	.37 (1.00)	.17 (1.00)
ค้าขาย	19.38			.52 (1.00)	-.87 (.13)	1.32* (.01)	.65 (.33)	.46 (1.00)	.26 (1.00)
พนักงานบริษัท	18.86				-1.39 (.07)	.80 (.97)	.14 (1.00)	-.06 (1.00)	-.26 (1.00)
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	20.25					2.19* (.00)	1.52* (.01)	1.33* (.01)	1.13 (0.26)
ไม่ได้ทำงาน	18.06						-.66 (.87)	-.85 (.71)	-1.06 (.58)
นักเรียน/ นักศึกษา	18.73							-.19 (1.00)	-.39 (1.00)
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	18.92								-.20 (1.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.19 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกันจำนวน 8 คู่ ได้แก่

บุคคลที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน และนักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าบุคคลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ประกอบอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน นักเรียน/นักศึกษา และพ่อบ้าน/แม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.20 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	542.82	3	180.94	9.41*	.00
ภายในกลุ่ม	65,463.65	3,405	19.23		
รวม	66,006.47	3,408			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.20 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.21 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	M	3,001 - 7,000	7,001 - 11,000	11,001 บาทขึ้นไป
		บาท	บาท	
		19.51	19.06	19.63
น้อยกว่า 3,000 บาท	18.70	-.82* (.00)	-.90* (.00)	-.56* (.00)
3,001 - 7,000 บาท	19.51		-.09 (1.00)	-.14* (1.00)
7,001 - 11,000 บาท	19.06			-.05 (1.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.21 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับรายได้เฉลี่ยแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่

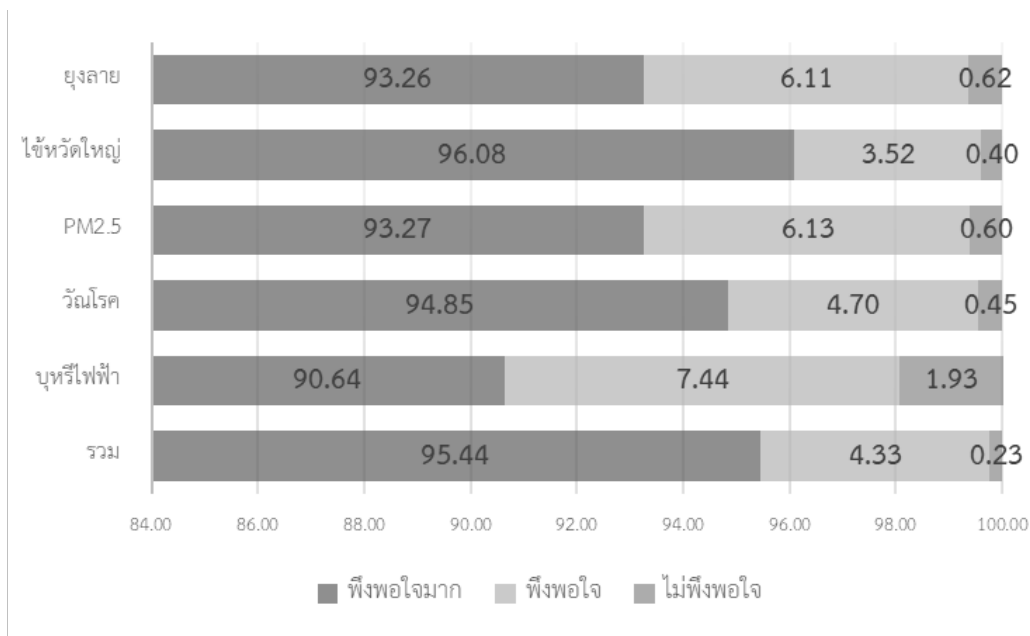
กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000 บาท มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 7,000 บาท กลุ่มที่มีอายุ 7,001 - 11,000 บาท และ 11,001 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 7,000 บาท มีระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 11,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 4.22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพโดยรวมและจำแนกตามรายประเด็น

โรค / ระดับของความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคติดต่อนำโดยยุงลาย (n = 4,007)		
พึงพอใจมาก (7.33 – 10.00 คะแนน)	3,737	93.26
พึงพอใจ (4.67 – 7.32 คะแนน)	245	6.11
ไม่พึงพอใจ (2.00 – 4.66 คะแนน)	25	0.62
M = 8.90, SD = 1.16, ระดับ = มาก		
โรคไข้หวัดใหญ่ (n = 4,033)		
พึงพอใจมาก (7.33 – 10.00 คะแนน)	3,875	96.08
พึงพอใจ (4.67 – 7.32 คะแนน)	142	3.52
ไม่พึงพอใจ (2.00 – 4.66 คะแนน)	16	0.40
M = 8.99, SD = 1.10, ระดับ = มาก		
ปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (n = 3,995)		
พึงพอใจมาก (7.33 – 10.00 คะแนน)	3,726	93.27
พึงพอใจ (4.67 – 7.32 คะแนน)	245	6.13
ไม่พึงพอใจ (2.00 – 4.66 คะแนน)	24	0.60
M = 8.86, SD = 1.20, ระดับ = มาก		
วัณโรค (n = 4,022)		
พึงพอใจมาก (7.33 – 10.00 คะแนน)	3,815	94.85
พึงพอใจ (4.67 – 7.32 คะแนน)	189	4.70
ไม่พึงพอใจ (2.00 – 4.66 คะแนน)	18	0.45
M = 8.83, SD = 1.13, ระดับ = มาก		
บุหรีไฟฟ้า (n = 3,994)		
พึงพอใจมาก (7.33 – 10.00 คะแนน)	3,620	90.64
พึงพอใจ (4.67 – 7.32 คะแนน)	297	7.44
ไม่พึงพอใจ (2.00 – 4.66 คะแนน)	77	1.93
M = 8.68, SD = 1.37, ระดับ = มาก		
รวม 5 ประเด็น (n = 3,929)		
พึงพอใจมาก (36.67 – 50.00 คะแนน)	3,750	95.44
พึงพอใจ (23.34 – 36.66 คะแนน)	170	4.33
ไม่พึงพอใจ (10.00 – 23.33 คะแนน)	9	0.23
M = 44.29, SD = 4.88, ระดับ = มาก		



ภาพที่ 4.3 ร้อยละของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมและรายประเด็น

จากตารางที่ 4.22 และภาพที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ - ฟังพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ร้อยละ 95.44 โดยไม่ฟังพอใจมีเพียงร้อยละ 0.23 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “ฟังพอใจมาก” ($M = 44.29$, $SD = 4.88$)

เมื่อพิจารณาในความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารจากค่าเฉลี่ยเป็นรายประเด็น พบว่า

1. โรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ - ฟังพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 99.60 โดยไม่ฟังพอใจร้อยละ 0.40 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “ฟังพอใจมาก” ($M = 8.99$, $SD = 1.10$)

2. วัณโรค กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ - ฟังพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 99.55 โดยไม่ฟังพอใจร้อยละ 0.45 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “ฟังพอใจมาก” ($M = 8.83$, $SD = 1.13$)

3. ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ - ฟังพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารร้อยละ 99.40 โดยไม่ฟังพอใจมีเพียงร้อยละ 0.60 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “ฟังพอใจมาก” ($M = 8.86$, $SD = 1.20$)

4. โรคติดต่อมาโดยยุงลาย กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ - ฟังพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารร้อยละ 99.38 โดยไม่ฟังพอใจมีเพียงร้อยละ 0.62 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “ฟังพอใจมาก” ($M = 8.90$, $SD = 1.16$)

5. บุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ - ฟังพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 98.07 โดยไม่ฟังพอใจร้อยละ 1.93 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “ฟังพอใจมาก” ($M = 8.68$, $SD = 1.37$)

ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพระหว่างเพศ

เพศ	n	Mean	SD	t	p-value
ชาย	979	43.79	4.67	- 3.73*	.00
หญิง	2,923	44.46	4.83		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.23 แสดงให้เห็นว่า เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.24 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
ในกลุ่มช่วงอายุที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	742.76	3	247.59	10.45*	.00
ภายในกลุ่ม	92,480.41	3,903	23.70		
รวม	93,223.17	3,906			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.24 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.25 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อายุ	M	26 - 45 ปี		
		44.93	46 - 60 ปี	61 ปีขึ้นไป
18 - 25 ปี	44.07	- .87*	-.23	.34
		(.00)	(.87)	(.89)
26 - 45 ปี	44.93		.64*	1.21*
			(.01)	(.00)
46 - 60 ปี	44.30			.57
				(.08)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.25 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 3 คู่ ได้แก่

กลุ่มอายุ 18 - 25 ปี มีระดับความพึงพอใจข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 26 - 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้มีอายุ 46 - 60 ปี มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี และกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.26 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1,509.08	4	377.27	16.12*	.00
ภายในกลุ่ม	91,558.29	3,913	23.40		
รวม	93,067.37	3,917			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.26 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.27 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

ระดับการศึกษา	M	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษาตอน	อนุปริญญา/ ปวส.	ปริญญาตรี ขึ้นไป
		ตอนต้น	ปลาย/ปวช.		
		44.19	44.60	44.03	45.23
ประถมศึกษา	43.51	- .68 (.11)	-1.09* (.00)	-.52 (.72)	-1.73* (.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	44.19		-.41 (.66)	.17 (1.00)	-1.05* (.00)
มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช.	44.60			.57 (.52)	-.64* (.02)
อนุปริญญาตรี/ปวส.	44.03				-1.12* (.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.27 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.28 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	43.554	7	6.222	8.462*	.000
ภายในกลุ่ม	3,676.418	5,000	.735		
รวม	3,719.972	5,007			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.28 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.29 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อาชีพ	M	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย	พนักงาน บริษัท	ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	ไม่ได้ ทำงาน	นักเรียน/ นักศึกษา	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	อื่น ๆ
		44.31	44.22	43.91	45.61	43.67	44.02	44.33	43.83
เกษตรกร	44.35	.05 (1.00)	-.13 (1.00)	.44 (1.00)	-1.26* (.00)	.69 (.80)	.33 (1.00)	.03 (1.00)	.53 (1.00)
รับจ้างทั่วไป	44.31		.08 (1.00)	.39 (1.00)	-1.31* (.00)	.64 (.94)	.28 (1.00)	-.02 (1.00)	.48 (1.00)
ค้าขาย	44.22			.31 (1.00)	-1.39* (.00)	.56 (1.00)	.20 (1.00)	-.10 (1.00)	.40 (1.00)
พนักงานบริษัท	43.91				-1.70* (.01)	.25 (1.00)	-.11 (1.00)	-.41 (1.00)	.09 (1.00)
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	45.61					1.95* (.00)	1.59* (.00)	1.29* (.00)	1.79 (.06)
ไม่ได้ทำงาน	43.67						-.36 (1.00)	-.66 (.98)	-.16 (1.00)
นักเรียน/ นักศึกษา	44.02							-.30 (1.00)	.19 (1.00)
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	44.32								-.50 (1.00)

* p < .05

จากตารางที่ 4.29 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกันจำนวน 7 คู่ ได้แก่

บุคคลที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพรับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้งาน นักเรียน/นักศึกษา และพ่อบ้าน/แม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.30 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	431.88	3	143.96	6.19*	.00
ภายในกลุ่ม	77,208.33	3,322	23.24		
รวม	77,640.21	3,325			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.30 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.31 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มผู้มีรายได้เฉลี่ยแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	M	3,001 - 7,000 บาท	7,001 - 11,000 บาท	11,001 บาทขึ้นไป
		44.31	44.68	44.73
น้อยกว่า 3,000 บาท	43.85	-46 (.30)	-.83* (.00)	-.88* (.00)
3,001 - 7,000 บาท	44.31		-.37 (.49)	-.42 (.31)
7,001 - 11,000 บาท	44.68			-.05 (1.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.31 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับรายได้เฉลี่ยแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 2 คู่ ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000 บาท มีระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 7,001 - 11,000 บาท และ 11,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 4.32 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ถูกต้องจำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม

ที่	ประเด็นคำถามเกี่ยวโรคและภัยสุขภาพ	จำนวนผู้ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับ
โรคติดต่อนำโดยยุงลาย				
1	เมื่อป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้วสามารถกินยาลดไข้ที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอลได้ เช่น ไอบูโพรเฟน ไดโคฟีแนค แอสไพริน เพื่อช่วยให้ไข้ลงโดยเร็ว* (n= 4,034)	2,295	43.11	ปานกลาง
2	ผู้ป่วยไข้เลือดออก / ติดเชื้อไวรัสซิกา / ไข้วัดช้อยุงลาย เมื่อรู้ตัวว่าป่วยแล้วควรทายากันยุงติดต่อกัน 5 - 7 วัน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (n= 4,038)	1,728	42.79	ปานกลาง
3	การเก็บบ้านให้เป็นระเบียบ ปิดฝาภาชนะชั่งน้ำ และเก็บขยะบริเวณรอบบ้านเป็นวิธีการที่สามารถป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายได้ (n= 4,039)	3,835	94.95	มาก
โรคไข้หวัดใหญ่				
4	เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ติดต่อทางการหายใจ เมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูดโดยเชื้ปนเปื้อนอยู่ในอากาศ (n= 4,041)	3,738	92.50	มาก
5	อาการสำคัญของไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (n= 4,043)	3,806	94.25	มาก
6	ประชาชนทุกคนมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ จึงควรเข้ารับการฉีดวัคซีน ปีละ 1 ครั้ง (n= 4,037)	3,593	89.00	มาก
ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน				
7	ฝุ่น PM 2.5 อันตรายต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีโรคประจำตัว (n= 4,039)	3,684	91.21	มาก
8	การเลือกใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น PM 2.5 ควรเป็นหน้ากากที่ได้มาตรฐาน และสวมใส่อย่างถูกต้อง (n= 4,039)	3,786	93.74	มาก
9	ฝุ่น PM 2.5 ส่งผลให้การทำงานของปอดแย่ลง เพิ่มความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปอด (n= 4,036)	3,574	88.55	มาก

ตารางที่ 4.32 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ถูกต้องจำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม (ต่อ)

ที่	ประเด็นคำถามเกี่ยวโรคและภัยสุขภาพ	จำนวนผู้ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับ
วัณโรค				
10	วัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย (n= 4,038)	2,811	69.61	มาก
11	อาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่น่าสงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรค (n= 4,038)	3,117	77.19	มาก
12	วัณโรค สามารถรักษาให้หายได้ โดยใช้เวลาอย่างน้อย 6 – 8 เดือน (n= 4,039)	2,899	71.78	มาก
บุหรี่ไฟฟ้า				
13	บุหรี่ไฟฟ้ามี่สารนิโคติน ซึ่งมีผลไปทำลายสมอง (n= 4,040)	3,464	85.74	มาก
14	บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ช่วยสูบลูกบุหรี่มวนได้* (n= 4,038)	2,499	61.89	ปานกลาง
15	คว้นบุหรี่ไฟฟ้ามือสองเป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง (n= 4,039)	3,481	86.18	มาก

