

การประเมินผลการรับรู้

ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

ปี 2562



DDC

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ผู้แต่ง

นายแพทย์วิชาญ	ปาวัง ¹	วว.เวชศาสตร์ป้องกัน, M.P.H.
นายประเวช	ชุ่มเกษรกุลกิจ ²	ปร.ด. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ)
นายจักรกฤษณ์	พลราชม ³	ปร.ด. (การส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา)
นางนิรันดา	ศรีบุญทิพย์ ¹	วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)
นางสาวสุจิตรา	บุญกล้า ¹	วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

¹ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

² ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์และสังคม วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

³ ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562.

พิมพ์ครั้งที่ 1: สิงหาคม พ.ศ. 2562

จำนวน : 130 เล่ม

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

เลขที่ 145,147 ถ.เลี้ยวเมืองฯ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

Tel. 0-2525-4807-9

เจ้าของลิขสิทธิ์ : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562” เรื่องนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก นายเชาวลิตร จีระดิษฐ์ ที่ปรึกษาสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในการให้คำปรึกษาแนะแนวทางจนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้มีความสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ที่ได้พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะทำให้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงโครงการวิจัยให้มีความสมบูรณ์และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และบุคลากรที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

ขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกันนี้ขอขอบคุณบุคลากรของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกทำให้การดำเนินการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จอย่างราบรื่น

องค์ความรู้ที่ปรากฏในงานวิจัยเล่มนี้ หวังให้เป็นพลังในการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่ดีต่อไป

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นั้น การดำเนินการเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเป้าหมายสำคัญให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ. 2562 มีจุดเน้นสำคัญใน 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคความดันโลหิตสูง

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยประจำปี พ.ศ. 2562” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) โดยการสำรวจภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 5,243 คน จากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-Square และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 10 ครั้ง ใน 4 ภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาที่สำคัญ มีดังนี้

1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ในภาพรวม 4 โรค ร้อยละ 98.1 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 67.2, 29.6, 1.3 และ 1.9 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายโรคพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก โดยเรียงลำดับตามการได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือ โรคไข้เลือดออก รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

2. แหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 51.8, 42.8, 4.9 และ 0.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง โดยแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถ เข้าถึงมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) บุคลากรสาธารณสุข (2) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี (3) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน(อสม.) (4) เพื่อน ญาติ พี่น้อง (5) วิทยุ ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และ อาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

3. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจ-พึงพอใจมาก ต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 4 โรค ร้อยละ 99.5 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 0.6 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ผลการศึกษายังพบว่า เพศ และภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

4. ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.9, 29.6 และ 3.5 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในทุกโรคอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และ อาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.7 มีพฤติกรรม ที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 4 โรคในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.2 โดยมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียง ร้อยละ 0.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า พฤติกรรม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยในระดับเหมาะสมมาก ส่วนพฤติกรรม ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และภัยสุขภาพที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

6. ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,243 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,918 คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 74.7 หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคตามมุมมองของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.9 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.1 โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษายังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของทั้ง 13 พื้นที่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับปานกลาง แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของทั้ง 13 พื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับสูงถึงปานกลาง และความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนของทั้ง 13 พื้นที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับปานกลาง-ต่ำ

8. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ทั้ง 13 พื้นที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับปานกลางถึงต่ำ และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพใน 8 พื้นที่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

9. ผลจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณค่อนข้างมาก โดยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า โรคไข้เลือดออกและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่มาจากสื่อบุคคล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อน และสื่อเฉพาะกิจ อาทิ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ ยูทูบ ผลการวิจัยในประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันและรักษาโรค พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในระดับดี อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีประชาชนบางส่วนยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ในด้านการรับรู้ภาพลักษณ์เกี่ยวกับกรมควบคุมโรคนั้น พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่ากรมควบคุมโรค คือ หน่วยงานที่ทำงานด้านการควบคุมโรคในภูมิภาค และมีการรับรู้ว่าการควบคุมโรคมีหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ด้วยการประชาสัมพันธ์ ออกประกาศ และการทำวิจัย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการวางแผนในการพัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ABSTRACT

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, has adopted a policy of prevention and control against disease and health hazards. To propel such strategy, one crucial strategy was the operation of risk communication intended to raise public awareness and its application to promote desirably health behaviors. In 2019, they were focusing on 4 common diseases: hemorrhagic fever, rabies, sexually transmitted diseases (STDs) and hypertension.

The research of “An Evaluation of Perception of Information in Diseases and Health Hazards, Prevention and Control Behaviors of Diseases and Image of Department of Disease Control in the View of Thai Citizen for B.E. 2562” aims to study the perception of information, sources of knowledge on diseases and health hazards, satisfaction in information on diseases and health hazards, knowledge on diseases and health hazards, preventive behaviors against diseases and health hazards together with their relevant factors, as well as to study images of Department of Disease Control in the view of Thai citizens.

This study was a mixed method research, convergent parallel design. The quantitative research implemented was a descriptive and analytical research by field survey. The sample consisting of 5,243 persons from all regions of Thailand was randomly chosen with multiple steps. The data was collected from the implementation of the developed questionnaires and statistically analyzed by computation of percentage, average, standard deviation, Chi-Square test and Pearson’s correlation coefficient. While, the qualitative research was conducted by 10 Focus Group Discussions held in 4 regions and Bangkok. For the sample which was capable to provide Key Information, their data was analyzed by content analysis.

The significant results are as follows:

1. Perception of Information: it was found that 98.1% of the sample learned overall information on diseases and health hazards of 4 common diseases; 67.2% of the sample learned the information of 4 common diseases at a high level, 29.6% at a moderate level, 1.3% at a low level, meanwhile; 1.9% learned no information respectively. The average score of perception of information was at a high level. To consider each disease individually, it was found that the sample learned the information at a high level, arrangeable from the highest to the lowest as follows: hemorrhagic fever, hypertension, rabies and STDs respectively. Moreover, it was found that gender, age, region, education and career significantly correlated with the perception of information ($P < 0.05$).

2. Source of Information: it was found that 99.5% of the sample learned the information on diseases and health hazards either from single or several sources. Based on 9 sources of information; it was found that 51.8%, 42.8% and 4.9% of the sample could access to the information at a high, moderate, and low level respectively, while 0.5% of the sample failed to access. The average score of information access was at a moderate level. The top 5 sources of information with the highest accessibility for the sample were: (1) Public Health Personnel, (2) Television/Cable TV, (3) Village Health Volunteer, (4) Friends, relatives, family members, (5) Radio. It also was found that gender, age, region, education, and career significantly correlated with the sources of information on diseases and health hazards ($P < 0.05$).

3. Satisfaction in information on disease and health hazards: in overall of 4 common diseases, it was found that 99.5% of the sample was either satisfied or highly satisfied, meanwhile; merely 0.6% was unsatisfied. The average satisfaction score was at a “highly satisfied” level. It also was found that gender and region significantly correlated with the satisfaction in information on disease and health hazards ($P < 0.05$).

4. Knowledge on disease and health hazards: it was found that the sample had the overall knowledge on disease and health hazards of 4 common diseases at a high, moderate and low-level equivalent to 66.9%, 29.6% and 3.5% respectively. The average score of knowledge on disease and health hazards of 4 common diseases was at a high level. To consider each disease individually, it was found that the sample had the knowledge on each disease at a moderate level. Moreover, gender, age, region, education, and career significantly correlated with the knowledge on diseases and health hazards ($P < 0.05$).

5. Preventive behaviors against diseases and health hazards: it was found that most of the sample (60.7%) had appropriate behaviors in prevention from diseases and health hazards at a highly appropriate level, followed by 39.2% at a moderate level, while; merely 0.1% at a low level. The average score of preventive behavior against diseases and health hazards was at a highly appropriate level. To consider each disease individually, it was found that the averages of the preventive behavior against hemorrhagic fever and hypertension were at a highly appropriate level, while; the averages of the preventive behavior against rabies and STDs were a moderate level. Moreover, gender, age, region, education, and career significantly correlated with the preventive behaviors against diseases and health hazards ($P < 0.05$).

6. Images of Department of Disease Control: it was found that from 5,243 persons there were 3,918 persons who knew Department of Disease Control, Ministry of Public Health equivalent to 74.7%. Then the images of Department of Disease Control were further studied, and it was found that 96.9% of the sample had positive opinion to the images of Department

of Disease Control at a high level, followed by 3.1% at a moderate level. The average score of the images of Department of Disease Control was at a high level. It also was found that gender, age, region, education, and career significantly correlated with the images of Department of Disease Control ($P < 0.05$).

7. Perception of information of 13 areas moderately correlated with preventive behaviors against diseases and health hazards, source of information on diseases and health hazards of 13 areas correlated with preventive behaviors against diseases and health hazards at high to moderate level, while; satisfaction in information on diseases and health hazards, knowledge on disease and health hazards and public images of Department of Disease Control of 13 areas positively correlated with preventive behaviors against diseases and health hazards at moderate to low level.

8. Perception of information, source of information on diseases and health hazards, satisfaction in information on diseases and health hazards, and preventive behaviors against diseases and health hazards of 13 areas positively correlated with images of Department of Disease Control at moderate to low level, while; knowledge on disease and health hazards of 8 from 13 areas lowly correlated with images of Department of Disease Control.

9. From the qualitative research, it was found that the results quite-highly corresponded with the qualitative data. Most citizens acknowledged hypertension, rabies, hemorrhagic fever and STDs from various sources of information. The major source was personal media, for example; medical personnel, public health officers, village health volunteers, friends as well as specific media, such as: internet, Line Application, and Youtube. While, knowledge on diseases and operation for disease prevention and remedy was learned by most citizens at a good level, some citizen still misunderstood. For the percept of the images of Department of Disease Control, most citizens understood that Department of Disease Control is an organization dealing with regional disease control and some knew that Department of Disease Control is in charge of epidemics prevention and control by means of public relations, announcements and researches.

The results of this study are applicable for planning of risk communication and systematic development of public health behavior as well as planning of public communication development to effectively promote information acknowledgement, knowledge, public health behavior and images of Department of Disease Control in upcoming future.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ง
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย	1
คำถามในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ประเด็นองค์ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค	9
ประจำปี พ.ศ. 2562	
ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
กรอบแนวคิดในการวิจัย	66
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	67
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	67
เครื่องมือในการวิจัย	75
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	77
การเก็บรวบรวมข้อมูล	78
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
จริยธรรมการวิจัย	82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	83
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	84
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	127

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุป บทวิจารณ์ ข้อเสนอแนะ	151
สรุปผลการวิจัย	151
บทวิจารณ์	156
ข้อเสนอแนะ	164
บรรณานุกรม	167
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	177
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ	185
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	193

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แนวทางการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและ rabies immunoglobulin ภายหลังสัมผัสโรคตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก	23
2	การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป	33
3	ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	37
4	สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	69
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร	84
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและระดับของการรับรู้	86
7	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม 4 โรค	88
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามแหล่งข้อมูล และระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	91
9	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ	94
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ ภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค และระดับของความพึงพอใจ	97
11	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค	98
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพจำแนกตามรายประเด็นข้อคำถามและระดับของความพึงพอใจ	101
13	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ	103
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ถูกต้อง จำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม	106
15	ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค และระดับความรู้	108
16	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคและภัย สุขภาพ	109

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม	112
18	พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและระดับของ พฤติกรรมที่เหมาะสม	114
19	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและ ภัยสุขภาพที่เหมาะสม	116
20	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมอง ประชาชนจำแนกเป็นรายข้อ	119
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค จำแนกตามระดับภาพลักษณ์เชิงบวก	120
22	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์ของ กรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน	120
23	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	123
24	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมอง ประชาชน	125

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	กระบวนการรับรู้	42
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	66
3	กรอบกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจ	80
4	เหมือนข้อมูลแสดงมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	129
5	เหมือนข้อมูลแสดงมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า	132
6	เหมือนข้อมูลแสดงมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	136
7	เหมือนข้อมูลปัจจัยเชิงสาเหตุ แนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	143

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งในหน่วยงานในระดับกรมของกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ตามกฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการ พ.ศ. 2552 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เป็นวิธีการที่ช่วยลดปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรกลุ่มเป้าหมายตามมาตรฐานสากล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ดังนั้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นหน่วยงานในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในประเทศ โดยมีภารกิจหลักคือ การพัฒนาระบบองค์ความรู้และมาตรการ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้มีสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคและภัยสุขภาพ ดังที่ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “ประชาชนได้รับการป้องกันและควบคุมโรค และภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลภายในปี 2580” โดยระบบการป้องกันควบคุมโรคที่พึงประสงค์จะต้องเป็นระบบที่มีลักษณะ ดังนี้ 1) มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้น “การสร้าง ความเข้มแข็งจากภายใน เชื่อมโยงไทยสู่ประชาคมโลก” 3) การสร้างความเข้มแข็งด้วยการใช้ปัญญาและนวัตกรรม 4) ยึดหลักธรรมาภิบาล และ 5) คำนึงถึงบริบทตามวิสัยทัศน์ดังกล่าว กรมควบคุมโรคได้กำหนดกลยุทธ์ ในการดำเนินงานทั้งหมด 5 ด้านได้แก่ กลยุทธ์ด้านที่ 1 พัฒนานโยบายมาตรการและบริการ กลยุทธ์ด้านที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กลยุทธ์ด้านที่ 3 ยกระดับโครงสร้างพื้นฐาน ของระบบป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลยุทธ์ด้านที่ 4 ปรับปรุงระบบบริหารจัดการและพัฒนาความร่วมมือ และกลยุทธ์ด้านที่ 5 พัฒนากำลังคนด้านป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2562)

ภาพรวมในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค พบว่า ที่ผ่านมากรมควบคุมโรค ได้มีการใช้กลยุทธ์และกิจกรรมที่หลากหลาย ตามพันธกิจของกรมควบคุมโรคที่ได้กำหนดไว้ คือ การศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนาและกำหนดมาตรฐานทางวิชาการและเทคโนโลยี และการพัฒนาบุคลากรด้านป้องกันควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้แก่ประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังมีการควบคุม กำกับ นิเทศ และประเมินผลด้านควบคุมโรค การให้บริการรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเฉพาะโรค การประสานนโยบายและแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ตลอดจนจนถึงการพัฒนาเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคตลอดจนการเฝ้าระวังโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์กรท้องถิ่น จากผลจากการดำเนินงานและการดำเนินโครงการที่ผ่านมา พบว่า การเผยแพร่ความรู้ ทางวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการดำเนินงานที่มีความเชื่อมโยงถึงระดับบุคคล ดังนั้นข้อมูลและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย รวมถึงความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ในมุมมองของประชาชน จึงเป็นข้อมูลป้อนกลับที่สำคัญที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการประเมิน ความสำเร็จในการดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักด้านการสื่อสาร ความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการ ตามภารกิจข้างต้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความรู้ และมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสม พร้อมทั้งคาดหวัง ให้กระบวนการดำเนินการ ดังกล่าว ส่งผลให้ประชาชนและหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายเกิดภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรค ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้องมีการวัดและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้นำข้อมูล ป้อนกลับไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ปี พ.ศ. 2561 กรมควบคุมโรคได้จัดให้มีการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561 ตามยุทธศาสตร์การดำเนินการเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเป้าหมายสำคัญให้ประชาชน เกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยในปีที่ผ่านมากรมควบคุมโรคมีจุดเน้นสำคัญ ใน 4 โรคหลักได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรควัณโรค และโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 2,889 คน และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม 4 โรค ร้อยละ 98.0 กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 58.0, 36.4, 2.7 และ 2.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับมาก ส่วนโรควัณโรคและโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับประเด็น แหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.7 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูล ข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 52.7, 42.7, 4.3 และ 0.3 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง โดยแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) โทรทัศน์และเคเบิลทีวี (ร้อยละ 96.1) (2) บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 93.7) (3) อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 90.1) (4) เพื่อน ญาติ คนในครอบครัว (ร้อยละ 89.5) และ (5) วิทยุ (ร้อยละ 86.8) ในประเด็นความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารนั้นผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ประชาชนไทย มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 4 โรค ร้อยละ 99.4 และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ พึงพอใจมาก สำหรับประเด็นความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ในภาพรวม ทั้ง 4 โรค ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 74.9, 22.4 และ 2.7 ตามลำดับ มีคะแนน เฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรคอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ โรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับมาก ส่วนความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด โรควัณโรคและโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนประเด็นพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65.1 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 4 โรค ในระดับ เหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.9 และไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อย โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคพิษสุนัขบ้า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรควัณโรคนั้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และในด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.7

มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 7.1 และ 0.2 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก (วิชาญ ปาวันและคณะ, 2561)

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 กรมควบคุมโรค โดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีจุดเน้นในประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี 2562 ใน 4 ประเด็น (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2561) ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) โรคพิษสุนัขบ้า 3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ 4) โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกรมควบคุมโรคได้มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนนำข้อมูลดังกล่าวไปสู่การประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยการใช้กลยุทธ์ วิธีการ กิจกรรม ด้วยการใช้เนื้อหาและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชนไทย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน ในประเด็นที่สำคัญทั้ง 4 ประเด็นดังกล่าวข้างต้น เพื่อกรมควบคุมโรคจะได้นำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาแนวทางให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนสูงสุดต่อไป

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีแนวคิดและทฤษฎีการเปิดรับสื่อ (Media exposure) และการรับรู้ (Perception) แนวคิดเกี่ยวกับสาร (Message) ความรู้ความเข้าใจ (Understanding) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ (Schramm, 1954; Melvin, 1970; Bloom, 1971) โดยพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งของข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจ และความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2557, 2558; วิชาญ ปาวันและคณะ, 2559, 2560, 2561) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จ ในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบายการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ซึ่งผลจากการสำรวจนั้นจะได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูล หรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจ ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวและสังคม ในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมไปถึงการนำไปสู่การสร้างนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่ได้อย่างเป็นรูปธรรมร่วมกับเป็นแนวทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนต่อไป พร้อมทั้งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาการที่ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากองค์กรที่นำเสนอไปนั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ขององค์กร นั่นคือมุมมองของประชาชนที่ได้สัมผัสและรับรู้ต่อองค์กร ภาพที่ปรากฏในมุมมองของประชาชนนั้น หากเป็นภาพลักษณ์ที่ดีก็จะทำให้ประชาชนเกิดความประทับใจ น่าเชื่อถือ ในทางตรงกันข้ามหากพบว่าเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่ดีก็จะทำให้ไม่เกิดความประทับใจ ไม่น่าเชื่อถือ ต่อองค์กร ซึ่งสัมพันธ์กับข่าวสารที่นำเสนอไปด้วย ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของประเด็นภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่เป็นส่วนสนับสนุนต่อการพัฒนาองค์กร ข้อมูลที่ได้จะแนวทางในการพัฒนาภาพลักษณ์ขององค์กรให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของประเด็นดังกล่าวจึงศึกษาในประเด็นนี้ร่วมด้วย

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

สมมติฐานที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ด้านกลุ่มเป้าหมาย

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562 มุ่งศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกตามลักษณะของการวิจัยเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1 กลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้กลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณโดยใช้ตารางการกำหนดขนาดตัวอย่างที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนร้อยละ 2 และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสำรวจมีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนประชากรเป้าหมายในระดับเขตพื้นที่ของกรมควบคุมโรค (จำนวน 13 เขต) ได้ขนาดตัวอย่างเขตละ 400 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 5,200 คน

1.2 ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้วิธีการเลือกผู้ที่มีคุณลักษณะตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยจาก 4 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร ภูมิภาคละ 16 คน รวมเป็น 80 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้

2. ด้านระยะเวลาของการดำเนินการ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยในระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนสิงหาคม 2562

3. ด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนแหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2562 ได้แก่ (1) โรคไข้เลือดออก (2) โรคพิษสุนัขบ้า (3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ (4) โรคความดันโลหิตสูง และศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนเท่านั้น