* ข้อคำถามทางลบ

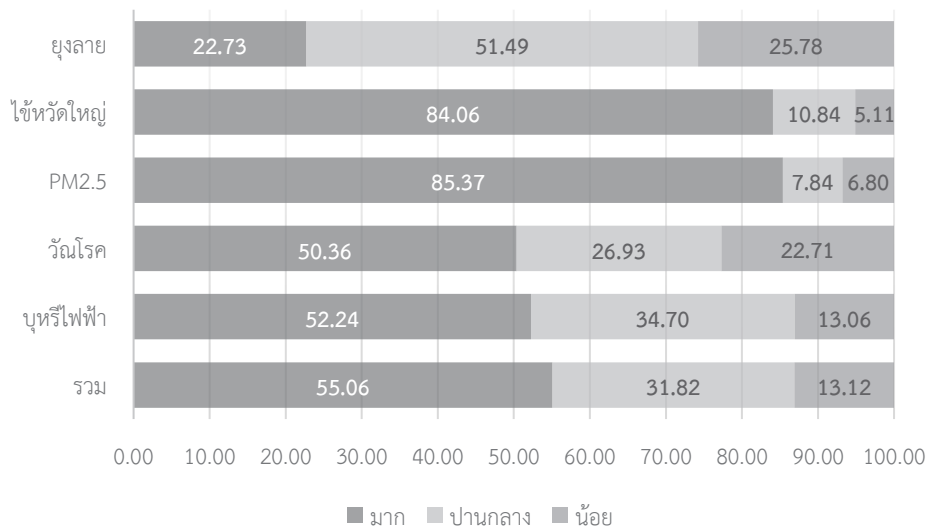
จากตารางที่ 4.32 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องในความถี่ระดับมากถึงจำนวน 12 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 3 ข้อ โดยไม่พบความถี่ในการตอบถูกต้องในระดับน้อย โดยข้อคำถามที่ตอบได้ถูกต้องสูงสุดคือ (ข้อที่ 3) การเก็บบ้านให้เป็นระเบียบ ปิดฝาภาชนะชั่งน้ำ และเก็บขยะบริเวณรอบบ้านเป็นวิธีการที่สามารถป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายได้ มีผู้ตอบถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 94.95 ส่วนข้อคำถามที่มีคนตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือ (ข้อที่ 2) ผู้ป่วยไข้เลือดออก / ติดเชื้อไวรัสซิกา / ไข้วัดข้อยุงลาย เมื่อรู้ตัวว่าป่วยแล้วควรทายากันยุงติดต่อกัน 5 - 7 วัน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น มีผู้ตอบได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 42.79

ตารางที่ 4.33 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและระดับความรู้

โรค/ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคติดต่อนำโดยยุงลาย (n = 4,030)		
มาก (3 คะแนน)	916	22.73
ปานกลาง (2 คะแนน)	2,075	51.49
น้อย (0 – 1 คะแนน)	1,039	25.78
M = 1.95, SD = 0.74, ระดับ = ปานกลาง		

ตารางที่ 4.33 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและระดับความรู้ (ต่อ)

โรค/ระดับความรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้หวัดใหญ่ (n = 4,033)			
มาก (3 คะแนน)		3,390	84.06
ปานกลาง (2 คะแนน)		437	10.84
น้อย (0 – 1 คะแนน)		206	5.11
M = 2.76, SD = 0.64, ระดับ = มาก			
ปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (n = 4,032)			
มาก (3 คะแนน)		3,442	85.37
ปานกลาง (2 คะแนน)		316	7.84
น้อย (0 – 1 คะแนน)		274	6.80
M = 2.74, SD = 0.73, ระดับ = มาก			
วัณโรค (n = 4,033)			
มาก (3 คะแนน)		2,031	50.36
ปานกลาง (2 คะแนน)		1,086	26.93
น้อย (0 – 1 คะแนน)		916	22.71
M = 2.19, SD = 0.98, ระดับ = ปานกลาง			
บุหรี่ไฟฟ้า (n = 4,033)			
มาก (3 คะแนน)		2,108	52.24
ปานกลาง (2 คะแนน)		1,400	34.70
น้อย (0 – 1 คะแนน)		527	13.06
M = 2.34, SD = 0.84, ระดับ = ปานกลาง			
ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ 5 ประเด็น (n = 4,001)			
มาก (13 – 15 คะแนน)		2,203	55.06
ปานกลาง (10 – 12 คะแนน)		1,273	31.82
น้อย (0 – 9 คะแนน)		525	13.12
M = 11.96, SD = 2.71, ระดับ = ปานกลาง			
* หมายเหตุ	การแปลผลค่าเฉลี่ยรายข้อ		
	มาก	เท่ากับ 2.41 – 3.00	
	ปานกลาง	เท่ากับ 1.81 – 2.40	
	น้อย	เท่ากับ 0.00 – 1.80	



ภาพที่ 4.4 ร้อยละของความรู้ในแต่ละระดับในภาพรวมและรายประเด็น

จากตารางที่ 4.33 และภาพที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม ทั้ง 5 ประเด็น ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 50.06, 31.82 และ 13.12 ตามลำดับ โดยคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.96$, $SD = 2.71$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า

1. โรคติดต่อทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับประเด็นนี้ระดับมาก ร้อยละ 22.73 ระดับปานกลางร้อยละ 51.49 และระดับน้อย ร้อยละ 25.78 คะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.95$, $SD = 0.74$)
2. โรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้อันดับมาก ร้อยละ 84.06 ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.84 และระดับน้อย ร้อยละ 5.11 คะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.76$, $SD = 0.64$)
3. ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับประเด็นนี้ระดับมาก ร้อยละ 85.37 ระดับปานกลางร้อยละ 7.84 และระดับน้อย ร้อยละ 6.80 คะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับมาก ($M = 2.74$, $SD = 0.73$)
4. วัณโรค กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับประเด็นนี้ระดับมากร้อยละ 50.36 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.93 และระดับน้อย ร้อยละ 22.71 คะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.19$, $SD = 0.98$)
5. บุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้อันดับมาก ร้อยละ 52.24 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.70 และระดับน้อย ร้อยละ 13.06 คะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.34$, $SD = 0.84$)

ตารางที่ 4.34 การเปรียบเทียบระดับคะแนนรวมเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพระหว่างเพศ

เพศ	n	Mean	SD	t	p-value
ชาย	990	11.46	2.97	-6.87*	.00
หญิง	2,982	12.13	2.60		

* p < .05

จากตารางที่ 4.34 แสดงให้เห็นว่า เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.35 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	599.27	3	199.76	27.69*	.00
ภายในกลุ่ม	28,673.38	3,975	7.22		
รวม	29,272.65	3,978			

* p < .05

จากตารางที่ 4.35 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.36 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่อายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อายุ	M	26 - 45 ปี		
		26 - 45 ปี	46 - 60 ปี	61 ปีขึ้นไป
		12.24	12.25	11.91
18 - 25 ปี	11.26	-.98*	-.99*	-.65*
		(.00)	(.00)	(.00)
26 - 45 ปี	12.24		-.01	.33*
			(1.00)	(.04)
46 - 60 ปี	12.25			.34*
				(.02)

* p < .05

จากตารางที่ 4.36 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ของระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 5 คู่ ได้แก่

กลุ่มมีอายุ 18 - 25 ปี มีระดับคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 26 - 45 ปี 46 - 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีอายุ 26 - 45 ปี มีระดับคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีระดับคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.37 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความรู้อะไรเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	282.42	5	56.49	5.89*	.00
ภายในกลุ่ม	49,186.25	5,129	9.59		
รวม	49,468.68	5,134			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.37 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.38 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธีของ Dunnett's T3

ระดับการศึกษา	M	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษาตอน	อนุปริญญา/	ปริญญาตรี
		ตอนต้น	ปลาย/ปวช.	ปวส.	ขึ้นไป
		12.01	12.05	11.74	12.16
ประถมศึกษา	11.80	-.21 (.82)	-.25 (.21)	-.05 (1.00)	-.36* (.04)
มัธยมศึกษาตอนต้น	12.01		-.05 (1.00)	.26 (.87)	-.15 (.98)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	12.05			.31 (.55)	-.11 (.99)
อนุปริญญาตรี/ปวส.	11.74				-.42 (.20)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.38 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 1 คู่ ได้แก่ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.39 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	981.84	8	122.73	17.24*	.00
ภายในกลุ่ม	28,220.01	3,963	7.12		
รวม	29,201.85	3,971			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.39 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.40 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อาชีพ	M	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย	พนักงาน บริษัท	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ไม่ได้ ทำงาน	นักเรียน/ นักศึกษา	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	อื่น ๆ
		12.14	12.19	12.40	12.51	11.03	10.91	12.15	11.85
เกษตรกร	12.19	.04 (1.00)	.00 (1.00)	-.21 (1.00)	-.32 (.94)	1.16* (.00)	1.28* (.00)	.04 (1.00)	.34 (.97)
รับจ้างทั่วไป	12.14		-.05 (1.00)	-.26 (1.00)	-.37 (.86)	1.11* (.00)	1.23* (.00)	-.01 (1.00)	.27 (1.00)
ค้าขาย	12.19			-.22 (1.00)	-.32 (.98)	1.15* (.00)	1.28* (.00)	.04 (1.00)	.33 (.99)
พนักงานบริษัท	12.40				-.11 (1.00)	1.37* (.00)	1.49* (.00)	.26 (1.00)	.55 (.65)
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	12.51					1.48* (.00)	1.60* (.00)	.36 (.97)	.66 (.26)
ไม่ได้ทำงาน	11.03						.13 (1.00)	-1.11* (.00)	-.82 (.10)
นักเรียน/ นักศึกษา	10.91							-1.24* (.00)	-.94* (.00)
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	12.15								.29 (1.00)

* p < .05

จากตารางที่ 4.40 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของความรู้อันตรายโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกันจำนวน 13 คู่ ได้แก่

บุคคลที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน นักเรียน/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพรับจ้างทั่วไป มีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน นักเรียน/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพค้าขาย มีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน นักเรียน/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพพนักงานบริษัท มีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน นักเรียน/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน และนักเรียน/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ไม่ได้ทำงาน มีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าพ่อบ้าน/แม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นักเรียน/นักศึกษา มีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าพ่อบ้าน/แม่บ้าน และกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.41 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความรู้อะไรโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่รายได้แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	214.50	3	71.50	10.65*	.00
ภายในกลุ่ม	22,697.63	3,380	6.72		
รวม	22,912.13	3,383			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.41 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้อะไรโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.42 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้อะไรโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	M	3,001 - 7,000	7,001 - 11,000	11,001 บาทขึ้นไป
		บาท	บาท	
		12.11	12.27	12.42
น้อยกว่า 3,000 บาท	11.75	-.35* (.04)	-.51* (.00)	-.67* (.00)
3,001 - 7,000 บาท	12.11		-.16 (.72)	-.31* (.05)
7,001 - 11,000 บาท	12.27			.15 (.72)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.42 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ของความรู้อะไรโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับรายได้เฉลี่ยแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000 บาท มีระดับความรู้อะไรโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 7,000 บาท 7,001 - 11,000 บาท และ 11,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 7,000 บาท มีระดับความรู้อะไรโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 11,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 4.43 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม

พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ*
โรคติดต่อทางเดินหายใจ			
1. ท่านป้องกันยุงกัดโดยการทาโลชั่นกันยุง หรือจุดยากันยุง (n = 4,039)	3.50	1.23	ปานกลาง
2. ท่านกำจัดยุงตัวเต็มวัยในบ้านโดยการใส่สเปรย์กำจัดยุง (n = 4,039)	3.27	1.26	น้อย
3. ท่านกำจัดเศษขยะที่สามารถชั่งน้ำได้บริเวณรอบบ้าน เพื่อไม่ให้เป็นที่วางไข่ยุงลาย ทุกสัปดาห์ (n = 4,039)	4.31	0.91	มาก
โรคไข้หวัดใหญ่			
4. ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 4,035)	4.54	0.79	มาก
5. ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจล หลังสัมผัสลูกบิด ราวบันได ราวรถโดยสาร เป็นต้น (n = 4,034)	4.32	0.86	มาก
6. ท่านไม่ใช้แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อน ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกับผู้อื่น (n = 4,038)	4.12	1.40	ปานกลาง
ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน			
7. ท่านตรวจเช็คค่าฝุ่น PM 2.5 ก่อนออกจากบ้าน (n = 4,036)	2.59	1.43	น้อย
8. ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย / ทำกิจกรรมกลางแจ้ง เมื่อค่าฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน (เกิน 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) (n = 4,036)	3.33	1.43	น้อย
9. ท่านปิดประตูหน้าต่าง เมื่อค่าฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน (n = 4,035)	3.57	1.43	ปานกลาง
วัณโรค			
10. ท่านตรวจร่างกายด้วยการเอกซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จะสามารถเฝ้าระวังการเกิดวัณโรคได้ (n = 4,034)	3.04	1.56	น้อย
11. ท่านหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ เช่น สถานที่ที่มีผู้คนแออัด เป็นต้น (n = 4,036)	4.08	1.04	ปานกลาง
12. ท่านบ้วนเสมหะ หรือน้ำลายลงบนภาชนะที่เป็นที่เก็บทาง (n = 4,033)	3.82	1.50	ปานกลาง
บุหรี่ไฟฟ้า			
13. หากท่านถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า ท่านจะปฏิเสธทันที (n = 4,035)	4.44	1.24	มาก
14. ท่านหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n = 4,030)	4.23	1.29	มาก
15. ท่านศึกษาข้อมูลความอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ (n = 4,030)	4.08	1.25	ปานกลาง

* หมายเหตุ	การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ย	
	ระดับมาก	เท่ากับ 4.21 – 5.00
	ระดับปานกลาง	เท่ากับ 3.41 – 4.20
	ระดับน้อย	เท่ากับ 1.00 – 3.40

จากตารางที่ 4.43 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในรายโรคและรายประเด็น พฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1. โรคติดต่อนำโดยยุงลาย มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อยถึงมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 3) ท่านกำจัดเศษขยะที่สามารถชั่งน้ำได้บริเวณรอบบ้านเพื่อไม่ให้ยุงลายวางไข่ยุงลายทุกสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.31, SD = 0.91) ส่วนประเด็น (ข้อที่ 2) ท่านกำจัดยุงตัวเต็มวัยในบ้านโดยใช้สเปรย์กำจัดยุง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M = 3.27, SD = 1.26)

2. โรคไข้หวัดใหญ่ มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 4) ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.54, SD = 0.97) และประเด็น (ข้อที่ 6) ท่านไม่ใช้แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อน ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M = 4.12, SD = 0.14)

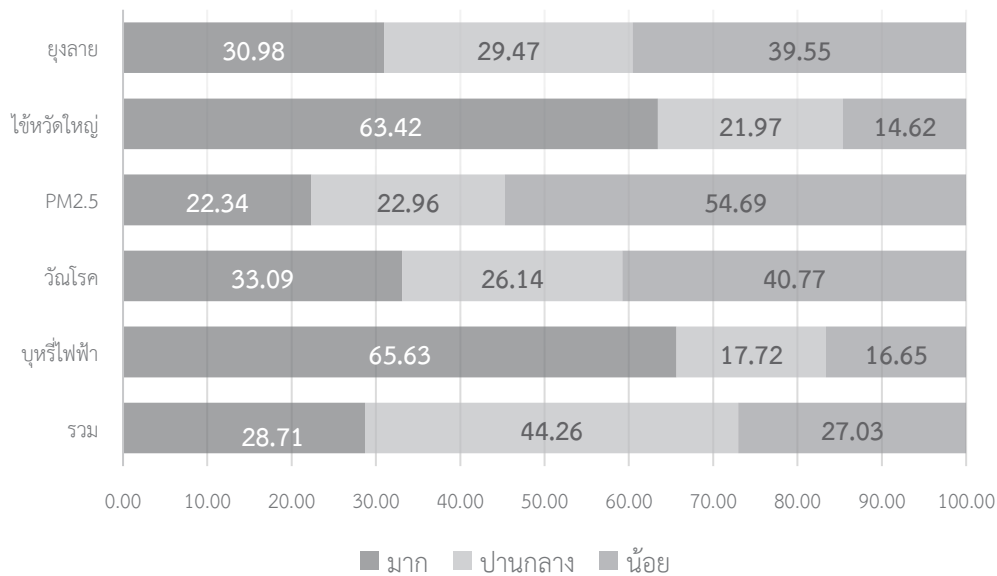
3. ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยประเด็น (ข้อที่ 9) ท่านปิดประตูหน้าต่าง เมื่อค่าฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 3.57, SD = 1.43) และประเด็น (ข้อที่ 7) ท่านตรวจเช็คค่าฝุ่น PM 2.5 ก่อนออกจากบ้าน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (M = 2.59, SD = 1.43)