4. ด้านตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

- 4.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร
- 4.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 4.3 แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 4.4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 4.5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 4.6 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 4.7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการศึกษาที่คาดว่าจะได้รับ

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2562 คาดว่าจะมีประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการสำรวจที่จะได้รับ ดังนี้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และพฤติกรรมในโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่อง ความพึงพอใจและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการดำเนินงานในเรื่องที่เกี่ยวข้องของกรมควบคุมโรค
3. เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อการนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การได้รับเนื้อหาสาระต่างๆ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคความดันโลหิตสูง ในประเด็นต่างๆ ที่กรมควบคุมโรคได้มีการสื่อสาร ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพ สาเหตุ อาการ การติดต่อและ ความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพ การรักษาและการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ

แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ชนิดหรือแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคล ที่ประชาชนได้รับ

ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกดี ความประทับใจ ชอบ ยินดี เต็มใจหรือมีความสุขของประชาชนที่มีต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับตามความต้องการหรือตามจุดมุ่งหมายที่ความคาดหวังไว้

ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระลึก จดจำได้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับ สาเหตุ การติดต่อและการแพร่ระบาด อาการอาการแสดง การรักษา และการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในเรื่องโรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกันควบคุมการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ในเรื่องโรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคความดันโลหิตสูง

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

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี 2562” คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นพื้นฐานองค์ความรู้ในการวิจัย โดยประกอบการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใน 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ประเด็นองค์ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2562

กรมควบคุมโรคเดิมมีชื่อว่ากองโรคติดต่อ สังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ทำหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ต่อมาได้มีประกาศพระราชกฤษฎีกายกกรมสาธารณสุขให้เป็นกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งในเวลามีกรมในสังกัดรวม 7 กรม ซึ่งมีกรมที่มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานโรคติดต่อ 2 กรม ได้แก่ กรมการแพทย์ และกรมสาธารณสุข

กรมการแพทย์จะรับผิดชอบกิจการของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลโรคเรื้อน พระประแดง โรงพยาบาลโรคเรื้อนขอนแก่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนเชียงใหม่ โรงพยาบาลโรคเรื้อนนครศรีธรรมราช นิคมโรคเรื้อนเชียงราย โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลวันโรค โรงพยาบาลบาราศนราดรุร ส่วนงานควบคุมโรคอื่นๆ ยังอยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคติดต่อ กรมสาธารณสุข

ปี พ.ศ.2495 มีการเปลี่ยนชื่อ กรมสาธารณสุขเป็นกรมอนามัยและโอนกิจการของโรงพยาบาลเฉพาะโรคมาอยู่ในสังกัดกรมอนามัย และยกฐานะหน่วยงานเฉพาะโรคให้เป็นกอง คือ กองควบคุมวันโรค กองควบคุมโรคเรื้อน ปรับปรุงขยายงานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้างเป็นกองควบคุมมาลาเรียและโรคเท้าช้าง รวมงานควบคุมคุดทะราดกับกามโรคตั้งเป็นกองควบคุมกามโรคและคุดทะราด

ปี พ.ศ.2515 ได้มีการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยเข้าด้วยกันเป็นกรมการแพทย์และอนามัย งานควบคุมโรคติดต่อทั้งหมดจึงขึ้นกับกรมการแพทย์และอนามัย

ปี พ.ศ.2517 ได้มีการแยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกันอีกครั้ง ในครั้งนั้นได้มีการรวมหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อเข้าด้วยกันจัดตั้งเป็นกรมควบคุมโรคติดต่อ

กรมควบคุมโรคติดต่อ แบ่งส่วนราชการเป็นกลุ่มงานที่ปรึกษา กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่างๆ 7 กอง มีกองและหน่วยงานสนับสนุนการบริหารงานของกรมฯ อีก 4 หน่วยงาน โรงพยาบาลเฉพาะโรค 4 แห่ง นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคได้แก่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 เขต และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 5 สำนักงาน

ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการออกกฎหมายปฏิรูปราชการ กรมควบคุมโรคติดต่อได้เปลี่ยนชื่อเป็นกรมควบคุมโรค มีการแบ่งหน่วยงานของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย หน่วยงานสนับสนุนการบริหารงาน 4 กอง กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่างๆ 8 สำนัก และมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 เขต กรมควบคุมโรค มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ

โดยมีการศึกษาวิจัยพัฒนารวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศและกฎหมายอื่น ที่เกี่ยวข้อง
- ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
- กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
- ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัย ที่คุกคามสุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน
- จัดและพัฒนาระบบกลไกและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสื่อสารข้อมูลเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชน
- จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อ เฉพาะโรคติดต่อสำคัญและโรคติดต่อร้ายแรงในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ
- ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพกรณีที่เป็นปัญหาวางกว้าง เกิดโรคระบาดรุนแรงหรือมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง
- ดำเนินการร่วมกับนานาชาติประเทศ หรือองค์กรระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกันและการควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ
- พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ
- ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมควบคุมโรค หรือตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

วิสัยทัศน์

ประชาชนได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลภายในปี 2580

พันธกิจ

1. ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและระหว่างประเทศในการผลิต และพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ กฎหมายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล
2. ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ ให้เครือข่ายและประชาชน
3. ผลักดัน และติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่จำเป็นต่อการปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพ
4. เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะคุกคามและภัยสุขภาพใหม่ ๆ ได้ทันการณ์
5. พัฒนาและประเมินศักยภาพระบบ กลไกของเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2562 กรมควบคุมโรค มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ (ยุทธศาสตร์รายโรค) ใน 4 กลุ่มโรค ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 โรคไข้เลือดออก

ประเด็นที่ 2 โรคพิษสุนัขบ้า

ประเด็นที่ 3 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประเด็นที่ 4 โรคความดันโลหิตสูง

จากประเด็นองค์ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2562 ที่ได้เสนอข้างต้น การวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคและประเด็นการสื่อสาร เกี่ยวกับโรคดังกล่าว โดยนำเสนอเป็นประเด็นสำคัญรายโรค ดังนี้

1. โรคไข้เลือดออก

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าในปี 2561 ที่ผ่านมา (ข้อมูล ณ วันที่ 3 มกราคม 2562) มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยแล้วถึง 84,830 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 128.41 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้เสียชีวิตแล้ว 109 ราย คิดเป็นอัตราเสียชีวิต 0.17 ต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันในปี 2560 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยมากกว่าถึงร้อยละ 60 หรือ 1.6 เท่า เมื่อจำแนกเป็นรายภาคพบว่า ภาคกลางมีอัตราป่วยสูงสุด คือ 160.70 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคใต้ มีอัตราป่วยเท่ากับ 139.72 ต่อประชากรแสนคน ภาคเหนืออัตราป่วยเท่ากับ 134.85 ต่อประชากร แสนคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยน้อยที่สุด คือ 87.81 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่เมื่อพิจารณา อัตราการเกิดโรคต่อช่วงอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 10-14 ปีมีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ 433.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี (340.58) และ 15-24 ปี (234.33) สัดส่วนอาชีพที่พบผู้ป่วย สูง ที่สุด คือ นักเรียน คิดเป็นร้อยละ 48.47 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 19.20 อัตราส่วนผู้ป่วย เพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 0.92 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สำหรับการพยากรณ์โรคไข้เลือดออกในปี 2562 โดยสำนักโรคติดต่อฯ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค ผลพบว่า ในปี 2562 คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกประมาณ 94,000 – 95,000 ราย โดยกลุ่มเสี่ยงก็ยังคงเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อย่างไรก็ตามข้อมูลของปี 2560 - 2561 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงชนิดของไวรัสเดงกี โดยพบชนิด Den-2 สูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าในปี 2562 อาจจะมีผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตจากไวรัสเดงกีชนิด Den-2 ในพื้นที่ที่เคยมีไวรัสเดงกีชนิด Den-2 หมุนเวียนมาก่อน

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกมีสาเหตุมาจากไวรัส 2 ชนิด คือ เด็งกี (Dengue) และชิคุนกุนยา (Chikungunya) ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยไข้เลือดออก มีสาเหตุมาจากเชื้อเด็งกี โดยโรคไข้เลือดออกจะมีสาเหตุจาก เชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue) มีลักษณะของโรคที่สำคัญ คือ มีไข้ร่วมกับ hemorrhagic diathesis ตับโต และมี ภาวะช็อก ซึ่งทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

เชื้อไวรัสเด็งกีเป็น RNA virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae (เดิม Group Barbovirus) ซึ่งเชื่อกันว่ายังสามารถแบ่งออกเป็นสายพันธุ์ย่อยๆ ได้อีก 4 สายพันธุ์ ได้แก่ ชนิดที่ 1, 2, 3 และ 4 เนื่องจากเชื้อแต่ละสายพันธุ์มี Antigen ร่วมบางชนิด จึงทำให้สามารถมี Cross protection ได้ในระยะสั้นๆ ถ้ามีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยอาจจะมีภูมิคุ้มกันเชื้อชนิดนั้นไปตลอดชีวิต (Permanent immunity) และจะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเด็งกีชนิดอื่นๆ อีก 3 ชนิดได้ในเวลาสั้นๆ (Partial immunity) ประมาณ 6 – 60 เดือน หลังจากนั้นอาจจะมีการติดเชื้อ Dengue virus ชนิดอื่นๆ ที่ต่างจากครั้งแรกได้ ซึ่งถือเป็นการติดเชื้อซ้ำ (Secondary dengue infection)

เชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya) ซึ่งเป็นไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออกอีกชนิดหนึ่งนั้นพบการติดเชื้อนี้ประมาณ 1 – 3 % อาการไม่รุนแรง โดยมีอาการไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ อ่อนเพลีย บางรายมีผื่น มีจุดเลือดออก ทดสอบทูร์นิเกต์ได้ผลลบวก แต่ไม่ทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติภายใน 3–7 วัน

สาเหตุการติดต่อ

โรคไข้เลือดออกติดต่อโดยยุงลาย (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรค การติดต่อเกิดจากยุงลายไปดูดกินเลือดจากผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัส Dengue จากนั้นเชื้อไวรัสจะลงสู่กระเพาะยุงลายโดยฝังตัวอยู่ในผนังกระเพาะยุง และจะเพิ่มจำนวนโดยการแบ่งตัวมันเองแล้วเดินทางไปยังส่วนหัวของยุงลายเข้าสู่ต่อมน้ำลาย เมื่อยุงลายบินไปกัดและดูดเลือดคนใหม่ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสเด็งกี Dengue เข้าสู่กระแสเลือดคนที่ถูกยุงลายกัดแล้วเชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น จนทำให้เกิดอาการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้

ยุงพาหะนำโรค

ยุงเป็นแมลงจำพวกหนึ่งจัดอยู่ใน Class Insecta (Hexapoda), Order Diptera, Family culicidae วงจรชีวิตของยุงลาย แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้คือ ไข่, ตัวอ่อน (ลูกน้ำ), ตัวโม่งและยุงตัวเต็มวัย

ไข่ (Egg) ยุงลายจะวางไข่ตามแหล่งเพาะพันธุ์ที่เป็นภาชนะขังน้ำ ที่มีน้ำนิ่ง ยุงลายจะไข่ที่ละฟองติดต่อกันเป็นกลุ่ม โดยจะวางไข่ติดภาชนะด้านในเหนือระดับน้ำเล็กน้อยหรือตามผิวภาชนะที่เย็นและมีความชื้นสูงในภาชนะที่มีน้ำขัง หลังจากนั้น 1 – 5 วัน ก็จะฟักออกเป็นตัวอ่อน (Larva) เรียกว่า ลูกน้ำ (Instar) ยุงตัวเมียหนึ่งตัวจะวางไข่โดยเฉลี่ยครั้งละประมาณ 140 – 144 ฟอง และวางไข่ได้ 4 – 5 ครั้งตลอดชีวิต

ตัวอ่อน (Instar) ตัวอ่อนของยุงลายจะอาศัยอยู่ในน้ำและว่ายน้ำขึ้นมายู่ที่ผิวน้ำเพื่อหายใจ มีการลอกคราบทั้งหมด 4 ครั้ง เป็นลูกน้ำระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 ใช้เวลาระหว่าง 7 – 10 วัน ตัวอ่อนระยะนี้ไม่ชอบแสง เป็นระยะที่เหมาะสมในการควบคุม

ตัวโม่ง (Pupa) ตัวโม่งในระยะนี้จะเคลื่อนไหวช้าลงหรือไม่เคลื่อนไหวเลย ระยะนี้จะไม่กินอาหาร ประมาณ 1 – 2 วัน จะลอกคราบเป็นตัวเต็มวัย (Adult)

ตัวเต็มวัย (Adult) ยุงเมื่อลอกจากคราบตัวโม่งใหม่ๆ จะไม่สามารถบินได้ทันทีที่ต้องรอเวลาสักระยะหนึ่ง เพื่อให้เลือดฉีดเลี้ยงเข้าเส้นปีกทำให้ปีกแข็งถึงสามารถบินได้ โดยปกติยุงลายตัวผู้ จะเกิดก่อนยุงลายตัวเมียประมาณ 1 – 2 วัน ยุงลายตัวผู้จะกินน้ำหวาน ส่วนยุงลายตัวเมียจะกินเลือดคนหรือเลือดสัตว์ ระยะการเจริญเติบโตของยุงขึ้นอยู่กับอาหาร อุณหภูมิและความชื้น ยุงตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวก็สามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต และมีอายุอยู่ได้ถึง 30 – 45 วัน ยุงลายมักบินได้ไม่ไกล โดยรัศมีการบินไม่เกิน 100 เมตร

ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยที่สำคัญมีอยู่ 2 ชนิด คือ

1. ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) ซึ่งเป็นพาหะนำโรคหลัก
2. ยุงลายสวน (Aedes albopictus) เป็นพาหะนำโรครอง สามารถนำโรคได้ แต่มีความสำคัญน้อยกว่าชนิดแรก

อาการของโรค

อาการของโรคไข้เลือดออกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะไข้สูง ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีไข้สูงซึ่งเกิดขึ้นฉับพลัน มีลักษณะไข้สูงลอยตลอดเวลา (กินยาลดไข้ก็มักจะไม่วาย) หน้าแดง ปวดศีรษะ อาจมีการเบื่ออาหารและอาเจียนร่วมด้วย บางรายอาจบ่นปวดท้องในบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา หรือปวดท้องทั่วไป อาจมีอาการท้องผูก หรือถ่ายเหลว บางรายอาจมีอาการเจ็บคอ คอแดงเล็กน้อย หรือไอบ้างเล็กน้อย แต่ในราววันที่ 3 ของไข้ อาจมีผื่นแดงไม่คันขึ้นตามแขน ขา และลำตัว

ระยะที่ 2 ระยะช็อกและมีเลือดออก มักจะพบในไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อเด็งกีที่มีความรุนแรง อาการจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 3 - 7 ของโรค ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวิกฤตของโรค อาการไข้จะเริ่มลดลง แต่ผู้ป่วยกลับมีอาการอาเจียนไม่สบาย เช่น มีอาการปวดท้องและอาเจียนบ่อยขึ้น ชีพจรมากขึ้น กระสับกระส่าย ตัวเย็นมือเท้าเย็น เหงื่อออก ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาแต่เร็ว และความดันต่ำ

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว ในรายที่มีอาการช็อกไม่รุนแรง เมื่อผ่านช่วงวิกฤตไปแล้ว จะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือแม้แต่นักป่วยที่มีอาการช็อกรุนแรง เมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที ก็จะฟื้นตัวสู่สภาพปกติ อาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยดีขึ้น คือ ผู้ป่วยจะเริ่มอยากกินอาหาร อาการต่างๆ จะกลับคืนสู่สภาพปกติ ระยะนี้อาจจะกินเวลา 7-10 วัน หลังผ่านระยะที่ 2

การวินิจฉัย

1. การวินิจฉัยเบื้องต้น โดยการทดสอบทูร์นิเกต (Tourniquet test) โดยใช้เครื่องวัดความดันรัดเหนือข้อศอกของผู้ป่วยหรือใช้ยางหนังสติ๊กรัดเหนือข้อศอกให้แน่นเล็กน้อย (ยังพอคลำชีพจรที่มือได้) นาน 5 นาที ถ้าพบว่ามีจุดเลือดออก (จุดแดง) เกิดขึ้นที่บริเวณท้องแขนตำแหน่งที่รัดเป็นจำนวนมากกว่า 10 จุด ในวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 นิ้ว (เท่ากับเหรียญบาทโดยประมาณ) แสดงว่าการทดสอบได้ผลบวก การทดสอบนี้จะได้ผลบวกมากกว่าร้อยละ 80 ตั้งแต่เริ่มมีไข้ 2 วันเป็นต้นไป

2. การวินิจฉัยโดยแพทย์ แพทย์จะทำการเจาะเลือดตรวจดูความเข้มข้นของเลือด (ฮีมาโทคริต) ซึ่งผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีความเข้มข้นของเลือดมากกว่าปกติ และเมื่อตรวจนับจำนวนเกล็ดเลือดจะพบว่า มีระดับต่ำกว่าปกติ ซึ่งมักพบในระยะวิกฤตช่วงไข้ลดลง การวินิจฉัยที่แน่นอน คือ การตรวจเลือดพบเชื้อสารพันธุกรรมของเชื้อหรือภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อไข้เลือดออก

การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะ หรือวัคซีนที่ป้องกันโรคไข้เลือดออก การรักษาจึงเป็นแบบรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งจะได้ผลดีกว่าวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรกๆ การปฏิบัติมีดังนี้

1. ระยะไข้สูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดตามกล้ามเนื้อ อาจจำเป็นต้องให้ยาลดไข้ โดยให้พาราเซตามอลด้วยความระมัดระวัง ไม่ควรให้ยาแอสไพรินและกลูเมยา Salicylate อย่างเด็ดขาด

เพราะอาจทำให้เกิดแผลเลือดออกที่เยื่อบุกระเพาะอาหาร และยังทำให้การจับตัวของเกร็ดเลือดเสียไป เลือดออกไม่หยุด

2. ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชดเชย ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง ส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหารและอาเจียน ทำให้มีภาวะขาดน้ำและเกลือโซเดียม ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) กรณีที่มีผู้ป่วยมีอาเจียนหรือเบื่ออาหารมาก อาจพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้

3. ติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ระยะที่เกิดอาการช็อก มักจะเกิดพร้อมกับอาการไข้ที่ลดลง ประมาณวันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป

4. ตรวจระดับของเกร็ดเลือด (Platelets) และความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง (Haematocrit) ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออก เพราะเกร็ดเลือดจะลดต่ำลงทุกราย

5. โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย ควรแนะนำให้ผู้ป่วยกลับบ้านสังเกตอาการช็อก ถ้ามีอาการให้รีบมาพบแพทย์

การป้องกันและควบคุมโรค

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดกลวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันและควบคุมการระบาดของ โรคที่มียุงลายเป็นพาหะ คือการควบคุมยุง *Aedes aegypti* ไว้ 4 ประการ คือ

1. การนำฤดูกาลมาใช้ให้เป็นประโยชน์โดยเริ่มควบคุมตั้งแต่ในฤดูโรคสงบ ซึ่งเป็นขณะที่มีไวรัสวงเวียนอยู่ในชุมชนน้อย หากสามารถกำจัดยุงพาหะให้หมดไป หรือเหลือน้อยที่สุดในระยะเวลานี้ ย่อมเป็นการตัดการกระจายของเชื้อไวรัสได้เป็นอย่างดี

2. ตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อ โดยลดความชุกชุมของยุงพาหะ ให้อยู่ในระดับต่ำที่สุด เพื่อลดการกระจายเชื้อจะไม่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแล้ว ซึ่งก็จะหมดไปจากกระแสเลือดเอง โดยไม่มีโอกาสแพร่ไปยังผู้อื่นต่อไป

3. ควบคุมยุงอย่างเข้มงวดในบริเวณที่จะกระจายเชื้อได้ง่าย เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล

4. ควบคุมยุงอย่างถาวรในบริเวณที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรค ได้แก่ ชุมชนที่มีผู้คนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เช่น เขตเทศบาล หรือแหล่งชุมชนต่างๆ เป็นต้น