4. วัณโรค มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย โดยประเด็น (ข้อที่ 11) ท่านหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ เช่น สถานที่ที่มีผู้คนแออัด เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.08, SD = 1.04) และประเด็น (ข้อที่ 10) ท่านตรวจร่างกายด้วยการเอกซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จะสามารถเฝ้าระวังการเกิดวัณโรคได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M = 3.04, SD = 1.56)

5. บุหรี่ไฟฟ้า มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยประเด็น (ข้อที่ 11) หากท่านถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า ท่านจะปฏิเสธทันที มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.44, SD = 1.24) และประเด็น (ข้อที่ 15) ท่านศึกษาข้อมูลความอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M = 4.08, SD = 1.25)

ตารางที่ 4.44 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายประเด็นและระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม

โรค/ระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคติดต่อทางเดินหายใจ (n = 4,038)		
มาก (12.61 – 15.00 คะแนน)	1,251	30.98
ปานกลาง (10.21 – 12.60 คะแนน)	1,190	29.47
น้อย (3.00 – 10.20 คะแนน)	1,597	39.55
M = 11.08, SD = 2.62, ระดับ = ปานกลาง		
โรคไข้หวัดใหญ่ (n = 4,029)		
มาก (12.61 – 15.00 คะแนน)	2,555	63.42
ปานกลาง (10.21 – 12.60 คะแนน)	885	21.97
น้อย (3.00 – 10.20 คะแนน)	589	14.62
M = 12.97, SD = 2.22, ระดับ = มาก		
ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (n = 4,028)		
มาก (12.61 – 15.00 คะแนน)	900	22.34
ปานกลาง (10.21 – 12.60 คะแนน)	925	22.96
น้อย (3.00 – 10.20 คะแนน)	2,203	54.69
M = 9.49, SD = 3.65, ระดับ = น้อย		
วัณโรค (n = 4,025)		
มาก (12.61 – 15.00 คะแนน)	1,332	33.09
ปานกลาง (10.21 – 12.60 คะแนน)	1,052	26.14
น้อย (3.00 – 10.20 คะแนน)	1,641	40.77
M = 10.95, SD = 3.03, ระดับ = ปานกลาง		
บุหรี่ไฟฟ้า (n = 4,024)		
มาก (12.61 – 15.00 คะแนน)	2,641	65.63
ปานกลาง (10.21 – 12.60 คะแนน)	713	17.72
น้อย (3.00 – 10.20 คะแนน)	670	16.65
M = 12.74, SD = 2.97, ระดับ = มาก		
พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็น (n = 3,992)		
มาก (63.01 – 75.00 คะแนน)	1,146	28.71
ปานกลาง (51.01 – 63.00 คะแนน)	1,767	44.26
น้อย (15.00 – 51.00 คะแนน)	1,079	27.03
M = 51.11, SD = 6.98, ระดับ = ปานกลาง		



ภาพที่ 4.5 ร้อยละของพฤติกรรมในแต่ละระดับในภาพรวมและรายประเด็น

จากตารางที่ 4.44 และภาพที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 44.26 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 28.71 และ 27.03 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($M = 51.11$, $SD = 6.98$)

ตารางที่ 4.45 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพระหว่างเพศ

เพศ	n	Mean	SD	t	p-value
ชาย	992	55.73	10.66	-5.44*	.00
หญิง	2,971	57.76	9.75		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.45 แสดงให้เห็นว่า เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.46 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2,211.70	3	737.24	7.38*	.00
ภายในกลุ่ม	396,309.69	3,967	99.90		
รวม	398,521.39	3,970			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.46 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.47 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อายุ	M	26 - 45 ปี	46 - 60 ปี	61 ปีขึ้นไป
		57.86	57.86	56.63
18 - 25 ปี	56.13	-1.73* (.00)	-1.73* (.00)	-.50 (.89)
26 - 45 ปี	57.86		-.00 (1.00)	1.23* (.05)
46 - 60 ปี	57.86			1.23* (0.4)

* p < .05

จากตารางที่ 4.47 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่

กลุ่มมีอายุ 18 - 25 ปี มีระดับความรอบด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่ากลุ่มอายุ 26 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้มีอายุ 26 - 45 ปี มีระดับระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้มีอายุ 46 - 60 ปี มีระดับระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.48 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3,691.17	4	922.79	9.27*	.00
ภายในกลุ่ม	395,866.71	3,975	99.59		
รวม	399,557.88	3,979			

* p < .05

จากตารางที่ 4.48 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.49 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ระดับพฤติกรรมกำบังโรครและภัยสุขภาพ
ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธีของ Dunnett's T3

ระดับการศึกษา	M	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	อนุปริญญา/ ปวส.	ปริญญาตรี ขึ้นไป
		56.56	57.52	56.74	58.96
ประถมศึกษา	56.30	-.27 (1.00)	-1.22* (.03)	-.44 (1.00)	-2.66* (.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	56.56		-.95 (.53)	-.18 (1.00)	-2.39* (.00)
มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช.	57.52			.78 (.91)	-1.44* (.01)
อนุปริญญาตรี/ปวส.	56.74				-2.22* (.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.49 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ระดับพฤติกรรมกำบังโรครและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 5 คู่
ได้แก่

ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับพฤติกรรมกำบังโรครและภัยสุขภาพน้อยกว่า
กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมตอนปลาย/ปวช. และกลุ่มปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีระดับพฤติกรรมกำบังโรครและภัยสุขภาพน้อยกว่า
กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมตอนปลาย/ปวช. มีระดับพฤติกรรมกำบังโรครและภัยสุขภาพ
น้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีการศึกษาระดับระดับอนุปริญญา/ปวส. มีระดับพฤติกรรมกำบังโรครและภัยสุขภาพน้อยกว่า
กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.50 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับพฤติกรรมกำบังโรครและภัยสุขภาพในกลุ่ม
ที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	7,375.10	8	921.89	9.35*	.00
ภายในกลุ่ม	389,740.97	3,954	98.57		
รวม	397,116.08	3,962			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.50 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับพฤติกรรม
กำบังโรครและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.51 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพ
ในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อาชีพ	M	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย	พนักงาน บริษัท	ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	ไม่ได้ ทำงาน	นักเรียน/ นักศึกษา	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	อื่น ๆ
		57.22	57.83	59.19	60.89	54.57	55.70	57.19	57.80
เกษตรกร	56.98	-.24 (1.00)	-.85 (.98)	-2.20 (.17)	-3.90* (.00)	2.42* (.04)	1.29 (.46)	-.20 (1.00)	-.81 (1.00)
รับจ้างทั่วไป	57.22		-.60 (1.00)	-1.96 (.48)	-3.66* (.00)	2.66* (.03)	1.53 (.35)	.04 (1.00)	-.57 (1.00)
ค้าขาย	57.83			-1.36 (.98)	-3.05* (.00)	3.26* (.00)	2.14* (.03)	.65 (1.00)	.04 (1.00)
พนักงานบริษัท	59.19				-1.70 (.91)	4.62* (.00)	3.49* (.00)	2.00 (.65)	1.39 (1.00)
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	60.89					6.32* (.00)	5.19* (.00)	3.70* (.00)	3.09 (.11)
ไม่ได้ทำงาน	54.57						-1.13 (1.00)	-2.62 (.10)	-3.27 (.12)
นักเรียน/ นักศึกษา	55.70							-1.49 (.77)	-2.10 (.69)
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	57.19								-.61 (1.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.51 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกันจำนวน 12 คู่ ได้แก่

บุคคลที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ไม่ได้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ไม่ได้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพค้าขาย มีระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ไม่ได้ทำงานและนักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน นักเรียน/นักศึกษา และพ่อบ้าน / แม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.52 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2,777.94	3	925.98	9.64*	.00
ภายในกลุ่ม	323,788.02	3,370	96.08		
รวม	326,565.96	3,373			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.52 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันมีระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.53 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	M	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
		3,001 - 7,000 บาท	7,001 - 11,000 บาท	11,001 บาทขึ้นไป
		56.90	57.50	59.16
น้อยกว่า 3,000 บาท	57.01	.11 (1.00)	-.49 (.89)	-2.16* (.00)
3,001 - 7,000 บาท	56.90		-.60 (.76)	-2.27* (.00)
7,001 - 11,000 บาท	57.50			-1.66* (.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.53 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของผู้ที่มีระดับรายได้เฉลี่ยแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 3 คู่ ได้แก่

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000 บาท มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 11,001 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 7,000 บาท มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 11,001 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 7,001 - 11,000 บาท มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 11,001 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,039 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,544 คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือคิดเป็นร้อยละ 87.72 หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคตามมุมมองของประชาชน ดังนี้

ตารางที่ 4.54 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน จำแนกเป็นรายชื่อ

ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	Mean	SD	ระดับ
1. บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี (n = 3,543)	4.53	0.57	มาก
2. การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด (n = 3,544)	4.48	0.59	มาก
3. กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค (n = 3,544)	4.51	0.59	มาก
4. กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ (n = 3,542)	4.60	0.56	มาก

*หมายเหตุ การแปลผลระดับ
ระดับมาก เท่ากับ 3.67 – 5.00
ระดับปานกลาง เท่ากับ 2.34 – 3.66
ระดับน้อย เท่ากับ 1.00 – 2.33

จากตารางที่ 4.54 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่มีต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 4) กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.60, SD = 0.56) และในประเด็น (ข้อที่ 2) การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M = 4.48, SD = 0.59)

ตารางที่ 4.55 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคจำแนกตามระดับภาพลักษณ์เชิงบวก

ระดับของภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน		กลุ่มตัวอย่าง (n = 3,545)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	(14.67 – 20.00 คะแนน)	3,435	96.90
ปานกลาง	(9.34 – 14.66 คะแนน)	106	2.99
น้อย	(4 – 9.33 คะแนน)	4	0.11
M = 18.11, SD = 2.00, ระดับมาก			

จากตารางที่ 4.55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.90 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและน้อยคิดเป็นร้อยละ 2.99 และ 0.11 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($M = 18.11$, $SD = 2.00$)

ตารางที่ 4.56 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกระหว่างเพศ

เพศ	n	Mean	SD	t	p-value
ชาย	855	18.06	2.09	-98	.312
หญิง	2,666	18.14	1.96		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.56 แสดงให้เห็นว่า ไม่พบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคในเพศชายและเพศหญิง

ตารางที่ 4.57 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	106.672	3	35.56	8.96*	.00
ภายในกลุ่ม	13,973.496	3,522	3.97		
รวม	14,080.168	3,525			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.57 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.58 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่อายุแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อายุ	M	26 - 45 ปี		
		26 - 45 ปี	46 - 60 ปี	61 ปีขึ้นไป
		18.03	18.15	18.39
18 - 25 ปี	17.78	-.16 (.52)	-.28* (.03)	-.52* (.00)
26 - 45 ปี	18.03		-.12 (.52)	-.36* (.00)
46 - 60 ปี	18.15			-.24* (.05)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.58 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคของผู้ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 5 คู่ ได้แก่

กลุ่มมีอายุ 18 - 25 ปี มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคน้อยกว่ากลุ่มอายุ 46 - 60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้มีอายุ 26 - 45 ปี มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้มีอายุ 46 - 60 ปี มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.59 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรค ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	94.84	4	23.71	6.00*	.00
ภายในกลุ่ม	13,945.36	3,531	3.95		
รวม	14,040.20	3,535			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.59 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.60 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรค ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธีของ Dunnett's T3

ระดับการศึกษา	M	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษาตอน	อนุปริญญา/	ปริญญาตรี
		ตอนต้น	ปลาย/ปวช.	ปวส.	ขึ้นไป
		18.30	18.16	17.94	17.83
ประถมศึกษา	18.26	-0.00 (1.00)	.10 (.79)	.32 (.11)	.42* (.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	18.30		.10 (.89)	.32 (.19)	.42* (.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	18.16			.22 (.44)	.32 (1.00)
อนุปริญญาตรี/ปวส.	17.94				.10 (1.00)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.60 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคของผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 2 คู่ ได้แก่

ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคมากกว่าผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคมากกว่าผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.61 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรค
ในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	218.09	8	27.26	6.92*	.00
ภายในกลุ่ม	13,847.41	3,513	3.94		
รวม	14,065.51	3,521			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.61 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.62 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรค
ในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

อาชีพ	M	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย	พนักงาน บริษัท	ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	ไม่ได้ ทำงาน	นักเรียน/ นักศึกษา	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	อื่น ๆ
		18.12	18.18	17.56	17.91	18.06	17.67	18.29	17.85
เกษตรกรรม	18.36	.24 (.47)	.18 (.98)	.80* (.00)	.45* (.07)	.31 (.80)	.69* (.00)	.07 (1.00)	.51 (.18)
รับจ้างทั่วไป	18.12		-.07 (1.00)	.56 (.19)	.21 (1.00)	.06 (1.00)	.45* (.05)	-.17 (1.00)	.26 (1.00)
ค้าขาย	18.18			.62* (.04)	.28 (.69)	.13 (1.00)	.51* (.01)	-.11 (1.00)	.33 (.72)
พนักงานบริษัท	17.56				-.35 (.99)	-.50 (.67)	-.11 (1.00)	-.73* (.02)	-.29 (1.00)
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	17.91					-.14 (1.00)	.24 (.99)	-.38 (.62)	.06 (1.00)
ไม่ได้ทำงาน	18.06						.39 (.66)	-.23 (.99)	.20 (1.00)
นักเรียน/ นักศึกษา	17.67							-.62* (.00)	-.18 (1.00)
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	18.29								.44 (.68)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.62 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกันจำนวน 7 คู่ ได้แก่

บุคคลที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคมากกว่าบุคคลประกอบอาชีพพนักงานบริษัทและข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคมากกว่านักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพค้าขาย มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคมากกว่าพนักงานบริษัท และนักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพพนักงานบริษัท มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคน้อยกว่าพ่อบ้าน/แม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นักเรียน/นักศึกษา มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคน้อยกว่าพ่อบ้าน/แม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.63 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	45.20	3	15.07	3.86*	.01
ภายในกลุ่ม	11,907.96	3,049	3.91		
รวม	11,953.16	3,052			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.63 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.64 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่การรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคในกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	M	3,001 - 7,000 บาท			7,001 - 11,000 บาท			11,001 บาทขึ้นไป		
		บาท			บาท			บาท		
		18.22	18.14	17.95						
น้อยกว่า 3,000 บาท	18.26	.04 (1.00)	.12 (.78)	.31* (.10)						
3,001 - 7,000 บาท	18.22		.09 (.94)	.28* (.04)						
7,001 - 11,000 บาท	18.14			.19* (.33)						

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.64 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคของผู้ที่มีระดับรายได้เฉลี่ยแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 2 คู่ ได้แก่

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000 บาท มีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคมากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 11,001 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 7,000 บาท มีการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคมากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 11,001 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 1.3 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 4.65 ค่าเฉลี่ยร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม รายทักษะ และรายประเด็น