จากแนวทางขององค์การอนามัยโลก การป้องกันและควบคุมโรคที่ได้ผลมากที่สุด ควรจะเป็นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความหนาแน่นของยุง ลดอายุขัยของยุง และลดการสัมผัสระหว่างคนและยุง เนื่องจากวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย สามารถแบ่งแผนการป้องกันและควบคุมโรคออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. แผนระยะสั้น (Emergency control) ใช้เมื่อมีการระบาดของโรคเป็นการพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยพ่นเป็นละอองฝอย เพื่อให้สัมผัสกับตัวยุงต้องพ่นอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 10 วัน

2. แผนระยะยาว (Long – term control) จำเป็นต้องเน้นการให้ความรู้แก่ชุมชน ให้ตระหนักถึงอันตรายของโรค โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เอกสารสิ่งพิมพ์ ทีวี วิดีโอ หรืออาจผ่านกลุ่มคนที่สามารถสื่อไปยังชุมชนได้ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข เพื่อถ่ายทอดความรู้ โดยเฉพาะวิธีการควบคุมยุงลายพาหะนำโรค ซึ่งเป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุด ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Regularity & Sustainability)

ประเด็นในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

สำหรับประเด็นการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคที่มีุงลายเป็นพาหะ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ ประชาชนรับรู้อย่างถูกต้องว่าุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก โดยุงลายชอบวางไข่ในน้ำนิ่ง และสะอาดสามารถป้องกันได้ด้วยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ุงลาย และสถานที่เกาะพักของุงลาย โดยมีข้อความในการสื่อสารหลักว่า

“3 เก็บ 3 โรค”

ข้อความดังกล่าวมีจุดมุ่งเน้นในการสื่อสารว่า ให้ประชาชนควบคุมุงลายไม่ให้แพร่พันธุ์ และป้องกันไม่ใหุ้งลายกัด โดยต้องเก็บสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. เก็บบ้าน บ้านที่เป็นระเบียบเรียบร้อยนอกจากจะให้ความสวยงามแล้ว ก็ยังทำให้บรรยากาศมีความปลอดโปร่ง จึงไม่มีที่ใหุงลายไปหลบซ่อนอยู่
2. เก็บขยะ กองขยะในบ้านนอกจากจะดูไม่สวยงามแล้ว เมื่อฝนตกลงมาอาจเกิดน้ำขังและกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ุงลายได้ในที่สุด
3. เก็บน้ำ แหล่งน้ำในบ้านนั้นอาจกลายเป็นที่ทีุ่งลายใช้แพร่พันธุ์ได้หากไม่ดูแลให้ดี โดยเฉพาะแหล่งน้ำนิ่งที่ไม่มีการเคลื่อนไหว ต้องปิดให้มิดชิด เปลี่ยนน้ำอย่างสม่ำเสมอ หรือเลี้ยงปลาหางนกยูงในแหล่งน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำุง

การปฏิบัติตามมาตรการนี้จะช่วยป้องกันโรคที่มีุงลายเป็นพาหะทั้ง 3 โรค ได้แก่

1. โรคไข้เลือดออก
2. โรคติดเชื้อไวรัสซิกา
3. โรคไข้ปวดข้อุงลาย

2. โรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) เป็นหนึ่งในโรคที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค จากข้อมูลการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรคในปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561) พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมด 17 ราย ใน 14 จังหวัด คือ จังหวัดบุรีรัมย์ ระยอง และสงขลา จังหวัดละ 2 คน, จังหวัดสุรินทร์ ตรัง นครราชสีมา ประจวบคีรีขันธ์ พัทลุง หนองคาย ยโสธร กาฬสินธุ์ มุกดาหาร ตาก และสุราษฎร์ธานี จังหวัดละ 1 คน (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2561) ขณะที่ข้อมูลสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าของกรมปศุสัตว์พบว่า ในปี 2561 ที่ผ่านมามีตัวอย่างส่งตรวจทั้งหมด 9,275 ตัวอย่าง พบผลบวกทั้งหมด 1,469 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 15.83 โดยพบตัวอย่างที่มีผลพิษสุนัขบ้าเป็นบวกทั้งหมด 54 จังหวัด โดยจังหวัดที่พบผลบวกมาก 10 อันดับแรก คือ สุรินทร์ ร้อยเอ็ด สงขลา นครราชสีมา ยโสธร ชลบุรี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ นครศรีธรรมราช และกาฬสินธุ์ ส่วนชนิดของสัตว์ที่พบ ได้แก่ สุนัข จำนวน 1,281 ตัว โค 117 ตัว แมว 51 ตัว กระบือ 15 ตัว แพะ 2 ตัว นอกจากนี้ยังมีม้า กวางและสุกรอย่างละ 1 ตัว (กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2562)

เชื้อก่อโรค

โรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากเชื้อไวรัสใน family *Rhabdoviridae*, genus *Lyssavirus* ซึ่งเชื้อไวรัสใน genus นี้มี 7 genotypes ก่อให้เกิดโรคทั้งในคนและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด เชื้อเป็น single-stranded RNA virus รูปร่างคล้ายกระสุนปืน (bullet-shaped) และมี envelope เชื้อที่ก่อให้เกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคนมี 5 ชนิดได้แก่

1. Rabies virus (genotype 1) พบเป็นสาเหตุของโรคมามากที่สุด พบได้ทั่วโลก มีสัตว์หลายชนิดเป็นแหล่งของโรคเช่น สุนัข แมว สุนัขจิ้งจอก ค้างคาว
2. Mokola virus (genotype 3) และ Duvenhage virus (genotype 4) พบในแอฟริกา มีแมวและสัตว์คล้ายหนูกินแมลงเป็นอาหาร (shrews) เป็นแหล่งของโรค
3. European bat Lyssavirus (EBLV) type 1a และ type 1b (genotype 5) และ type 2a และ type 2b (genotype 6) พบในประเทศในแถบยุโรป โดย EBLV type 1 พบในประเทศเนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก เยอรมนี โปแลนด์ อังการี รัสเซีย ฝรั่งเศส สเปน ส่วน EBLV type 2 พบในประเทศเนเธอร์แลนด์ อังกฤษ เยอรมนี ยูเครน สวิตเซอร์แลนด์ โดยทั้ง 2 ชนิดมีค้างคาวกินแมลงเป็นแหล่งของโรค
4. Australian bat Lyssavirus (genotype 7) พบในประเทศออสเตรเลีย มีค้างคาวกินผลไม้และค้างคาวกินแมลงเป็นแหล่งของโรค
5. Lagos bat virus (genotype 2) ไม่มีรายงานก่อให้เกิดโรคในคน เชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าจะตายในภาวะที่ความเป็นกรด-ด่างน้อยกว่า 3 หรือมากกว่า 11 และถูกทำลายด้วยแสง UV แสงอาทิตย์ ความแห้ง formalin, phenol, ether, trypsin, β -propiolactone และ detergent

ระบาดวิทยา

โรคพิษสุนัขบ้าสามารถพบได้ทั่วโลกยกเว้นบริเวณแถบขั้วโลกและบางหมู่เกาะ จากการสำรวจสถานการณ์ของโรคพิษสุนัขบ้าทั่วโลกครั้งสุดท้ายในปี พ.ศ. 2542 พบว่า มี 45 ประเทศจาก 145 ประเทศที่รายงานว่าปลอดจากโรคนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหมู่เกาะรวมทั้งประเทศทางยุโรปที่อยู่ติดชายฝั่งทางตอนเหนือและใต้ และละตินอเมริกา สัตว์ที่เป็นแหล่งของโรคได้แก่ สุนัข แมว สุนัขป่า สุนัขจิ้งจอก ค้างคาว แรคคูน สกั้ง หนูและลิง สัตว์ที่พบเป็นพาหะของโรคมามากที่สุดคือ สุนัข คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาได้แก่ สัตว์ป่า ร้อยละ 42 และค้างคาว ร้อยละ 4

สัตว์ที่เป็นแหล่งของโรคพิษสุนัขบ้าที่สำคัญที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนา คือ สุนัข ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสุนัขจรจัด มักไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การควบคุมจำนวนประชากรสุนัขกลุ่มนี้ทำได้ยากถ้าไม่มีนโยบายการควบคุมที่ดีพอ ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากการถูกสุนัขกัดเฉลี่ยประมาณปีละ 70 คน ในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีระบบการควบคุมสุนัขจรจัดที่ดีจะพบว่าสัตว์ป่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งค้างคาวเป็นแหล่งของโรคที่สำคัญ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาจะพบว่า ค้างคาวเป็นแหล่งของโรคพิษสุนัขบ้าที่สำคัญในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสัมผัสค้างคาวที่ชัดเจน ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่ปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้ามาตลอดจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2539 เริ่มตรวจพบเชื้อไวรัสใน genus *Pteropus* ในสุนัขป่าและค้างคาว ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสชนิดใหม่ในกลุ่ม *Lyssavirus* และพบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าจากเชื้อไวรัสชนิดนี้ในปีเดียวกัน

พยาธิกำเนิด

ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเกือบทั้งหมดมีสาเหตุจากการสัมผัสหรือถูกสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด โดยโอกาสของการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าจะขึ้นกับความรุนแรงของบาดแผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งบาดแผลที่ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อและตำแหน่งของกล้ามเนื้อที่มีความหนาแน่นของ nicotinic acetylcholine receptor สูงและจำนวนไวรัสในน้ำลายของสัตว์ ความเสี่ยงของการเป็นโรคพิษสุนัขบ้าในกรณีที่ถูกลูกสัตว์กัดจะสูงกว่าการถูกลูกสัตว์ข่วนอย่างน้อย 50 เท่า อย่างไรก็ตามความรุนแรงของบาดแผลอาจจะไม่มีความสำคัญมากนักต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าที่มีค่าความเป็นพาหะนำโรค ซึ่งผู้ป่วยส่วนน้อยที่จะให้ประวัติการสัมผัสดังกล่าว ภาวะนี้อาจเรียกว่า cryptic rabies การได้รับเชื้อไวรัสโรค

โรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่จะเกิดจากการถูกสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด อย่างไรก็ตามพบว่าการสัมผัสกับน้ำลายของสัตว์ที่เป็นโรคนี้ที่บาดแผลเปิด รอยถลอกที่ผิวหนัง เยื่อบุตา เยื่อบุในช่องปากหรือบริเวณอวัยวะเพศสามารถก่อให้เกิดโรคได้ นอกจากนี้ยังอาจติดเชื้อได้จากการสูดหายใจเอาไวรัสที่ลอยลอยอยู่ในอากาศ ในถ้าที่มีค้างคาวอาศัยอยู่จำนวนมากหรือจากในห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจชิ้นเนื้อที่มีเชื้อไวรัสอยู่ก่อให้เกิดการฟุ้งกระจาย การจับและลอกหนังสัตว์ที่มีการติดเชื้ออาจมีโอกาสร้อยต่อการติดเชื้อได้ มีรายงานการติดต่อจากคนสู่คนผ่านทาง การปลูกถ่ายกระจกตาเท่านั้นยังไม่พบการติดต่อโดยวิธีอื่นแม้จะมีโอกาสเป็นไปได้ที่จะติดเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยเนื่องจากสารคัดหลั่งหลังจากผู้ป่วยมักจะมีเชื้อไวรัสอยู่ด้วย มีรายงานการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก แต่พบได้ไม่บ่อยโดยยังไม่ทราบกลไกในการส่งผ่านเชื้อ

หลังจากไวรัสเข้าสู่บาดแผลแล้ว กระบวนการติดเชื้อจะดำเนินอย่างไรขึ้นกับ genotype ของ lyssavirus โรคพิษสุนัขบ้าที่มีสุนัขเป็นพาหะนำโรค เชื้อจะจับกับ nicotinic acetylcholine receptor ที่เซลล์กล้ามเนื้อในขณะที่ถ้ามีค้างคาวเป็นพาหะ เชื้อจะจับกับ receptor ที่เซลล์ผิวหนังชั้น epidermis หรือ dermis นอกจากนี้ nicotinic acetylcholine receptor แล้ว ไวรัสอาจจะใช้ carbohydrates, phospholipids, gangliosides, neural-cell adhesion molecule (CD56) และ low-affinity nerve-growth-factor receptor (p75 neurotrophin receptor) ในการเข้าสู่เซลล์ได้ด้วย หลังจากนั้นไวรัสจะเคลื่อนตัวเข้าสู่ unmyelinated nerve endings ที่ neuromuscular junction หรือที่เส้นใยกล้ามเนื้อ (muscle spindles) และเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางในที่สุดโดยจะไปอยู่ที่ dorsal-root ganglia และ anterior horn cells ซึ่งจะใช้เวลาเดินทางในอัตรา 8-20 มม.ต่อวัน ก่อให้เกิดการอักเสบที่ปมประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแสบปวดร้อน เจ็บแปลบบริเวณบาดแผลที่ถูกสัตว์กัด ซึ่งจะพบอาการดังกล่าวได้บ่อยกว่าในกรณีที่มีค้างคาวเป็นพาหะนำโรค พบได้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเทียบกับกรณีที่มีสุนัขเป็นพาหะนำโรค พบได้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วย การให้วัคซีนหรือ immunoglobulin ในระยะนี้ของโรคจะไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าและการเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม ไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าสามารถที่จะเข้าสู่เส้นประสาทได้โดยตรงโดยไม่จำเป็นต้องผ่านการแบ่งตัวที่กล้ามเนื้อหรือผิวหนังก่อน ซึ่งจะทำให้ระยะฟักตัวของโรคสั้นลงเมื่อไวรัสเข้าสู่เซลล์ประสาทจะมีการแบ่งตัวอย่างมากมายบนผิวของเซลล์ภายในเซลล์ประสาท หลังจากนั้นจะมีการกระจายของไวรัสไปยังเซลล์ประสาทอื่นๆ โดยการส่งผ่านไปยังเซลล์ที่อยู่ติดกันโดยตรง (direct cell-to-cell transmission) หรือผ่านทางสื่อประสาท (trans-synaptic propagation) ทั้งนี้จะต้องอาศัย G protein ในการเกาะติดกับ receptor บนผิวของเซลล์ประสาท นอกจากนี้ไวรัสอาจเดินทางย้อนกลับผ่านทาง axon โดยอาศัยปฏิกริยาระหว่าง microtubule dynein light chain และ viral capsid P protein ตำแหน่งในระบบประสาทส่วนกลางที่ไวรัสชอบอยู่คือ บริเวณก้านสมอง thalamus, basal ganglia และไขสันหลัง

ลักษณะทางคลินิก

อัตราการเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในผู้ป่วยที่ถูกสุนัขบ้ากัดและไม่ได้รับการดูแลรักษาบาดแผล รวมทั้งไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคอยู่ระหว่างร้อยละ 38-57 ขึ้นกับความรุนแรงของบาดแผล ตำแหน่งที่ถูกกัดและจำนวนไวรัสในน้ำลายของสัตว์ ถ้าถูกสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดบริเวณศีรษะ ใบหน้า คอและมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบาดแผลมีเลือดออกจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเสียชีวิตสูง ระยะฟักตัวมักจะสั้น ในกรณีที่ถูกค้างคาวกัด แม้บาดแผลจะตื้นก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงเช่นกันเนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถแบ่งตัวได้ในชั้น epidermis และ dermis

ลักษณะทางคลินิกของโรคพิษสุนัขบ้าสามารถแบ่งออกได้ 5 ระยะคือ

1. ระยะฟักตัว (Incubation period) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ถูกสัตว์กัดจนกระทั่งเริ่มแสดงอาการ เป็นระยะที่ไวรัสเดินทางจากบาดแผลเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ย 1-3 เดือน โดยระยะเวลาสั้นที่สุดน้อยกว่า 7 วันและอาจนานถึง 7 ปี ผู้ป่วยที่มีระยะฟักตัวของโรคน้อยกว่า 1 สัปดาห์พบในกรณีที่ถูกสัตว์กัดในตำแหน่งที่ทำให้เชื้อสามารถเข้าสู่ระบบประสาทโดยตรง ผู้ป่วยที่มีระยะฟักตัวของโรคยาวนานพบในผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่ติดจากค้างคาวในประเทศออสเตรเลียและพบในผู้ป่วยชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ย้ายถิ่นฐานเข้าไปอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา การที่ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติการสัมผัสกับสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่สามารถแยกโรคนี้ออกไปได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีค้างคาวเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญเนื่องจากมีโอกาสสัมผัสตามธรรมชาติโดยที่ผู้ป่วยไม่ทันสังเกต

2. ระยะเริ่มแสดงอาการ (Prodrome) ระยะนี้เป็นระยะที่เชื้อไวรัสเคลื่อนตัวจากเส้นประสาทส่วนปลายไปยังปมประสาท (dorsal-root ganglion) และเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการในช่วงปลายของระยะฟักตัวและส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์นับจากเริ่มแสดงอาการ อาการของโรคในระยะนี้ไม่มีลักษณะจำเพาะและความหลากหลาย พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่มีสุนัขเป็นพาหะและพบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่มีค้างคาวเป็นพาหะ อาการแรกที่พบได้แก่ อาการเฉพาะที่บริเวณบาดแผลที่ถูกสัตว์กัดเนื่องจากการอักเสบของเส้นประสาทและปมประสาท (dorsal-root ganglion neuronitis) โดยผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อน เจ็บแปลบ (neuropathic pain) ชา หรือคัน ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการเริ่มจากบริเวณที่ถูกสัตว์กัดและลามไปยังบริเวณใกล้เคียงกับที่ถูกกัดเช่น แขนหรือขาทั้งข้างหรือบริเวณใบหน้าข้างเดียวกัน มักจะเห็นรอยถลอกจากการเกา ลักษณะอาการดังกล่าวจะจำเพาะต่อโรคพิษสุนัขบ้า มักมีอาการอยู่นาน 2-3 วัน โดยทั่วไปไม่เกิน 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ กระวนกระวายหรือซึมเศร้าในระยะนี้ของโรคด้วย

3. ระยะแสดงอาการทางระบบประสาทแบบเฉียบพลัน (Acute neurological phase) ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีการทำงานของระบบประสาทที่ผิดปกติไป แบ่งออกได้ 3 รูปแบบคือ

3.1 Encephalitic (furious) rabies พบได้ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 7 วัน (เฉลี่ยที่ 5 วัน) อาการเริ่มแรกจะสังเกตเห็นผู้ป่วยมีภาวะไวต่อสิ่งกระตุ้น (hyperactivity) มักมีไข้ต่อเนื่องมาจากระยะที่ 2 ช่วงแรกผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวดีแต่ความสนใจสั้น (short attention span) ภายใน 24 ชั่วโมงผู้ป่วยจะมีอาการสำคัญของโรคนี้ (cardinal signs) เกิดขึ้น 3 อย่างคือ

3.1.1 ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงขึ้นลง (fluctuating consciousness)

ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีช่วงเวลาที่ความรู้สึกตัวเป็นปกติสลับกับช่วงเวลาที่กระสับกระส่ายมากและซึม ต่อมาจะค่อยๆ ซึมลงและไม่รู้สึกตัวในที่สุด

3.1.2 การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง (phobic or inspiratory spasm)

ผู้ป่วยจะมีอาการกลัวน้ำ (hydrophobia) โดยจะมีลักษณะสำคัญ (pathognomonic symptoms) 3 อย่าง ได้แก่ การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (inspiratory muscle spasm) การหดเกร็งตัวบริเวณลำคอหรือหลอดเสียงที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรง (painful laryngeal or pharyngeal spasm) และความรู้สึกกลัวในการกลืน (fear of swallowing) การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดขึ้นได้โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย ตัมน้ำหรือแม้แต่ย่นน้ำให้ดื่ม โดยการหดเกร็งของกล้ามเนื้อจะเริ่มจากกล้ามเนื้อช่วยหายใจบริเวณลำคอ (accessory neck muscles) และกระบังลมตามด้วยการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอที่ใช้ในการก้มศีรษะ (neck flexion) สีหน้าผู้ป่วยมักจะแสดงความหวาดกลัวเนื่องจากการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อดังกล่าวทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเหล่านี้ได้โดยการพ่นให้ลมโบกหรือเปิดพัดลมเป่าบริเวณใบหน้าหรือลำตัวของผู้ป่วย (aerophobia) ผู้ป่วยมักจะมีน้ำลายในช่องปากจำนวนมาก ความรู้สึกสัมผัสบริเวณเพดานอ่อนหรือลำคออยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ gag reflex จะไวกว่าปกติ การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อสามารถเกิดขึ้นได้เองโดยไม่มีสิ่งมากระตุ้น (inspiratory spasm) ซึ่งจะมีความรุนแรงน้อยกว่าและเกิดขึ้นไม่บ่อยนักเมื่อผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดีอยู่ แต่ยังคงตรวจพบได้เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะซึมและไม่รู้สึกตัวซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถตรวจพบการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น (phobic spasm)