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย (ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ร้อยละ				
		ทำได้ ง่าย มาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยาก มาก	ไม่เคย ทำเลย
ทักษะการเข้าถึง						
1. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง	4.13 (.90)	34.55	52.99	7.06	1.69	3.72
2. ฉันสามารถหาข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคที่ฉันสนใจได้จากหลายแหล่ง	4.10 (.86)	30.97	56.78	7.12	1.83	3.30
3. ฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านการป้องกันควบคุมโรคที่มีความน่าเชื่อถือ	4.07 (.80)	26.67	59.75	9.44	1.91	2.23
4. ฉันสามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพได้ว่ามีความถูกต้องหรือไม่	3.93 (.87)	21.15	59.99	12.93	2.13	3.80
ทักษะการเข้าใจ						
5. ฉันจำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคที่ได้รับจากการอ่านหรือฟังผู้อื่นได้	4.00 (.76)	20.74	64.26	10.98	2.16	1.86
6. ฉันบอก/เล่าเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพที่ฉันอ่านหรือฟังได้	4.04 (.73)	21.77	65.66	9.22	1.51	1.83
7. ฉันเข้าใจความหมายข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคที่อ่านหรือฟัง	4.12 (.68)	24.62	65.89	6.99	1.39	1.11
8. ฉันเข้าใจข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคที่ได้รับมา	4.13 (.67)	24.98	66.13	6.62	1.14	1.14
ทักษะการโต้ถาม						
9. ถ้ามีคำถาม ฉันวางแผนที่จะถามข้อสงสัยก่อนไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้	4.02 (.83)	23.32	63.60	8.02	1.73	3.32
10. ฉันเตรียมข้อคำถามที่สงสัย ก่อนไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้	3.99 (.86)	22.03	65.09	7.11	1.39	4.39
11. ถ้าฉันมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ฉันสามารถหาคำตอบจนหายสงสัย	4.04 (.76)	22.83	64.32	9.31	1.31	2.23
12. หากมีข้อสงสัย ฉันจะถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้จนเข้าใจ	4.16 (.73)	29.46	61.20	6.47	1.31	1.56

ตารางที่ 4.65 ค่าเฉลี่ยร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม รายทักษะ และรายประเด็น (ต่อ)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย (ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ร้อยละ				
		ทำได้ ง่าย มาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยาก มาก	ไม่เคย ทำเลย
ทักษะการตัดสินใจ						
13. ฉันบอกข้อดี - ข้อเสียเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้	3.99 (.77)	20.55	64.61	10.9	1.61	2.33
14. เมื่อได้รับข้อมูล ฉันตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้	4.14 (.68)	26.53	64.31	6.84	1.19	1.14
15. ฉันอธิบายเหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของฉันได้	4.14 (.69)	26.84	63.59	7.24	1.12	1.21
16. ฉันบอกได้ว่าทำไมฉันจึงเลือกทำหรือไม่ทำตามคำแนะนำด้านสุขภาพที่ฉันได้รับมา	4.03 (.77)	22.79	63.83	9.56	1.59	2.23
ทักษะการนำไปใช้						
17. ฉันปรับเปลี่ยนคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันควบคุมโรคให้เหมาะสมกับตนเอง	4.10 (.71)	25.06	64.02	8.12	1.29	1.51
18. ฉันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันควบคุมโรค	4.10 (.71)	25.32	63.67	8.43	1.19	1.39

ตารางที่ 4.65 ค่าเฉลี่ยร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม รายทักษะ และรายประเด็น (ต่อ)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย (ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ร้อยละ				
		ทำได้ ง่าย มาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยาก มาก	ไม่เคย ทำเลย
19. ฉันเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติที่สำคัญ เช่น เขียนโน้ต จดบันทึก ในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา หรืออื่น ๆ	4.07 (.82)	26.91	59.89	9.09	1.24	2.87
20. ฉันเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ เช่น ฝากให้คนอื่นเตือน/บอกญาติ/คนใกล้ชิดให้ช่วยเตือน เป็นต้น	3.94 (.91)	21.92	61.61	9.91	1.58	4.98

จากตารางที่ 4.65 แสดงให้เห็นว่าในด้านทักษะการเข้าถึงนั้น ในประเด็นที่ 1 ฉันสามารถค้นหาข้อมูล การป้องกันควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง เป็นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของการตอบว่าทำได้ง่ายมาก และไม่เคย ทำเลยมากที่สุด คือ ร้อยละ 34.55 ส่วนประเด็นที่ 4 ฉันสามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพได้ว่ามีความถูกต้อง หรือไม่ ร้อยละของการตอบว่าไม่เคยทำเลยมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 3.80

ทักษะการเข้าใจ พบว่า ประเด็นที่ 8 ฉันเข้าใจข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคที่ได้รับมา มีร้อยละ ของการตอบว่าทำได้ง่ายมากมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 24.98 ส่วนประเด็นที่ 5 ฉันจำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคที่ได้รับจากการอ่านหรือฟังผู้อื่นได้ มีร้อยละของการตอบว่าไม่เคยทำเลยมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 1.86

ทักษะการไต่ถาม พบว่า ประเด็นที่ 12 หากมีข้อสงสัย ฉันจะถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้ จนเข้าใจ มีร้อยละของการตอบว่าทำได้ง่ายมากมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 29.46 และประเด็นที่ 10 ฉันเตรียม ข้อคำถามที่สงสัย ก่อนไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้ มีร้อยละของการตอบว่าไม่เคยทำเลยมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 4.39

ทักษะการตัดสินใจ พบว่า ประเด็นที่ 15 ฉันอธิบายเหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของฉันได้ มีร้อยละของการตอบว่าทำได้ง่ายมากมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 26.84 ส่วนประเด็นข้อที่ 13 ฉันบอกข้อดี - ข้อเสีย เกี่ยวกับการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้ มีร้อยละของการตอบว่าไม่เคยทำ เลยมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 2.33

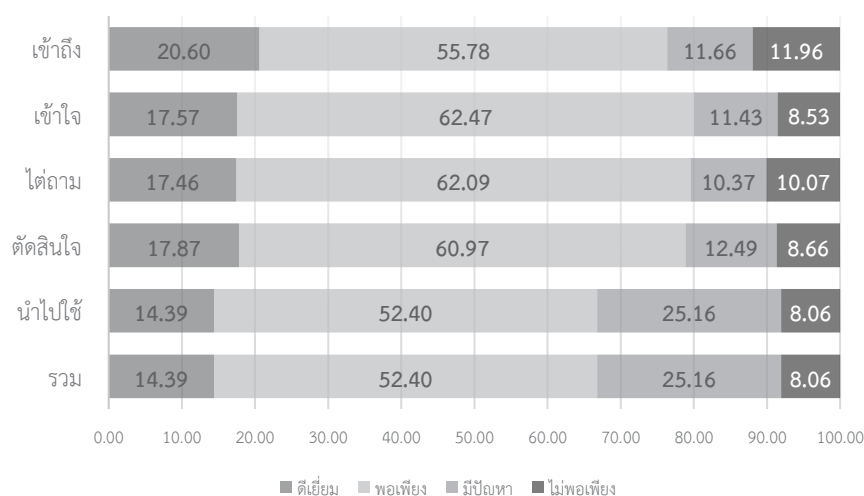
ทักษะการประยุกต์ใช้ พบว่า ประเด็นที่ 19 ฉันเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติที่สำคัญ เช่น เขียนโน้ต จดบันทึกในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา หรืออื่น ๆ มีร้อยละของการตอบว่าทำได้ง่ายมากมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 26.91 ส่วนประเด็นที่ 20 ฉันเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/ การปฏิบัติตัวที่สำคัญ เช่น ฝากให้คนอื่นเตือน/บอกญาติ/คนใกล้ชิดให้ช่วยเตือน เป็นต้น มีร้อยละของการตอบ ว่าไม่เคยทำเลยมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 4.98

ตารางที่ 4.66 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึง (n = 4,014)		
- ดีเยี่ยม (18.40 - 20.00)	827	20.60
- พอเพียง (16.00 - 18.39)	2,239	55.78
- มีปัญหา (13.60 - 15.99)	468	11.66
- ไม่พอเพียง (4.00 - 13.59)	480	11.96
M = 16.23, SD = 2.92, ระดับ = พอเพียง		
ทักษะการเข้าใจ (n = 4,023)		
- ดีเยี่ยม (18.40 - 20.00)	707	17.57
- พอเพียง (16.00 - 18.39)	2,513	62.47
- มีปัญหา (13.60 - 15.99)	460	11.43
- ไม่พอเพียง (4.00 - 13.59)	343	8.53
M = 16.28, SD = 2.40, ระดับ = พอเพียง		

ตารางที่ 4.66 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะการไต่ถาม (n = 4,031)		
- ดีเยี่ยม (18.40 - 20.00)	704	17.46
- พอเพียง (16.00 - 18.39)	2,503	62.09
- มีปัญหา (13.60 - 15.99)	418	10.37
- ไม่พอเพียง (4.00 - 13.59)	406	10.07
M = 16.21, SD = 2.61, ระดับ = พอเพียง		
ทักษะการตัดสินใจ (n = 4,028)		
- ดีเยี่ยม (18.40 - 20.00)	720	17.87
- พอเพียง (16.00 - 18.39)	2,456	60.97
- มีปัญหา (13.60 - 15.99)	503	12.49
- ไม่พอเพียง (4.00 - 13.59)	349	8.66
M = 16.30, SD = 2.42, ระดับ = พอเพียง		
ทักษะการนำไปใช้ (n = 4,027)		
- ดีเยี่ยม (18.40 - 20.00)	726	18.03
- พอเพียง (16.00 - 18.39)	2,345	58.23
- มีปัญหา (13.60 - 15.99)	523	12.99
- ไม่พอเพียง (4.00 - 13.59)	433	10.75
M = 16.21, SD = 2.46, ระดับ = พอเพียง		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (n = 3,983)		
- ดีเยี่ยม (92.00 - 100.00)	573	14.39
- พอเพียง (80.00 - 91.99)	2,087	52.40
- มีปัญหา (69.00 - 79.99)	1,002	25.16
- ไม่พอเพียง (20.00 - 68.00)	321	8.06
M = 81.24, SD = 10.76, ระดับ = พอเพียง		



ภาพที่ 4.6 ร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ

จากตารางที่ 4.66 และภาพที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 81.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.76 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,087 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 52.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับมีปัญหา จำนวน 1,002 คน หรือร้อยละ 25.16 อยู่ในระดับระดับดีเยี่ยมจำนวน 573 คน หรือร้อยละ 14.39 และอยู่ในระดับไม่พอเพียงจำนวน 321 คน หรือร้อยละ 8.06 ตามลำดับ

ด้านทักษะการเข้าถึง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 16.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.92 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,239 คน หรือร้อยละ 55.78 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านเข้าถึงอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับดีเยี่ยม 827 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60 ระดับไม่พอเพียง จำนวน 480 คน คิดเป็นร้อยละ 11.96 และระดับมีปัญหาจำนวน 468 คน คิดเป็นร้อยละ 11.66 ตามลำดับ

ด้านทักษะการเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 16.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.40 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,513 คน หรือร้อยละ 62.47 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านเข้าใจอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับดีเยี่ยมจำนวน 707 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ระดับมีปัญหา 418 คน คิดเป็นร้อยละ 10.37 และระดับไม่พอเพียงจำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 10.07 ตามลำดับ

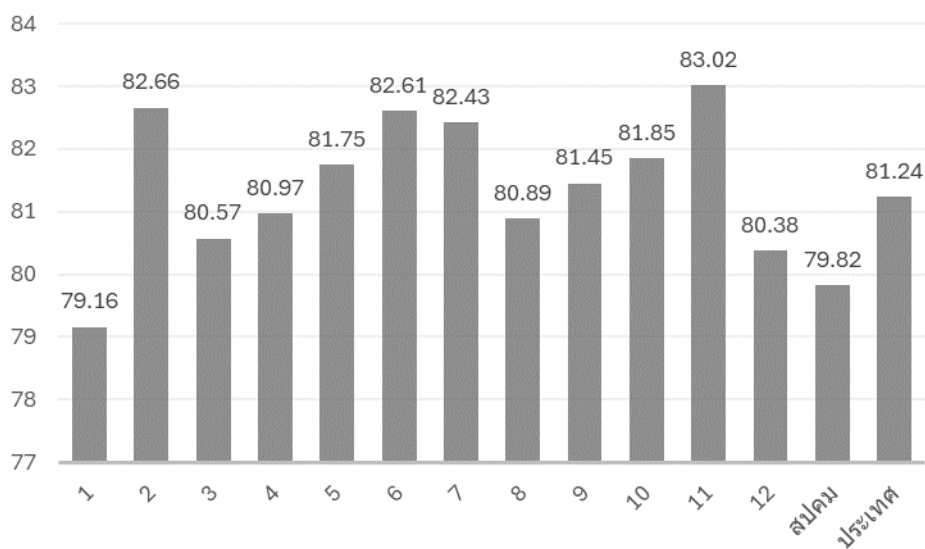
ด้านทักษะการไต่ถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 16.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.61 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,503 คน หรือร้อยละ 62.09 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านการไต่ถามอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับดีเยี่ยม 704 คน คิดเป็นร้อยละ 17.46 ระดับมีปัญหาจำนวน 418 คน คิดเป็นร้อยละ 10.37 และระดับไม่พอเพียงจำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 10.07 ตามลำดับ

ด้านทักษะการตัดสินใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 16.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.24 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,456 คน หรือร้อยละ 60.97 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับดีเยี่ยมจำนวน 720 คน ร้อยละ 17.87 ระดับมีปัญหา จำนวน 503 คน หรือร้อยละ 12.49 และระดับไม่พอเพียงจำนวน 349 คน คิดเป็นร้อยละ 8.66 ตามลำดับ

ด้านทักษะการนำไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 16.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.46 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,345 คน หรือร้อยละ 58.23 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านการนำไปใช้อยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับดีเยี่ยมจำนวน 726 คน ร้อยละ 18.03 ระดับมีปัญหา จำนวน 523 คน หรือร้อยละ 12.99 และระดับไม่พอเพียงจำนวน 433 คน คิดเป็นร้อยละ 10.75 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.67 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพรายเขตและภาพรวม

เขตสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ร้อยละ			
		ดีเยี่ยม	พอเพียง	มีปัญหา	ไม่พอเพียง
สคร. 1 (เชียงใหม่)	79.16 (9.74)	5.50	52.00	31.75	10.75
สคร. 2 (พิษณุโลก)	82.66 (10.87)	17.50	48.00	30.50	4.00
สคร. 3 (นครสวรรค์)	80.57 (11.50)	12.50	54.00	24.00	9.50
สคร. 4 (สระบุรี)	80.97 (9.52)	11.55	51.44	28.35	8.66
สคร. 5 (ราชบุรี)	81.75 (10.77)	15.00	55.00	22.50	7.50
สคร. 6 (ชลบุรี)	82.61 (8.81)	18.00	51.50	25.00	5.50
สคร. 7 (ขอนแก่น)	82.43 (10.88)	19.39	54.85	18.62	7.14
สคร. 8 (อุดรธานี)	80.89 (9.86)	12.81	45.81	33.00	8.37
สคร. 9 (นครราชสีมา)	81.45 (9.95)	13.71	52.54	26.40	7.36
สคร. 10 (อุบลราชธานี)	81.85 (10.32)	14.50	52.50	25.50	7.50
สคร. 11 (นครศรีธรรมราช)	83.02 (9.22)	17.62	57.25	20.98	4.15
สคร. 12 (สงขลา)	80.38 (13.43)	17.05	53.18	19.85	9.92
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	79.82 (12.57)	14.25	49.25	25.00	11.50
ภาพรวมประเทศ	81.24 (10.76)	14.41	52.37	25.15	8.08



ภาพที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพรายเขตและภาพรวม

จากตารางที่ 4.67 และภาพที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่า พิสัยค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายเขตทั้ง 13 พื้นที่ อยู่ระหว่าง 79.16 – 83.02 จัดอยู่ในระดับมีปัญหถึงพอเพียง

ตารางที่ 4.68 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคระหว่างเพศ

เพศ	n	Mean	SD	t	p-value
ชาย	989	80.93	11.68	-1.00	.32
หญิง	2,956	81.35	10.43		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.68 แสดงให้เห็นว่า ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคระหว่างเพศชายและเพศหญิง