3.1.3 การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ผิดปกติ (autonomic dysfunction)

ผู้ป่วยมักจะมีน้ำลายมาก (hypersalivation) เป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้ ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนและกระสับกระส่ายอาจจะตรวจพบม่านตาขยายหรือหดเล็กชั่วคราว ขนลุกชันบริเวณใกล้เคียงกับบาดแผลที่ถูกกัดหรืออาจเป็นทั่วตัว ภาวะปอดบวมน้ำจากความผิดปกติของระบบประสาท (neurogenic pulmonary edema) เหงื่อออกมาก องคชาติแข็งตัว (priapism) หรือมีการหลั่งสุจิโดยผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ (spontaneous ejaculation)

3.2 Paralytic (dump) rabies พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า

มักสัมพันธ์กับการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าที่มีค้างคาวเป็นพาหะหรือในผู้ป่วยที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการสัมผัสเชื้อ (pre-exposure vaccination) ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าในรูปแบบนี้วินิจฉัยได้ยากมากเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมอะละเวียวายซึ่งแพทย์จะคุ้นเคยกว่า อาการแสดงทางคลินิกที่เป็นลักษณะสำคัญของโรคพิษสุนัขบ้ามักจะพบได้ในระยะท้ายของโรคและไม่ค่อยเด่นชัด อาการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเมื่อมีสิ่งมากระตุ้นพบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นเองพบได้น้อยเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งมักจะเริ่มจากแขนหรือขาข้างที่มีบาดแผลถูกสัตว์กัด ในกรณีที่ถูกสัตว์กัดบริเวณใบหน้าจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าด้านเดียวกับบาดแผล หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงทั่วร่างกาย พูดไม่ชัด กลืนลำบากและการหายใจล้มเหลวเนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในช่องปาก (bulbar muscles) และกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ พบกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง (facial diparesis) ได้ อาการของผู้ป่วยจะคล้ายคลึงกับโรค Guillain-Barré syndrome (GBS) โดยมีลักษณะที่ช่วยแยกโรคคือ ผู้ป่วยมักจะมีไข้ตลอดนับแต่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสอยู่ในเกณฑ์ปกติ (intact sensory function) ยกเว้นบริเวณบาดแผลที่ถูกกัด ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (bladder dysfunction) และตรวจพบ percussion myoedema ซึ่งสามารถตรวจได้โดยการเคาะบริเวณหน้าอก ต้นแขนหรือต้นขา จะพบว่ากล้ามเนื้อบริเวณที่เคาะบวมขึ้นมานานประมาณ 2-3 วินาทีแล้วหายไป

แม้ว่าจะตรวจไม่พบ percussion edema ใน GBS และ encephalitic form ของโรคพิษสุนัขบ้า การแปลผลการตรวจพบ percussion edema ควรทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากสามารถตรวจพบ percussion edema ได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะพอมมาก (extreme cachexia) ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ กลุ่มอาการที่มีการหลั่งฮอร์โมน antidiuretic ที่ไม่เหมาะสม (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone; SIADH) ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำและภาวะไตวาย

3.3 Non-classic rabies ทั้ง encephalitic form และ paralytic form เป็นลักษณะทางคลินิกของโรคพิษสุนัขบ้าที่พบได้บ่อย อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าอาจมีลักษณะทางคลินิกที่ต่างออกไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีค้างคาวเป็นพาหะนำโรค ซึ่งนอกจากจะพบอาการเจ็บปวดเฉพาะที่จากปมประสาทและเส้นประสาทอักเสบได้บ่อยกว่า ยังมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวตามเส้นประสาท (radicular pain) มีอาการชาและอ่อนแรง รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบ choreiform movement ของแขนหรือขาข้างที่มีบาดแผลจากสัตว์กัดในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการ นอกจากนี้ยังพบ อาการแสดงถึงความผิดปกติเฉพาะที่ของก้านสมอง (focal brainstem signs) และการกระตุกของกล้ามเนื้อ (myclonus) ได้บ่อย พบอาการอ่อนแรงหรือชาของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (hemiparesis หรือ hemianesthesia) เดินเซ (ataxia) วิงเวียนศีรษะบ้านหมุน (vertigo) หรือ Horner's syndrome พบอาการชักและประสาทหลอน (hallucination) ได้บ่อย

4. ระยะไม่รู้สึกรู้สีกตัว (Coma) ในระยะนี้การตรวจพบการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจะเป็นอาการแสดงสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยในระยะนี้ อย่างไรก็ตามในภาวะ paralytic rabies จะตรวจพบอาการแสดงนี้ได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยจะมีภาวะ หัวใจเต้นเร็ว ซึ่งในช่วงแรกจะเป็น sinus tachycardia และตามด้วย nodal rhythm ในบางรายอาจพบภาวะ supraventricular tachycardia และ ventricular tachycardia ในระยะที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ จะพบว่าการบีบตัวของหัวใจลดลงทั้งนี้อาจเป็นผลจากเชื้อไวรัสลุกลามเข้าสู่ sinus หรือ atrioventricular node และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

5. เสียชีวิต (Death) หลังจากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ไม่รู้สึกรู้สีกตัวจะตามด้วยการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยร้อยละ 30-60 ของผู้ป่วยจะมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารที่ 6-12 ชั่วโมงก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่มีประวัติการสัมผัสกับสัตว์ที่เป็นพาหะของโรคพิษสุนัขบ้าและมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรคนี้จะช่วยในการวินิจฉัยโรค อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคอาจทำได้ยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่สัตว์นำโรคเป็นค้างคาวหรือสัตว์ป่าชนิดอื่น เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีลักษณะทางคลินิกของโรคที่ต่างออกไป (atypical presentation) และไม่จำเป็นต้องมีประวัติการสัมผัสกับสัตว์ที่เป็นพาหะของโรคชัดเจน การตรวจวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตไม่พบมีลักษณะจำเพาะที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีระดับโซเดียมในเลือดต่ำ อาจเกิดจากภาวะขาดเกลือโซเดียมหรือภาวะ SIADH การตรวจน้ำไขสันหลังอาจจะปกติ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่มาด้วยลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกับโรค GBS ตรวจพบเซลล์เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลังและผลการตรวจ HIV serology เป็นลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีไข้ ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ

และปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นไม่ได้ (bladder disturbances) เกิดขึ้นในระยะแรกของโรค แพทย์ควรจะต้องคิดถึงโรคนี้ไว้ด้วย

การตรวจโดยใช้ magnetic resonance imaging (MRI) อาจจะช่วยในการวินิจฉัยโรค โดยจะพบ abnormal, ill-defined, mildly hypersignal T2 images ที่สมองส่วน brainstem, hippocampus, hypothalamus, deep และ subcortical white matter, deep และ cortical grey matter ความผิดปกตินี้พบได้ทั้งใน paralytic และ encephalitic rabies ในระยะท้ายของโรคจะตรวจพบ gadolinium enhancement และความผิดปกติที่ putamen และ globus pallidus ซึ่งความผิดปกติของสมอง 2 ส่วนนี้อาจเป็นผลจากการขาดออกซิเจน แม้ว่าความผิดปกติของ MRI ที่ตำแหน่ง thalamus และ midbrain จะเหมือนกับ ที่พบในโรคสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส Japanese B แต่จะพบลักษณะของ hypersignal T2 ที่ชัดเจนกว่าและมีเลือดออกเฉพาะที่ในโรคสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส Japanese B มากกว่าในโรคพิษสุนัขบ้าแต่จะไม่พบ hypersignal T2 ที่บริเวณ periventricular และ deep white matter เหมือนที่พบในโรคพิษสุนัขบ้า

การตรวจวินิจฉัยโรคโดยการตรวจหา rabies-virus antibody ในเซรัมโดยวิธี ELISA พบว่าให้ผลไม่ตึงนั้กโดยตรวจพบเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทำการตรวจภายในช่วง 1-26 วัน นับจากผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการ โดยทั่วไปการสร้าง rabies-virus antibody ทั้งในเซรัมและในน้ำไขสันหลังมักจะเกิดในผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดนานกว่า 8 วันซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตไปก่อนทำให้การตรวจวินิจฉัยโรคโดยการตรวจหา rabies-virus antibody ทั้งในเซรัมและน้ำไขสันหลังได้ผลไม่ตึงนั้ก โดยตรวจพบ rabies-virus antibody ในน้ำไขสันหลังเพียงร้อยละ 36 ของผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดนานกว่า 8 วันในขณะที่ตรวจไม่พบเลยในผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน 8 วันแรกนับจากผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการ การตรวจหา rabies-virus antigen ในเส้นประสาทของ hair follicle จากการตัดผิวหนังบริเวณต้นคอและแขนข้าง นำมาตรวจโดยใช้วิธี direct immunofluorescent-antibody technique พบว่ามีความไวร้อยละ 82 ถ้าทำการตัดชิ้นเนื้อตรวจภายใน 4 วันแต่จะลดลงเหลือร้อยละ 60 ถ้าทำการตรวจระหว่างวันที่ 5 ถึง 8 ของโรค อย่างไรก็ตามการตรวจโดยวิธีนี้อาจไม่เหมาะสมในทางปฏิบัติจริงเนื่องจากจำเป็นต้องใช้ cryostat สำหรับการเตรียมชิ้นเนื้อ การตรวจหา rabies-virus antigen จาก corneal และ salivary impression ได้ผลไม่แน่นอนเนื่องจาก เทคนิคการตรวจและการแปลผลแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ที่ทำการตรวจ การทำ brain biopsy จะให้ความไวในการวินิจฉัยสูงมาก อย่างไรก็ตาม ถ้าทำการตัดชิ้นเนื้อสมองบริเวณ frontotemporal ในวันแรกที่ผู้ป่วยมีอาการอาจจะให้ผลการตรวจเป็นลบได้ การตรวจหา rabies virus RNA สามารถทำได้ในเนื้อเยื่อของระบบประสาทส่วนกลาง น้ำลาย น้ำไขสันหลัง น้ำตา ผิวหนัง และปัสสาวะโดยใช้วิธี reverse transcriptase PCR หรือ nucleic acid sequence-based amplification อย่างไรก็ตามความไวในการตรวจวินิจฉัยโรคนี้อย่างต่ำอยู่ จำเป็นต้องทำการตรวจซ้ำหลายครั้งเนื่องจากเชื้อไวรัสมักจะถูกปล่อยออกมาเป็นครั้งคราว