ตารางที่ 4.69 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	107.02	3	35.67	8.99*	.00
ภายในกลุ่ม	13,977.63	3,524	3.97		
รวม	14,084.65	3,527			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.69 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.70 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีอายุแตกต่างกันด้วยวิธี Tukey

อายุ	M	61 ปีขึ้นไป		
		26 - 45 ปี	46 - 60 ปี	61 ปีขึ้นไป
		18.03	18.15	18.39
18 - 25 ปี	17.87	-.16 (.39)	-.28* (.02)	-.52* (.00)
26 - 45 ปี	18.03		.11 (.53)	-.36* (.00)
46 - 60 ปี	18.15			-.24* (.05)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.70 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของผู้ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่

กลุ่มที่มีอายุ 18 - 25 ปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีอายุ 26 - 45 ปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ที่มีอายุ 46 - 60 ปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.71 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	19,645.35	4	4,911.34	44.30*	.00
ภายในกลุ่ม	439,660.81	3,966	110.86		
รวม	459,306.16	3,970			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.71 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.72 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันด้วยวิธีของ Dunnett'T3

ระดับการศึกษา	M	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	อนุปริญญา/ปวส.	ปริญญาตรีขึ้นไป
		81.56	82.54	81.61	83.92
ประถมศึกษา	78.04	-3.51* (.00)	-4.50* (.00)	-3.57* (.00)	-5.87* (.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	81.56		-.98 (.31)	-.06 (1.00)	-2.36* (.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	82.54			.93 (.77)	-1.37* (.02)
อนุปริญญาตรี/ปวส.	81.61				-2.30* (.01)

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.72 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 7 คู่ ได้แก่

ผู้สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ผู้สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.73 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	10,156.12	8	1,269.52	11.16*	.00
ภายในกลุ่ม	449,125.11	3,947	113.79		
รวม	459,281.23	3,955			

* p< .05

จากตารางที่ 4.73 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่ต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.74 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett'T3

อาชีพ	M	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย	พนักงาน บริษัท	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ไม่ได้ ทำงาน	นักเรียน/ นักศึกษา	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	อื่น ๆ
		81.26	81.29	83.56	85.38	77.27	81.85	80.35	81.56
เกษตรกร	80.76	- .50 (1.00)	- .53 (1.00)	-2.79* (.03)	-4.61* (.00)	3.50* (.02)	-1.09 (.81)	.41 (1.00)	-.79 (1.00)
รับจ้างทั่วไป	81.26		- .03 (1.00)	-2.30 (.29)	-4.12* (.00)	3.99* (.01)	-.59 (1.00)	.91 (1.00)	-.30 (1.00)
ค้าขาย	81.29			-2.26 (.35)	-4.08* (.00)	4.03* (.01)	-.56 (1.00)	.94 (1.00)	-.26 (1.00)
พนักงานบริษัท	83.56				-1.82 (.90)	6.29* (.00)	1.71 (.88)	3.21 (.06)	2.00 (.98)
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	85.38					8.11* (.00)	3.53* (.00)	5.03* (.00)	3.82* (.00)
ไม่ได้ทำงาน	77.27						-4.58* (.00)	-3.08 (.24)	-4.29 (.06)
นักเรียน/ นักศึกษา	81.85							1.50 (.89)	.29 (1.00)
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	80.35								-1.21 (1.00)

* p< .05

จากตารางที่ 4.74 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกันจำนวน 13 คู่ ได้แก่

บุคคลที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าพนักงานบริษัท และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าคนที่ไม่ได้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพรับจ้างทั่วไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคมากกว่าคนที่ไม่ได้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ทำอาชีพพนักงานบริษัท มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ทำงาน นักเรียน/นักศึกษา พ่อบ้าน/แม่บ้าน และอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคคลที่ไม่ได้ทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคน้อยกว่านักเรียน/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.75 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	9,317.00	3	3,105.67	28.82*	.00
ภายในกลุ่ม	362,336.44	3,362	107.77		
รวม	371,653.44	3,365			

* p < .05

จากตารางที่ 4.75 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.76 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มที่รายได้แตกต่างกันด้วยวิธี Dunnett's T3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	M	3,001 - 7,000 บาท	7,001 - 11,000 บาท	11,001 บาทขึ้นไป
		81.26	82.38	83.05
น้อยกว่า 3,000 บาท	78.77	-2.49*	-3.61*	-4.28*
		(.00)	(.00)	(.00)
3,001 - 7,000 บาท	81.26		-1.12	-1.80*
			(.08)	(.00)
7,001 - 11,000 บาท	82.38			-.67
				(.63)

* p < .05

จากตารางที่ 4.76 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของผู้ที่มีระดับรายได้เฉลี่ยแตกต่างกัน พบว่า มีคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 3,000 บาท มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 7,000 บาท กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 7,001 - 11,000 บาท และ 11,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001 - 7,000 บาท มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 10,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 1.4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ

ตารางที่ 4.77 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน

ปัจจัย	PS (n = 3,983)	PC (n = 3,971)	SA (n = 3,874)	KL (n = 3,948)	IM (n = 3,494)	BH (n = 3,942)
PC	.531*					
SA	.311*	.495*				
KL	.220*	.228*	.251*			
IM	.266*	.252*	.426*	.181*		
BH	.373*	.382*	.290*	.295*	.295*	
HL	.418*	.433*	.464*	.273*	.374*	.443*

*p ≤ .05

PS = แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

SA = ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพพรายโรค

KL = ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

IM = ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

HL = ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรค

จากตารางที่ 4.77 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน พบว่า แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์แบบบวกในระดับปานกลางและความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์แบบบวกในระดับต่ำ

ตารางที่ 4.78 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน

ปัจจัย	PS (n = 3,992)	PC (n = 3,977)	SA (n = 3,881)	KL (n = 3,956)	IM (n = 3,503)	HL (n = 3,942)
PC	.531*					
SA	.311*	.495*				
KL	.220*	.228*	.251*			
IM	.266*	.252*	.426*	.181*		
HL	.418*	.433*	.464*	.273*	.374*	
BH	.373*	.382*	.290*	.295*	.295*	.443*

* $p \leq 0.05$

PS = แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

SA = ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค

KL = ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

IM = ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

HL = ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรค

BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

จากตารางที่ 4.78 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์แบบบวกในระดับปานกลาง และแหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์แบบบวกในระดับต่ำ

ตารางที่ 4.79 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ปัจจัย	PS (n = 3,547)	PC (n = 3,534)	SA (n = 3,453)	KL (n = 3,510)	HL (n = 3,494)	BH (n = 3,503)
PC	.531*					
SA	.311*	.495*				
KL	.220*	.228*	.251*			
HL	.418*	.433*	.464*	.273*		
BH	.373*	.382*	.290*	.295*	.443*	
IM	.266*	.252*	.426*	.181*	.374*	.295*

*p ≤ 0.05

PS = แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

SA = ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค

KL = ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

HL = ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรค

BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

IM = ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

จากตารางที่ 4.79 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค พบว่า ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์แบบบวกในระดับปานกลาง ส่วนแหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์แบบบวกในระดับต่ำ

ตารางที่ 4.80 ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย

ตัวแปรทำนาย	b	S.E.(b)	β	t	p
ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร	.51	.04	.24	14.01*	.00
แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร	.27	.02	.21	12.25*	.00
ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค	.86	.08	.17	10.93*	.00
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	.29	.04	.12	6.69*	.00
ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	.27	.06	.07	4.75*	.00
Constant (a)	25.71	1.59		16.22*	.00

$R = .565$; $R^2 = .319$; $R^2_a = .318$; $SEE = 8.10$; $Overall F = 315.30^*$; $p = .00$

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.80 แสดงให้เห็นว่า แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค รวมกันทำนายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยได้ร้อยละ 31.8

โดยสามารถแสดงสมการคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ} = & 25.71 + .51(\text{ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร}) + .27(\text{แหล่งข้อมูลข่าวสาร}) \\ & + .86(\text{ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค}) + .29(\text{การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร}) \\ & + .27(\text{ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ}) \end{aligned}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} Z_{\text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ}} = & .24 * Z_{\text{ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร}} + .21 * Z_{\text{แหล่งข้อมูลข่าวสาร}} + .17 * Z_{\text{ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค}} \\ & + .12 * Z_{\text{การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร}} + .07 * Z_{\text{ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ}} \end{aligned}$$

ตารางที่ 4.81 ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย

ตัวแปรทำนาย	b	S.E.(b)	β	t	p
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.25	.02	.25	13.90*	.00
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	.40	.05	.17	8.75*	.00
ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	.50	.06	.13	8.37*	.00
แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร	.16	.02	.13	6.97*	.00
ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค	.58	.08	.12	6.93*	.00
ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร	-.08	.04	-.04	-2.11*	.00
Constant (a)	11.04	1.72		6.42*	.00

R = .517; R² = .268; R²_a = .266; SEE = 8.42; Overall F = 202.462*; p = .00

*p<.05

จากตารางที่ 4.81 แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรครวมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยได้ร้อยละ 26.8

โดยสามารถแสดงสมการคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พฤติกรรมสุขภาพ} &= 11.04 + .25(\text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ}) + .04(\text{การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร}) + \\ &.05(\text{ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ}) + .16(\text{แหล่งข้อมูลข่าวสาร}) + \\ &.58(\text{ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค}) - .08(\text{ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร}) \end{aligned}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} Z_{\text{พฤติกรรมสุขภาพ}} &= .25*Z_{\text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ}} + .17*Z_{\text{การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร}} + .13*Z_{\text{ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ}} + \\ &.13*Z_{\text{แหล่งข้อมูลข่าวสาร}} + .12*Z_{\text{ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค}} - .04*Z_{\text{ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร}} \end{aligned}$$

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการสำรวจครั้งนี้ใช้รูปแบบการประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งจัดขึ้นในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแต่ละกลุ่มมีสมาชิกประมาณกลุ่มละ 8 - 9 คน ฝ่ายกลุ่มนักวิจัยจะประกอบด้วยผู้นำการประชุมกลุ่มย่อย 1 คน และผู้สังเกตการณ์ซึ่งเป็นพนักงานจากส่วนกลางที่ไม่ได้รู้จักกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 4 - 8 คน โดยทั่วไปการประชุมกลุ่มย่อยจะใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ 60 - 90 นาที โดยผู้นำประชุมกลุ่มย่อยจะชวนพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความสัมพันธ์ และทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกิดความสบายใจเสียก่อน จากนั้นจึงชวนพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพไปที่ละประเด็น จนเกิดความอึดอัดคือ ไม่พบข้อมูลใหม่ในกลุ่มนั้น ๆ จึงหยุดการประชุมกลุ่มย่อย การลงพื้นที่ในครั้งนี้พบว่ามีการดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยทั้งหมด 8 ครั้งใน 4 จังหวัด ซึ่งมีการประชุมกลุ่มย่อยทั้งในเขตเทศบาลเมือง และเขตชนบท จากการสังเกตพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบไปด้วยช่วงอายุที่หลากหลายตั้งแต่ 18 ถึง 80 ปี โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอาชีพที่หลากหลายประกอบไปด้วยเกษตรกร รับจ้าง นักศึกษา ข้าราชการเกษียณ และไม่ได้ทำงาน นอกจากนี้จากการประชุมกลุ่มย่อยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางคนเป็น อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับและมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลมากกว่าประชาชนทั่วไป ทำให้ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยต้องทำการถามความรู้ และข้อคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นประชาชนธรรมดาเสียก่อน จึงจะถามข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็น อสม. โดยในการวิจัยครั้งนี้พบข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญดังนี้ คือ

2.1 โรคติดต่อมาโดยยุงลาย

การรับรู้สาเหตุเกี่ยวกับโรค เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยกล่าวถึงโรคที่มาจากยุง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดจะนึกถึง ยุงลายและโรคไข้เลือดออก โดยการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญในเรื่องดังกล่าวเป็นการรับรู้ที่มาพร้อมกัน คือ พอนึกถึงยุงจะนึกถึงโรคไข้เลือดออกได้ทันที ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างโรคไข้เลือดออกกับยุงลายในการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความแตกต่างจากโรคอื่น ๆ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการตอบคำถาม และสามารถนึกสาเหตุของโรคและชื่อโรคได้ทันที

“ถ้านึกถึงยุงลายก็โรคไข้เลือดออก”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 1

“โรคที่มากับยุงก็ไข้เลือดออก”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ กลุ่มที่ 2

ประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อมาโดยยุงลายอื่น ๆ นั้นพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา และโรคไข้ติดเชื้อไวรัสซิก้านั้น ต้องอาศัยการรับรู้ผ่านประสบการณ์ กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มักอธิบายว่าตนรับรู้ผ่านประสบการณ์ของคนใกล้ชิดหรือประสบการณ์ร่วมที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยพบว่าในบางพื้นที่ที่มีโรคชิคุนกุนยาระบาด ประชาชนจะรู้จักเป็นอย่างดี แต่โรคไข้ติดเชื้อไวรัสซิก้านั้นมีความแตกต่างกัน คือ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์และไม่รู้จัก ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“โรคซันคูนกุนยานี่พีรู้จัก เพราะว่ามันเคยระบาด มีคนเป็นเยอะเลย โดยเฉพาะพวกในตลาด เขว่ามันจะปวดข้อ ปวดตามข้อนี้ไปนานเลย”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ กลุ่มที่ 1

“โรคไวรัสชิกาเหรอ...ไม่รู้จัก”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 2

อาการแสดงและอันตรายของโรค พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ มักจะอธิบายถึงอาการสำคัญของโรค ไข้เลือดออกได้ ยกเว้นผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นวัยรุ่นที่แสดงให้เห็นว่า พวกเขาให้ความสนใจและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกน้อย

ลักษณะการรับรู้อาการ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การมีไข้ และการมีผื่นแดงขึ้นที่ผิวหนัง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักจะอธิบายในลักษณะผิวเผิน โดยมองว่าการวินิจฉัยโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ ส่วนการรับรู้อันตรายของโรค พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกือบทั้งหมดรับรู้ว่าเป็นโรคที่อันตรายถึงชีวิต โดยมักจะอ้างอิงจากรื่องราวของบุคคลที่มีชื่อเสียงที่เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก หรือบุคคลที่มีชื่อเสียงที่เป็นโรคไข้เลือดออกและมีอาการหนักจนเป็นข่าว

“โรคไข้เลือดออก อาการก็มีไข้... แต่ถ้าสงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ก็ต้องไปหาหมอดีที่สุด อย่างถ้ามีไข้หลาย ๆ วันนี่ พี่ก็ไปปรึกษาหมอละ...ก็มีหมอมอที่นี้แหละ (รพ.สต.)”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 2

“ก็เป็นไข้ แล้วก็มีผื่นแดงขึ้นตามตัว”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง กลุ่มที่ 2

“โรคไข้เลือดออกเหรอ อันตราย (ตอบพร้อมกัน) อย่างใครนะที่ออกข่าว (หันไปถามเพื่อน)...น้องสาวของกุง สุทธิราช (เพื่อนตอบ)...อันนั้นเห็นในข่าวอยู่ว่า ไม่สบายเป็นไข้เลือดออก แต่ก็ไม่แน่ใจนะว่าตายไหม ไม่ได้ติดตามต่อ”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ กลุ่มที่ 1

“ไข้เลือดออกเหรอ อันตราย ตายได้ อย่าง ปอ ทฤษฎีไง นั่นก็ตาย”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ กลุ่มที่ 1

การป้องกันโรค ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มักจะนึกถึงการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายด้วยการป้องกันกำจัดลูกน้ำกลายเป็นสำคัญ และรองลงมา คือการพ่นหมอกควัน โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญมองว่าการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายในประเด็นการกำจัดลูกน้ำกลายเป็นหน้าที่ของ อสม. ขณะที่การพ่นหมอกควันเป็นหน้าที่ของเทศบาล ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ก็กำจัดลูกน้ำง่ายเลย อย่างที่นี้เขาก็มี อสม. แจกทรายอะเบท และก็คอยตรวจลูกน้ำตามบ้าน เขาก็แบ่งกัน ถ้าเจอลูกน้ำเขาก็จะปรับ”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 1

“อย่างของผมนี่ก็เป็นเทศบาล ก็ต้องคอยออกพ่นหมอกควันตามชุมชน เราก็มองว่า ถ้าถึงเวลาเราก็ต้องออกไปพ่น ไม่งั้นเดี๋ยวเขาก็จะว่าเอา...”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ กลุ่มที่ 2

“ก็มีพวก อสม. นี่แหละมาคอยเดินตามบ้านและก็แจกทรายอะเบท... (แล้วเราได้ใส่ไหมครับ หรือวางไว้: ผู้ดำเนินการประชุมถาม)... (หัวเราะ)”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ กลุ่มที่ 1

ยาอันตราย ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มักจะตอบได้ว่า ไม่ควรรับประทานยาแอสไพริน แต่เมื่อกล่าวถึงกลุ่มยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) นั้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดยังไม่รู้จัก ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ก็ห้ามกินยาแอสไพริน เหมือนเขาบอกว่ามันจะทำให้ไม่ดีต่อเลือด อันตราย”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง กลุ่มที่ 2

“ใช้เลือดออกห้ามกินแอสไพริน...(รู้จักกลุ่มยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) ไหมครับ: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ)...ไม่รู้จัก(ส่ายหน้า)”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ กลุ่มที่ 2

2.2 โรคไข้หวัดใหญ่

การรับรู้สาเหตุและอาการของโรค ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของโรคไข้หวัดใหญ่ว่ามาจากเชื้อโรค และมีอาการเป็นไข้ ไอ เจ็บคอ และอธิบายว่าอาการของโรคไข้หวัดใหญ่เหมือนกับไข้หวัด แต่มีอาการรุนแรงกว่า โดยผลจากการประชุมกลุ่มย่อยทำให้พบข้อค้นพบที่สำคัญคือ ในปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มักจะเปรียบเทียบสาเหตุและอาการของโรคไข้หวัดใหญ่กับโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“โรคไข้หวัดใหญ่ ส่วนใหญ่ก็จะมีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก แล้วก็อาการมากกว่าการเป็นไข้หวัดธรรมดา คล้าย ๆ กับโควิดนั่นแหละ”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 1

“ไม่อยากจะไข้หวัดใหญ่ ก็เหมือนกับโควิดแหละค่ะ ก็ใส่แมส ล้างมือ”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ กลุ่มที่ 2

“โรคไข้หวัดใหญ่ ก็มีไข้ ไอ หนาวสั่น... แตกต่างจากหวัดตรงที่อาการมันจะมากกว่าหวัดธรรมดา”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ กลุ่มที่ 2

การฉีดวัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่าตนเอง มีประสบการณ์ในการฉีดวัคซีนในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และสามารถอธิบายถึงกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีน และมีความคาดหวังเกี่ยวกับประสิทธิผลของวัคซีนได้อย่างถูกต้อง โดยอธิบายว่าวัคซีนช่วยลดโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ตั้งข้อความสนับสนุน อาทิ

“นี่ก็เคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เพราะว่าเขาเรียกไปฉีด เขาจะฉีดให้กลุ่มเสี่ยงก่อน พวกคนเป็นโรคประจำตัว แล้วก็อายุเกิน 60 เขาให้ฉีดก่อน แต่พอวัคซีนมันเหลือ เพราะกลุ่มเสี่ยงไม่มา เขาก็เรียกเรา เราก็ตัด”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 1

“ฉีดวัคซีน ก็ช่วยป้องกันไข้หวัดใหญ่ได้ เขามีกลุ่มเสี่ยงพวกโรคประจำตัว แต่ไม่ทุกโรค อย่างนี้เป็นโรคความดัน เขาก็ไม่ได้ให้ฉีด”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง กลุ่มที่ 1

อันตรายหรือความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เข้าใจว่าโรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่อันตรายและรุนแรง แต่ยังไม่สามารถอธิบายความรุนแรงของโรคได้ว่ารุนแรงหรืออันตรายอย่างไร ตั้งข้อความสนับสนุน อาทิ

“โรคไข้หวัดใหญ่ก็อันตรายนั่นแหละ โรคอะไรก็อันตราย ถ้าเราไม่รักษาหรือรักษาไม่ทัน”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ กลุ่มที่ 1

2.3 ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน

การรับรู้สถานการณ์ ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้จักปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้ถึงผลกระทบของปัญหาดังกล่าวที่มีต่อตนเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักจะอธิบายว่า พวกเขาได้รับรู้ข้อมูลเรื่องดังกล่าวผ่านสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อมวลชน เช่น รายการทีวีหรือสื่อสังคมประเภทโซเชียลมีเดีย ว่ามีปัญหาฝุ่น PM 2.5 ในที่ห่างไกลจากที่อยู่อาศัยของตน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญแสดงให้เห็นว่าพวกเขาไม่รับรู้และไม่ทราบช่องทางในการรับรู้สถานการณ์ของฝุ่นในพื้นที่ดังกล่าว ดังนั้นสนับสนุน อาทิ

“PM 2.5 ก็ดูจากในข่าว อย่างที่เชียงใหม่ก็มีหมอกแล้วก็อาจารย์เสียชีวิต จากโรคมะเร็งปอด แต่เราอยู่ภาคเหนือ แต่บ้านเราไม่ได้มีปัญหา ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่ก็มาจากโทรทัศน์ หรือบ้านเราก็อาจจะมีความเสี่ยงตามสาย... ข่าวสารที่พี่ได้รับก็มาจากในเฟซบุ๊กของหน่วยงานราชการ เขาก็มาบอกว่าสถานการณ์ฝุ่นเป็นเท่าไร”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ กลุ่มที่ 2

“PM 2.5 เหมอ ก็ดูจากในข่าวนะ มีที่ที่มีปัญหา อย่างภาคเหนืออะไรก็ บ้านเรามันมีส่วนเยอะ อากาศก็ดี ไม่มีอะ”

ประชุมกลุ่มย่อยใต้ กลุ่มที่ 1

อันตรายของปัญหา สืบเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัญหา PM 2.5 ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน ว่าปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักจะอธิบายถึงปัญหาเกี่ยวกับปอด เพราะเข้าใจว่าการหายใจจะเอาฝุ่นเข้าปอดทำให้มีปัญหาโดยตรง และอธิบายปัญหาจากการรับรู้จากสื่อกรณีมีผู้เสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งปอด ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“PM 2.5 ก็เป็นอันตรายที่ปอด อย่างดูจากในสื่อโซเชียลก็มีคุณหมอ ที่ภาคเหนือที่เป็นมะเร็งปอด แล้วก็เร็ว ๆ นี้ก็มีอาจารย์ที่เสียชีวิต”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 2

“PM 2.5 ส่งผลกระทบไปที่ปอด อาจจะทำให้ปอดทำงานได้ไม่ดี เป็นมะเร็ง หรือไป...อิม ลดประสิทธิภาพการทำงานของปอด”

ประชุมกลุ่มย่อยกลาง กลุ่มที่ 2

การป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังไม่รับรู้ถึงความเสี่ยงของปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนที่มีต่อตนเอง พวกเขาจึงไม่รับรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันอันตรายจาก PM 2.5 มากนัก โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มักจะอธิบายว่า การป้องกัน PM 2.5 คือ การใส่หน้ากากเฉพาะหรือ N 95 อย่างไรก็ตามพวกเขารับรู้ว่า การใส่หน้ากาก N 95 ไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ก็ใส่แมสนี่แหละ แต่เขามีหน้ากากเฉพาะที่ป้องกันได้ แต่ว่าอาจจะไม่สะดวก เราเป็นคนธรรมดาใส่แมสธรรมดาดีที่ที่สุดแล้ว ป้องกันฝุ่นก็ได้ ป้องกันได้ทุกอย่าง”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง กลุ่มที่ 1

“ของปากใส่หน้ากากนี่แหละ ปลอดภัยที่สุด ไปไหนถ้ามีที่คนเยอะ ๆ ก็ใส่หน้ากากอนามัย มันก็ป้องกันได้”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 2

2.4 วัณโรค

สาเหตุและการติดต่อของวัณโรค ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ยังมีความสับสนเกี่ยวกับสาเหตุของวัณโรคและการติดต่อ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มักจะเข้าใจว่าวัณโรคมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมส่วนตัว เช่น การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ หรือการอยู่ในสถานที่ที่มีมลพิษทางอากาศ เช่น การทำงานในบริเวณที่มีฝุ่นและอากาศไม่ถ่ายเท แต่เมื่อสอบถามถึงลักษณะการติดต่อของโรคพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มดังกล่าวก็อธิบายว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ ดั้งข้อความสนับสนุน อาทิ

“วัณโรคก็มีคนที่รู้จักเป็นทั้งพี่ทั้งเมียเลย เข้าไปทำงานที่ (ชื่อจังหวัด) แล้วเป็นโรงงานทำผ้ามันมีฝุ่นเยอะ ก็ติดกันทั้งพี่ทั้งเมีย... วัณโรคก็เป็นโรคติดต่อนะ อย่างที่เป็นนี้เขาก็ให้แยกกัน”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ กลุ่มที่ 1

“รู้จัก แถวนี่ก็มีคนเป็นนะ เขาว่า (หันไปบอกให้กับคนในกลุ่ม) เป็นวัณโรค มี ๆ ก็เป็นพวกเล่นยา สูบบุหรี่ ปอดก็เลยไม่ดี ก็เป็นวัณโรค ชาวบ้านเขาก็รู้ ๆ กัน...วัณโรคก็เป็นโรคติดต่อ ตอนแรกก็อาจจะเกิดจากฝุ่นหรือปอดไม่ดี แต่พอเป็นแล้วมันก็ติดต่อ”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ กลุ่มที่ 2

อาการและการป้องกัน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เข้าใจเกี่ยวกับอาการของวัณโรคว่า เป็นโรคเกี่ยวกับปอด บุคคลเมื่อเป็นวัณโรคจะมีอาการไอเรื้อรังเป็นเวลานาน อาจถึงขั้นไอเป็นเลือด สำหรับประเด็นการป้องกันพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เข้าใจว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ จึงเน้นให้ความสำคัญกับการแยกกันอยู่ ไม่รับประทานและใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน ดั้งข้อความสนับสนุน อาทิ

“วัณโรคก็ไอ ไอเป็นเวลานาน ๆ...ป้องกันได้ด้วยการแยกกันอยู่ แยกกันกินข้าว ถ้วยชาม และไม่กินใช้ของร่วมกัน”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง กลุ่มที่ 1

“คนเป็นวัณโรคนี้ก็จะมีการไอ ไอนาน อาจจะมีไอเกิน 2 อาทิตย์
คนที่เป็นอย่างนี้ก็ต้องแยกกันอยู่ จะอยู่รวม ๆ กันไม่ได้ โรคมันติดต่อทางเดินหายใจ ”
ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ กลุ่มที่ 1

การรักษาโรค ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรคและผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถอธิบายเกี่ยวกับการรักษาวัณโรคได้ โดยอธิบายว่า วัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานถึง 6 เดือน และต้องมีวินัยในการรับประทานยา โดยต้องกินยาตรงเวลา ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“วัณโรครักษาได้ รักษาหาย คนที่บ้านนี้เคยเป็นมาแล้ว เขาก็ให้กิน
ยาทุกวัน กินยา 6 เดือนก็หาย”
ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 2

“วัณโรครักษาหายคะ เขาจะให้กินยาทุกวัน อย่างถ้าเป็นที่นี้
เขาจะให้มากินยาที่โรงพยาบาลทุกวันเลย กินเป็นเวลา 6 เดือนก็หาย...
ที่เขาให้กินยาที่โรงพยาบาลก็เพราะโรคนี้ต้องกินยาห้ามขาด เขาเลยให้มากิน
ให้ดู เราเป็น อสม. เราก็ดำเนินการไปตามเขา คอยดูแล้วว่าเขากินยาครบไหม ยังไง ”
ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ กลุ่มที่ 1

2.5 ปัญหาบุหรีไฟฟ้า

สภาพปัญหา ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ปัญหาบุหรีไฟฟ้ามีลักษณะที่แตกต่างจากปัญหาการสูบบุหรี่ กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ที่เป็นวัยกลางคน และวัยสูงอายุ กล่าวว่าตนเองไม่รู้จักบุหรีไฟฟ้า บางส่วนอาจจะเคยได้ยินแต่ไม่เคยเห็นว่าเป็นอย่างไร บางส่วนอาจจะรู้จักผ่านบุคคลในครอบครัว ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นวัยรุ่นทุกคนจะเป็นผู้ให้ข้อมูลว่าตนรู้จักบุหรีไฟฟ้า เพราะมีเพื่อนหรือกลุ่มคนวัยเดียวกันที่อยู่รอบตัวสูบบุหรีไฟฟ้า ด้านการรับรู้อันตรายพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ใหญ่จะเทียบเคียงอันตรายของบุหรีไฟฟ้ากับบุหรีธรรมดา ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นวัยรุ่นส่วนใหญ่มีมุมมองว่า บุหรีไฟฟ้านั้นมีอันตรายมากกว่าการสูบบุหรีในรูปแบบปกติ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“บุหรีไฟฟ้า ไม่รู้จักหรือกว่าเป็นยังไง ยังไม่เคยเห็น”
ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ กลุ่มที่ 2

“บุหรีไฟฟ้า ก็มีกลุ่มเพื่อนสูบอยู่ มันจะมีหลายกลิ่น สูบแล้ว มันจะควันเยอะกว่าปกติ แต่มันมีกลิ่นหอมไม่เหม็น... สำหรับหนู หนูว่า มันอันตรายกว่าบุหรีธรรมดานะคะ เห็นเขาว่าถ้าสูบแล้วมันจะทำให้ปอดขึ้น แล้วก็ทำให้ปอดเสียหายได้”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 2

“ผมเห็นคนสูบอยู่ ปกติเขาก็จะห้อยไว้ที่คอนะครับ มันจะต้องเสียบไฟ แล้วมันจะมีหัวเป็นกลิ่นๆ หลายอย่าง ก็สามารถเลือกกลิ่นได้ กลิ่นมันจะหอม ไม่เหมือนบุหรีปกติ”

ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง กลุ่มที่ 1

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567 เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ในรูปแบบคู่ขนานเชิงปริมาณและคุณภาพมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาลักษณะและระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

การศึกษานี้ได้ทำการเก็บข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณทำการเก็บข้อมูลทั้งหมด 24 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,043 คน ทำการวิเคราะห์ผลด้วยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน การวิจัยเชิงคุณภาพได้ทำการเก็บข้อมูลด้วยการประชุมกลุ่มย่อย จำนวน 8 กลุ่ม ใน 4 พื้นที่ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) คณะผู้วิจัยได้ทำการนำเสนอข้อสรุป และข้อแนะนำในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.47 เป็นเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 46 – 60 ปี ร้อยละ 30.70 (อายุเฉลี่ย 45.08 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.97) ด้านการศึกษาพบว่า ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวนใกล้เคียงกับร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 29.87 และ 29.84 ตามลำดับ รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 17.64 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และค้าขายคิดเป็นร้อยละ 31.04, 16.31 และ 11.81 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.13 รองลงมาเป็น 3,000 – 7,000 บาท และมากกว่า 11,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.14 และ 24.58 ตามลำดับ ด้านเขตที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตการดูแลของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 4 (สระบุรี) คิดเป็นร้อยละ 10.69 รองลงมาเป็นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 9.94 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 (เชียงใหม่) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 (ขอนแก่น) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 (นครศรีธรรมราช) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 (สงขลา) มีจำนวนร้อยละเท่ากัน คือ 9.89

2. แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.73 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสารช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลาย ๆ ช่องทางจาก 10 แหล่งข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 36.33, 53.72, 9.67 และ 0.27 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 33.64$, $SD = 7.86$) แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 10 แหล่งข้อมูล เรียงตามลำดับได้ดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุข 2) เพื่อน ญาติ พี่น้อง 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) อินเทอร์เน็ต 5) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 6) ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน 7) หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน 8) สื่อสิ่งพิมพ์ 9) หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร และ 10) วิทยุ

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีการระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

3. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.78 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 63.50, 29.90, 5.39 และ 1.22 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 19.25$, $SD = 4.37$) เมื่อพิจารณาในรายประเด็น โดยเรียงลำดับตามการได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือ โรคไข้หวัดใหญ่ รองลงมา คือ วัณโรค โรคติดต่อนำโดยยุงลาย ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน และบุหรี่ไฟฟ้า ตามลำดับ

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่งผลให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ - พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ร้อยละ 99.77 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 0.23 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($M = 44.29$, $SD = 4.88$) โดยพบประเด็นที่ประชาชนมีร้อยละความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยได้ 1) โรคไข้หวัดใหญ่ 2) วัณโรค 3) ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน 4) โรคติดต่อนำโดยยุงลาย 5) บุหรี่ไฟฟ้า

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีการระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

5. ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 55.06, 31.82 และ 13.12 ตามลำดับ โดยคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.96$, $SD = 2.71$) เมื่อพิจารณา

เป็นรายประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในระดับมาก ส่วนโรคติดต่อทางเดินหายใจ โดยยุงลาย วัณโรค และบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีการระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างน้อย 1 คู่

6. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 44.26 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 28.71 และ 27.03 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($M = 51.11$, $SD = 6.98$)

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ 1 คู่ และพบว่า แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,039 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,544 คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือคิดเป็นร้อยละ 87.72 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96.90 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.99 และ 0.11 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($M = 18.11$, $SD = 2.00$)

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีระดับคะแนนการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรคแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ พร้อมกันนั้นยังพบว่า แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค และภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 81.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.76 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,087 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 52.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 1,002 คน หรือร้อยละ 25.16 อยู่ในระดับระดับดีเยี่ยมจำนวน 573 คน หรือร้อยละ 14.39 และอยู่ในระดับไม่พอเพียงจำนวน 321 คน หรือร้อยละ 8.06 ตามลำดับ

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ นอกจากนี้ยังพบว่า แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

9. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการประชุมกลุ่มย่อยจำนวน 8 กลุ่ม ผลการวิจัยเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทย ดังนี้

1. โรคติดต่อนำโดยยุงลาย ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อนำโดยยุงลายนั้น ประชาชนจะรับรู้ถึงโรคไข้เลือดออกเป็นสำคัญ โดยอาการของโรคไข้เลือดออก คือ มีไข้สูง และมีผื่นแดงตามร่างกาย ด้านการป้องกันนั้นพบว่าประชาชนมักจะระลึกถึงการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และการฉีดพ่นหมอกควันมากกว่าประเด็นการป้องกันไม่ให้ยุงกัด ส่วนข้อห้ามสำคัญนั้นพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่นึกถึงยาอันตราย คือ แอสไพริน แต่ไม่รู้จักยาในกลุ่ม NSAIDs อื่นๆ ส่วนโรคชิคุนกุนยา และโรคติดเชื้อไวรัสซิกาพบว่า ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ตรงของประชาชนเป็นสำคัญ ถ้าประชาชนเคยมีประสบการณ์ตรง เช่น คนในครอบครัวป่วยเป็นโรคดังกล่าว หรือประสบการณ์ทางอ้อม เช่น ได้ยินคำบอกเล่า หรือสถานการณ์ในชุมชนก็จะรู้จักโรคดังกล่าว โดยประชาชนส่วนใหญ่ระลึกถึงโรคชิคุนกุนยาได้มากกว่าโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

2. โรคไข้หวัดใหญ่ ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ โดยมีจะอธิบายอาการแสดงของโรคว่ามีอาการเป็นไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก และรู้ว่าโรคไข้หวัดใหญ่มีอาการเหมือนกับโรคไข้หวัด แต่มักจะมีอาการรุนแรงมากกว่า นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักจะเชื่อมโยงข้อมูลอาการ การติดต่อและการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ว่ามีลักษณะเหมือนกับโรคโควิด 19 ส่วนประเด็นความรุนแรงนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่รับทราบว่ามีอาการรุนแรงและมีอันตรายโดยเฉพาะกรณีที่เข้ารับการรักษาไม่ทัน และประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะกล่าวถึง คือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง

3. ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่รับรู้ตรงกันว่าปัญหาฝุ่นละอองเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทย แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดกลับไม่ทราบสถานการณ์ปัจจุบันในพื้นที่ของตนเอง เพราะโดยทั่วไปแล้วผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักทราบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ผ่านจากสื่อ เช่น โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ซึ่งนำเสนอข้อมูลในพื้นที่ที่มีปัญหารุนแรง ด้านการรับรู้อันตรายพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักเชื่อมโยงกับกรณีที่เป็นข่าว ทำให้เข้าใจว่าปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนนั้นเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งปอด ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ด้านการป้องกันพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ทราบว่า ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน สามารถป้องกันได้ด้วยการใส่หน้ากาก N 95 แต่การใส่หน้ากากดังกล่าวอาจจะไม่สะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งใส่หน้ากากธรรมดาอาจจะป้องกันไม่ได้ทั้งหมดแต่ก็ช่วยได้บางส่วน

4. วัณโรค ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลของวัณโรค โดยรับรู้ว่าการสำคัญของวัณโรค คือ มีอาการไอเกิน 2 สัปดาห์ ซึ่งวัณโรคเป็นโรคเกี่ยวกับปอด และวัณโรคเป็นโรคติดต่อ ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรับประทานยา ซึ่งต้องรับประทานยาติดต่อกันหลายเดือน อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังสับสนในประเด็นสาเหตุของโรค โดยมักจะเข้าใจว่า วัณโรคเกิดจากการอยู่ในที่มีฝุ่นละอองมาก ๆ หรือในที่อับอากาศ

5. ปัญหาบุหรี่ไฟฟ้า ผลการประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไม่รับทราบเกี่ยวกับปัญหาบุหรี่ไฟฟ้า แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีประสบการณ์ตรงที่เพื่อนหรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มวัยรุ่นรับทราบอันตรายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยอธิบายว่าบุหรี่ไฟฟ้ามียันตรายมากกว่าบุหรี่ปกติ ขณะที่วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรับทราบอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าโดยการเทียบเคียงกับบุหรี่ที่อยู่ในรูปแบบปกติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผลการวิเคราะห์สมการพหุคูณเพื่อทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า ประเด็นเรื่องความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด ซึ่งการสำรวจครั้งนี้มุ่งวัดความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารใน 2 ประเด็น ได้แก่ ข่าวสารมีความน่าสนใจ และข่าวสารเป็นประโยชน์ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าประชาชนจะมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น ถ้าเขาเชื่อว่าข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นประโยชน์ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายควรให้ความสำคัญกับการออกแบบสื่อและรูปแบบการสื่อสารที่ตรงกับความสนใจกับกลุ่มที่จะสื่อสาร

2. ผลการวิเคราะห์สมการพหุคูณเพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนั้นผู้บริหารและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับนโยบายควรจะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนา และยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายทักษะพบว่า ด้านทักษะการนำไปใช้มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการนำไปใช้ของประชาชนให้มากขึ้น

3. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่ง มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ก็แสดงให้เห็นว่า ลักษณะการเข้าถึงสื่อของประชาชนแต่ละกลุ่มนั้นมีความแตกต่างกัน ผู้บริหารและผู้ออกแบนโยบายควรนำปัจจัยดังกล่าวมาร่วมพิจารณาและออกนโยบายในการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยให้ความสำคัญกับสื่อที่มีระดับการเข้าถึงสูง เช่น สื่ออินเทอร์เน็ต สื่อบุคคล และโทรทัศน์ เพื่อการสื่อสารมีประสิทธิภาพสูงที่สุด และเกิดความคุ้มค่าเชิงเศรษฐกิจ แต่ก็ควรคำนึงถึงลักษณะการเข้าถึงสื่อของกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มอายุน้อย กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ไม่ได้ทำงานด้วย

4. ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่า ระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละพื้นที่ มีระดับและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้บริหารและผู้ออกแบบนโยบายควรตระหนักถึงประเด็นดังกล่าว และให้ความสำคัญกับการออกแบบนโยบายที่ยืดหยุ่น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบ การปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับลักษณะของพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1. ผลการสำรวจทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าสื่อบุคคล โดยเฉพาะอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นสื่อที่ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึง และมีความใกล้ชิดเป็นอันดับต้น ๆ และ บางครั้งยังทำงานเป็นตัวแทนในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพไปถึงประชาชนทั่วไป การวิจัยเชิงคุณภาพยังพบ ข้อมูลเพิ่มเติมว่า อสม. ในปัจจุบันนี้อาศัยข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข และเชื่อถือข้อมูลจากกลุ่ม ดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นเพื่อลดภาระของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับกลุ่ม อสม. โดยพัฒนาให้กลุ่มดังกล่าวมีระดับความรู้ ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น โดยเฉพาะทักษะในการไต่ถาม และตัดสินใจ เพื่อให้ อสม. สามารถคัดเลือกข้อมูลสุขภาพ ด้วยตนเองได้ และสามารถนำไปสื่อสารกับประชาชนได้อย่างถูกต้อง

2. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ประชาชนบางกลุ่มมีระดับการเข้าถึงข้อมูล ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มที่มีอายุน้อย กลุ่มที่มีอายุเกิน 60 ปี กลุ่มที่มีระดับการศึกษาไม่สูง กลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม) จึงควรตระหนักอยู่เสมอว่า แม้ว่าประชาชน จะเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพได้ง่ายขึ้นในยุคปัจจุบัน แต่ก็มีคนกลุ่มหนึ่งที่จัดว่าเป็นกลุ่ม อ่อนไหว คือ มีความสามารถในการเข้าถึง และเข้าใจได้น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ สำนักสื่อสารความเสี่ยง และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคจึงควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มนี้ และทำการตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจอยู่เสมอว่า การสื่อสารความเสี่ยงที่ดำเนินการอยู่สามารถสื่อสารไปถึงประชากรกลุ่มนี้ ได้อย่างแท้จริง

3. ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อการสื่อสาร ระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละพื้นที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน ผู้ดำเนินงาน ในพื้นที่ควรนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประกอบการดำเนินงานของตนเอง เพื่อจะได้ดำเนินงานได้ตรงจุดมากขึ้น นอกจากนี้การดำเนินงานในพื้นที่ควรพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แม้ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค แต่ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณกลับแสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ แต่กลับมีอิทธิพลทางลบต่อระดับพฤติกรรม สุขภาพ การศึกษาครั้งต่อไปควรทำความเข้าใจกลไกดังกล่าวให้มากขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาอิทธิพลเชิงสาเหตุ ระหว่างตัวแปรต้นต่าง ๆ และอิทธิพลของตัวแปรกำกับที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ได้ทราบกลไก น้ำหนักอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกัน

ควบคุมโรค ซึ่งจะช่วยพัฒนาองค์ความรู้และทำให้สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการโรคและภัยสุขภาพ โดยการพัฒนาโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Model) โดยใช้ผลการวิจัยในครั้งนี้ ร่วมกับการพัฒนาจากฐานทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคและภัยสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าประชาชนบางกลุ่มยังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในประชาชนกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้ได้องค์ความรู้มาใช้ในการพัฒนา วางแผนการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มดังกล่าวมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2560). คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพสำหรับประชาชน. โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมอนามัย. (2561). Conceptual model of health literacy (ประเทศไทย). สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2567 จาก http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_DataMarts/Change/HL.pdf
- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2559). แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัดทำ แผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี : กลุ่มพัฒนา แผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา)
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าใจ เข้าถึง และการนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์ บুক เซ็นเตอร์
- _____. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและวิจัย. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์ บุก เซ็นเตอร์
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร โลหะอุสโสภา. (2564). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข. วารสารร่วมพฤษภูมิ มหาวิทยาลัยเกริก 32(2) : 1 - 15
- ชาย โพธิสิตา. (2552). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561 - 2580) (2561). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก. หน้า 1 - 74.
- วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. (2551). การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษา อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิชาญ ปาวันและคณะ. (2561). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง.
- วิมล โรมา และคณะ. (2563). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟินนี่ พับลิชชิ่ง จำกัด
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาสน.

- ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ. (2564). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2565. กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง
- _____. (2565). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน ปี 2565. กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง
- _____. (2566). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2566. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ชุมนุมการเกษตร
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2560). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134, ตอน 40 ก. หน้า 1 – 90.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/925>
- สุภางค์ จันทวานิช. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย. กรุงเทพมหานคร : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2559). ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข. สืบค้นจาก 2022-MOIT2-7-15-08-2565-10-44-28.pdf (moph.go.th)
- Betteke van Ruler (2018) Communication Theory: An Underrated Pillar on Which Strategic Communication Rests, International Journal of Strategic Communication, 12:4, 367 - 381, DOI: 10.1080/1553118X.2018.1452240
- Bloom, B. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals-handbook 1, New York, David McKey,
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Health Literacy. Retrieved January 20, 2022, from <https://www.cdc.gov/healthliteracy/lean/index.html>
- Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M. L., & Hanson, W. E. (2003). Advanced mixed methods research designs. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), Handbook of mixed methods in social and behavioral research (pp. 209–240). Thousand Oaks, CA: Sage
- Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P. et al. (2019). Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC Public Health 19, 1122. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7381-1>

- HLS-EU CONSORTIUM (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU, Online publication, <http://www.health-literacy.eu>
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. (2004) Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. PMID: 25009856.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006 – 483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, Ju X, Zhang X. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. 2020 May;8(2):e000351. doi: 10.1136/fmch-2020-000351. PMID: 32414834; PMCID: PMC7239702.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Palys, T. (2008). Purposive sampling. In L.M. Given (Ed.) *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. (Vol.2). Sage: Los Angeles, p. 697 - 8.
- Pleasant, A. (2012). Health literacy around the world, part 1: Health literacy efforts outside of the United States. Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18325>.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization. (1998). The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all / The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-25006>

World Health Organization. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health – Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, no.2 https://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/

ภาคผนวก ก



เบอร์โทร ๒๕๖๕

COA NO. 04/2567 ERB NO. 04/2567

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

681 ถนนรามอินทรา กม.12 แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพฯ 10230 โทร. 025406500 ต่อ 2454

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยและเอกสารประกอบโครงการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่า ให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล The Declaration of Helsinki, The Belmont Report ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดของประเทศ จึงเห็นสมควรให้การรับรอง ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัย : การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2567

(Evaluation of Health Literacy in Prevention, Control Disease and Health Hazard of Thai People during B.E 2567)

ผู้วิจัยหลัก : ผศ.ดร. ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ

สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

รับรองเอกสาร

1. โครงการวิจัย (ฉบับที่ 2 วันที่ 25 พ.ค. 2567)
2. ประวัติผู้วิจัย (ฉบับที่ 1 วันที่ 18 มี.ค. 2567)
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (NV-AF 03-06) (ฉบับที่ 2 วันที่ 25 พ.ค. 2567)
4. เอกสารแสดงความยินยอม (NV-AF 03-08) (ฉบับที่ 2 วันที่ 25 พ.ค. 2567)
5. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (แบบสอบถามการวิจัย) (ฉบับที่ 2 วันที่ 25 พ.ค. 2567)

วันที่รับรอง : 17 มิถุนายน 2567

วันหมดอายุ : 16 มิถุนายน 2568

รายงานความก้าวหน้า ส่งรายงานความก้าวหน้าหรือรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อครบกำหนด 1 ปี

ลงนาม.....

(นางสาวอารีย์ แสงรัศมี)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(นางสาวอัญญา สุกอนนิยม)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองไม่มีผลใช้บังคับหากผู้วิจัยละเมิดข้อกำหนดการรับรองโครงการวิจัย

ภาคผนวก ข

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

จังหวัด อำเภอ ตำบล

ชื่อผู้ประสานงาน

กลุ่มอายุ 18 – 25 ปี 26 – 45 ปี 46 – 60 ปี 61 ปีขึ้นไป

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

รหัส



กรมสาธารณสุข
Department of Public Health

แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ของประชาชน ปี พ.ศ. 2567

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถาม โดยข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะนำมาสรุปผลเป็นภาพรวม และจะเผยแพร่ในรูปแบบทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลของท่านจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการทำงานของกรมควบคุมโรค เพื่อส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนต่อไป ข้อความใดที่ท่านตอบแบบสอบถามแล้วไม่สบายใจหรือไม่ต้องการตอบท่านสามารถไม่ตอบคำถามนั้นได้

โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความจริง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	5	ข้อ
ตอนที่ 2	แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	9	ข้อ
ตอนที่ 3	การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	15	ข้อ
ตอนที่ 4	ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	20	ข้อ
ตอนที่ 5	ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	15	ข้อ
ตอนที่ 6	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	15	ข้อ
ตอนที่ 7	ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	จำนวน	5	ข้อ

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
คณะผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง 3) เพศหลากหลาย 4) ไม่ระบุ
2. อายุ ปี (ปีเต็ม)
3. การศึกษา 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษาตอนต้น
 3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 4) อนุปริญญา/ปวส.
 5)ปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพหลัก 1) เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่) 2) รับจ้างทั่วไป
 3) ค้าขาย 4) พนักงานบริษัท
 5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6) ไม่ได้ทำงาน
 7) นักเรียน /นักศึกษา 8) พ่อบ้าน แม่บ้าน
 9) อื่น ๆ ระบุ
5. รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย.....บาท

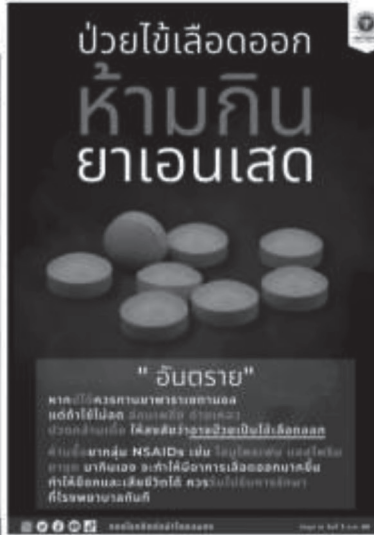
ตอนที่ 2 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากกรมควบคุมโรค ผ่านแหล่งข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆ ครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1	อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูบ อีเมล ดิจิต็อก เป็นต้น)					
2	โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี					
3	วิทยุ					
4	หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน					
5	หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร					
6	สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)					
7	บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)					
8	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)					
9	ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน					
10	คนในครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง					

ตอนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

โรคติดต่อมาโดยง่าย



1. ในช่วงที่ผ่านมาท่าน **พบเห็น** ข้อมูลข่าวสารในประเด็นที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่

- เป็นประจำ
- บ่อยครั้ง
- บางครั้ง
- นานๆ ครั้ง
- ไม่เคยพบเห็น

2. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น **น่าสนใจ**

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น **มีประโยชน์**

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โรคไข้หวัดใหญ่



4. ในช่วงที่ผ่านมาท่าน **พบเห็น** ข้อมูลข่าวสารในประเด็นที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่ เป็นประจำ

- บ่อยครั้ง
- บางครั้ง
- นานๆ ครั้ง
- ไม่เคยพบเห็น

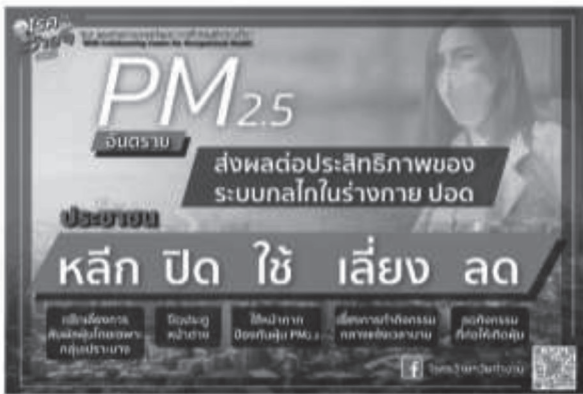
5. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น **น่าสนใจ**

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น **มีประโยชน์**

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5)



7. ในช่วงที่ผ่านมาท่าน พบเห็น ข้อมูลข่าวสารในประเด็นที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่

- เป็นประจำ
- บ่อยครั้ง
- บางครั้ง
- นานๆ ครั้ง
- ไม่เคยพบเห็น

8. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น น่าสนใจ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

9. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น มีประโยชน์

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โรควัณโรค



10. ในช่วงที่ผ่านมาท่าน พบเห็น ข้อมูลข่าวสารในประเด็นที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่

- เป็นประจำ
- บ่อยครั้ง
- บางครั้ง
- นานๆ ครั้ง
- ไม่เคยพบเห็น

11. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น น่าสนใจ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

12. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น มีประโยชน์

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

บุหรี่ไฟฟ้า



13. ในช่วงที่ผ่านมาท่าน **พบเห็น** ข้อมูลข่าวสารในประเด็นที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่

- เป็นประจำ
- บ่อยครั้ง
- บางครั้ง
- นานๆ ครั้ง
- ไม่เคยพบเห็น

14. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น **น่าสนใจ**

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

15. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น **มีประโยชน์**

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย
- ไม่แน่ใจ
- ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ที่	ข้อความ	ทำได้ ง่าย มาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยาก มาก	ไม่เคย ทำเลย
1	ฉันสามารถค้นหาข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง					
2	ฉันสามารถหาข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคที่ฉันสนใจได้จากหลายแหล่ง					
3	ฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านการป้องกันควบคุมโรคที่มีความน่าเชื่อถือ					
4	ฉันสามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพได้ว่ามีความถูกต้องหรือไม่					
5	ฉันจำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคที่ได้รับจากการอ่านหรือฟังผู้อื่นได้					
6	ฉันบอก/เล่าเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพที่ฉันอ่านหรือฟังได้					
7	ฉันเข้าใจความหมายข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคที่อ่านหรือฟัง					
8	ฉันเข้าใจข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคที่ได้รับมา					
9	ถ้ามีคำถาม ฉันวางแผนที่จะถามข้อสงสัยก่อนไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้					

ที่	ข้อความ	ทำได้ ง่าย มาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยาก มาก	ไม่เคย ทำเลย
10	ฉันเตรียมข้อความที่สงสัย ก่อนไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้					
11	ถ้าฉันมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ฉันสามารถหาคำตอบจนหายสงสัย					
12	หากมีข้อสงสัย ฉันจะถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้จนเข้าใจ					
13	ฉันบอกข้อดี-ข้อเสียเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้					
14	เมื่อได้รับข้อมูล ฉันตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้					
15	ฉันอธิบายเหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของฉันได้					
16	ฉันบอกได้ว่าทำไมฉันจึงเลือกทำหรือไม่ทำตามคำแนะนำด้านสุขภาพที่ฉันได้รับมา					
17	ฉันปรับเปลี่ยนคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันควบคุมโรคให้เหมาะสมกับตนเอง					
18	ฉันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันควบคุมโรค					
19	ฉันเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติที่สำคัญ เช่น เขียนโน้ต จดบันทึกในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา หรืออื่น ๆ					
20	ฉันเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ เช่น ผ่ากให้คนอื่นเตือน/บอกญาติ/คนใกล้ชิดให้ช่วยเตือน เป็นต้น					

ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ ถูก หรือ ผิด หรือ ไม่ทราบ

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
โรคติดต่อโดยยุงลาย				
1	เมื่อป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้วสามารถกินยาลดไข้ที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอลได้ เช่น ไอบูโพรเฟน โดโคฟีแนม แอสไพริน เพื่อช่วยให้ไข้ลงโดยเร็ว			
2	ผู้ป่วยไข้เลือดออก / ติดเชื้อไวรัสซิกา / ไข้ปวดข้อยุงลาย เมื่อรู้ตัวว่าป่วยแล้วควรหายากันยุงติดต่อกัน 5-7 วัน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น			
3	การเก็บบ้านให้เป็นระเบียบ ปิดฝาภาชนะขังน้ำ และเก็บขยะบริเวณรอบบ้านเป็นวิธีการที่สามารถป้องกันโรคติดต่อโดยยุงลายได้			

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
โรคไข้หวัดใหญ่				
4	เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ติดต่อทางการหายใจ เมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูด โดยเชื้อปนเปื้อนอยู่ในอากาศ			
5	อาการสำคัญของไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย			
6	ประชาชนทุกคนมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ จึงควรเข้ารับการฉีดวัคซีน ปีละ 1 ครั้ง			
ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)				
7	ฝุ่น PM 2.5 อันตรายต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีโรคประจำตัว			
8	การเลือกใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น PM 2.5 ควรเป็นหน้ากากที่ได้มาตรฐาน และสวมใส่อย่างถูกต้อง			
9	ฝุ่น PM 2.5 ส่งผลให้การทำงานของปอดแย่ลง เพิ่มความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปอด			
โรควัณโรค				
10	วัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย			
11	อาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่น่าสงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรค			
12	วัณโรค สามารถรักษาให้หายได้ โดยใช้เวลาอย่างน้อย 6 - 8 เดือน			
บุหรี่ไฟฟ้า				
13	บุหรี่ไฟฟ้ามีสารนิโคติน ซึ่งมีผลไปทำลายสมอง			
14	บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ช่วยสูบบุหรี่รมานได้			
15	ควันบุหรี่ไฟฟ้ามือสองเป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง			

ตอนที่ 6 พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยทำในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย	ไม่เกี่ยวข้อง
โรคติดต่อทางเดินหายใจ							
1	ท่านป้องกันุงกัดโดยการทาโลชั่นกันุง หรือ จุดยากันุง						
2	ท่านกำจัดุงตัวเต็มวัยในบ้านโดยการใช้สเปรย์กำจัดุง						
3	ท่านกำจัดเศษขยะที่สามารถชั่งน้ำได้บริเวณรอบบ้านเพื่อไม่ให้เป็นแหล่งวางไขุ่งลาย ทุกสัปดาห์						

ที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย	ไม่ เกี่ยวข้อง
โรคไข้หวัดใหญ่							
4	ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วยโรคไข้หวัดใหญ่						
5	ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจล หลังสัมผัสลูกบิด ราวบันได ราวรถโดยสาร ฯลฯ						
6	ท่านไม่ใช้แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อน ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกับผู้อื่น						
ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5)							
7	ท่านตรวจเช็คค่าฝุ่น PM 2.5 ก่อนออกจากบ้าน						
8	ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย / ทำกิจกรรมกลางแจ้ง เมื่อค่าฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน (เกิน 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)						
9	ท่านปิดประตูหน้าต่าง เมื่อค่าฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน						
วัดโรค							
10	ท่านตรวจร่างกายด้วยการเอกซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จะสามารถเฝ้าระวังการเกิดวัณโรคได้						
11	ท่านหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ เช่น สถานที่ที่มีผู้คนแออัด เป็นต้น						
12	ท่านล้างมือบ่อยๆ หรือน้ำลายลงบนภาชนะเป็นที่ทิ้ง						
บุหรี่ไฟฟ้า							
13	หากท่านถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า ท่านจะปฏิเสธทันที						
14	ท่านหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า						
15	ท่านศึกษาข้อมูลความอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ						

ตอนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ท่านรู้จัก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือไม่

- 1) ไม่รู้จัก (จบการทำแบบสอบถาม)
- 2) รู้จัก ทำแบบสอบถามต่อ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุม

โรคในประเด็นต่อไปนี้อย่างไร

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี					
2	ระบบข้อมูลข่าวสารของกรมควบคุมโรคเข้าถึง ได้ง่าย อ่านเข้าใจง่าย และมีความน่าเชื่อถือ					
3	กรมควบคุมโรคมีหน้าที่หลักในการรับมือกับโรค และภัยสุขภาพอย่างทันการณ์					
4	กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญ ในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ					

ภาคผนวก ค

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567

.....

วัตถุประสงค์ในการประชุมกลุ่มย่อย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อศึกษาแหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
3. เพื่อศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
4. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
5. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
6. เพื่อประเมินภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

คำชี้แจงการดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group)

1. การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล
ในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้ให้ประเด็นในการสนทนา
เพื่อให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวางละเอียด
ลึกซึ้งทุกคน

2. ขั้นตอนของการประชุมกลุ่มย่อย

- 2.1 ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) แนะนำตนเองและทีมงาน
- 2.2 อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาต
ในการบันทึกแถบเสียง
- 2.3 เริ่มคำถามในแนวทางการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ตามประเด็น มีการแลกเปลี่ยน
ความคิดเห็นต่อกัน ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น
- 2.4 สรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการประชุมกลุ่มย่อย ได้แก่ ประชาชนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่สามารถให้ข้อมูลได้
จนกว่าจะข้อมูลอิ่มตัว พบว่าทำการประชุมกลุ่มย่อยทั้งหมด 8 กลุ่ม

ประเด็นการประชุมกลุ่มย่อย

1. ขอให้ท่านเล่าให้ฟังว่า ท่านมีวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพอย่างไรบ้าง
 2. ขอให้อธิบายว่าท่านได้รับความรู้หรือแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพที่ท่านได้เล่ามาจากไหน เหตุใดท่านจึงเลือกทำตามแนวทางดังกล่าว
 3. โดยทั่วไปในชีวิตประจำวัน ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพบ้างหรือไม่ ถ้าท่านได้รับท่านได้รับจากช่องทางใดบ้าง ท่านคิดว่าช่องทางไหนน่าเชื่อถือที่สุด
 4. ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค หรือมีปัญหาสุขภาพ เช่น ท่านหรือคนรอบตัวท่านมีอาการไม่ปกติ ท่านมีวิธีการในการจัดการกับปัญหาสุขภาพดังกล่าวอย่างไร
 5. ขอให้ท่านเล่าว่า ในชีวิตท่านมีเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำให้ท่านต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และท่านคิดว่าปัจจัยใดในเหตุการณ์นั้นที่ทำให้ท่านต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
 6. ท่านอธิบายว่าปัจจัยใดเป็นสิ่งที่ทำให้ท่านตัดสินใจเปลี่ยนแปลงข้อมูลสุขภาพ เพราะอะไร จึงเป็นเช่นนั้น
 7. ท่านคิดว่าในปัจจุบันนี้ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง ในการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงตัวเองให้เป็นผู้มีสุขภาพดี
 8. ในความเข้าใจของท่านกรมควบคุมโรคทำหน้าที่อะไร และท่านพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจการทำงานของกรม ให้เล่าด้วยว่าท่านพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในประเด็นใด (องค์กร บุคลากร กระบวนการทำงาน และผลสำเร็จ)
-



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