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเสียชีวิต มีรายงานผู้ป่วยเพียง 5 รายที่รอดชีวิตซึ่งทั้งหมดได้รับวัคซีนป้องกันโรคก่อนการสัมผัสเชื้อหรือภายหลังสัมผัสเชื่อก่อนที่จะเริ่มแสดงอาการของโรค ผู้ป่วย 4 ใน 5 รายที่รอดชีวิตมีความพิการมากเนื่องจากความผิดปกติทางระบบประสาทที่หลงเหลืออยู่ (neurological sequence) จากการศึกษาการใช้ interferon- α ร่วมกันยาต้านไวรัสชนิดต่างๆ เช่น ribavirin, vidarabine, acyclovir และ inosine pronobex การใช้วัคซีน human rabies และ rabies

immunoglobulin รวมทั้ง rabies-neutralizing monoclonal antibodies การให้สเตียรอยด์ และการให้ antithymocyte globulin พบว่าไม่ได้ประโยชน์จากการรักษาดังกล่าว ดังนั้นการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นการรักษาตามอาการเท่านั้น ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบสงบเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างเพียงพอเพื่อควบคุมอาการเจ็บปวดและความกลัว ยาที่แนะนำให้ใช้คือ ketamine เนื่องจากมีฤทธิ์ระงับประสาทและแก้ปวด นอกจากนี้จากการศึกษาในหนูทดลองที่ได้รับยา ketamine ในขนาดสูงพบว่าช่วยลดการติดเชื้อในสมองหลายตำแหน่งได้แก่ hippocampus, cerebral cortex และ thalamus

การป้องกัน

การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าประกอบด้วย การดูแลบาดแผลที่ถูกสัตว์กัดหรือสัมผัสเชื้ออย่างถูกวิธี การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าและการให้วัคซีนป้องกันโรค โดยขั้นตอนที่สำคัญที่สุดคือ การดูแลบาดแผลที่ถูกสัตว์กัดหรือสัมผัสเชื้ออย่างถูกวิธีและการให้วัคซีนป้องกันโรคตามคำแนะนำสามารถลดความเสี่ยงของการเป็นโรคนี้จากการถูกสัตว์ที่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดจากร้อยละ 37-60 เหลือไม่ถึงร้อยละ 1

การดูแลบาดแผล

การดูแลบาดแผลที่ถูกสัตว์กัดหรือสัมผัสเชื้ออย่างถูกวิธีจะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อลงได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 3 ชั่วโมงหลังการสัมผัสเชื้อ การปฐมพยาบาลบาดแผลในที่เกิดเหตุควรทำการชำระล้างบาดแผลด้วยน้ำและสบู่โดยเร็วควรล้างนาน 15-20 นาที เมื่อถึงสถานพยาบาลแล้วแพทย์ควรทำการฉีดยาเฉพาะที่บริเวณบาดแผลจากนั้นจึงทำการฟอกทำความสะอาดแผลด้วยน้ำและสารละลายไอโอดีนหรือ 40-70% แอลกอฮอล์ ควรเน้นบริเวณขอบแผลและส่วนของแผลที่อยู่ลึกลงไปหลังจากนั้นให้ล้างด้วยน้ำเกลือและทำแผลไม่ควรเย็บปิดบาดแผลและพิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักและยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผลตามความเหมาะสม

การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า

การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าถือเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อพิจารณาความจำเป็นในการให้วัคซีนและ immunoglobulin แก่ผู้ป่วย ควรทำการประเมินปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ชนิดของสัตว์ที่กัดหรือสัมผัส เพื่อประเมินว่าสัตว์นั้นเป็นพาหะนำโรคพิษสุนัขบ้าได้หรือไม่
2. ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินว่าการถูกสัตว์กัดหรือทำร้ายมีเหตุฉุกเฉินที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น ไปเหยหยหรือแก้งสัตว์ก่อนหรือไม่
3. ชนิดของการสัมผัส เพื่อประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเช่น ถูกกัดหรือข่วนหรือเลีย ตำแหน่งของบาดแผล จำนวนบาดแผล ความรุนแรงและลึกของบาดแผล บริเวณผิวหนังที่มีการสัมผัสมีบาดแผลอยู่เดิมหรือไม่หรือเป็นการสัมผัสที่เยื่อหู หรือเป็นการรับเชื้อผ่านทาง การปลูกถ่ายอวัยวะหรือการสูดดมในห้องปฏิบัติการ
4. ประวัติการได้รับวัคซีนของสัตว์ที่กัดหรือสัมผัส ควรประเมินว่าสัตว์ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อนหรือไม่ สัตว์มีพฤติกรรมผิดปกติสงสัยว่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่ ในกรณีที่ยังสัตว์ได้ (เฉพาะสุนัขหรือแมว) และสัตว์มีอาการผิดปกติควรทำการควบคุมและสังเกตพฤติกรรมสัตว์นาน 10 วันว่ามีอาการผิดปกติหรือไม่ ถ้าสัตว์มีอาการผิดปกติเช่น เกรี้ยวกราด ซึม ไม่กินอาหาร ควรทำการตัดศีรษะสัตว์เพื่อตรวจสอบ

ว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่ ในกรณีที่ปศุสัตว์ปศุสัตว์ทำการตัดศีรษะสัตว์เพื่อทำการตรวจสอบเลยไม่ต้องรอสังเกตอาการ

การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบ่งออกเป็น

1. การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการสัมผัสโรค (Pre-exposure rabies prophylaxis) องค์การอนามัยโลกแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าจากการทำงานหรือกิจกรรม ได้แก่ สัตวแพทย์ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวกับไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือควบคุมดูแลสัตว์ป่า บุคคลที่ชอบเล่นหรือคลุกคลีอยู่กับสัตว์บ่อยๆ และบุคคลที่จะเดินทางเข้าไปพักอาศัยเป็นระยะเวลานานกว่า 30 วันในพื้นที่ที่เป็นแหล่งของโรคพิษสุนัขบ้าหรือที่พักอาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกลจากสถานพยาบาลหรือบุคคลที่ต้องเข้าไปทำงานในประเทศที่เป็นแหล่งของโรค โดยแนะนำให้ฉีดวัคซีน 3 ครั้งในวันที่ 0, 7 และ 21 หรือ 28 สามารถให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าในชั้นผิวหนังขึ้นกับชนิดของวัคซีนที่เลือกใช้ จะพบภูมิคุ้มกันโรคเกิดขึ้นร้อยละ 98.2 หลังฉีดวัคซีนแล้วแนะนำให้ตรวจวัดระดับ antibody เฉพาะในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเท่านั้น เช่น บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าแนะนำให้ตรวจทุก 6 เดือน สัตวแพทย์และบุคลากรที่ดูแลควบคุมสัตว์ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคพิษสุนัขบ้าสูงแนะนำให้ตรวจทุก 2 ปี ถ้าพบว่ามีระดับภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่ไม่สามารถป้องกันโรคได้ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้น (booster) 1 เข็ม ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยา chloroquine ในขณะที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเนื่องจากยาจะมีผลลดการตอบสนองของร่างกายในการสร้างภูมิคุ้มกัน

2. การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังสัมผัสโรค (Post-exposure rabies prophylaxis) องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางการให้วัคซีนโดยแบ่งตามระดับการสัมผัสเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า ดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและ rabies immunoglobulin ภายหลังสัมผัสโรค ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ระดับ	ลักษณะการสัมผัสโรค	การรักษา
1	เลี้ยงสัตว์ ให้อาหารสัตว์ จับสัตว์ สัตว์เลี้ยงที่ผิวหนังปกติ	ไม่ต้องให้การรักษา
2	ถูกกัดเป็นรอยขีด ถูกข่วนหรือรอยถลอก ที่ไม่มีเลือดออก สัตว์เลี้ยงผิวหนังที่มีบาดแผล	ให้วัคซีนแบบ post-exposure prophylaxis
3	ถูกกัดหรือถูกข่วนที่มีเลือดออกชัดเจน สัตว์เลี้ยงหรือถูกน้ำลายสัตว์บริเวณเยื่อ	ให้วัคซีนแบบ pos-texposure prophylaxis ร่วมกับ rabies immunoglobulin

(ที่มา: ดัดแปลงจาก World Health Organization. Current WHO guide rabies pre- and post-exposure treatment in humans, 2002.)

ผู้ป่วยที่มีการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าระดับ 2 และ 3 แพทย์อาจใช้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการของสัตว์นาน 10 วัน โดยยังไม่ต้องให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวัคซีนและ immunoglobulin ได้ถ้าสัตว์ที่กัดมีอายุมากกว่า 1 ปี และได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยครั้งแรกให้เมื่ออายุมากกว่า 3 เดือนและครั้งที่ 2 ให้หลังจากครั้งแรกนาน 6-12 เดือน สัตว์ได้รับวัคซีนอย่างสม่ำเสมอในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา สัตว์ได้รับการเลี้ยงดูอย่างดีมีโอกาสสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และการถูกสัตว์กัดมีเหตุจูงใจที่เหมาะสม ถ้าสัตว์มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือตายในระหว่างที่เฝ้าสังเกตอาการให้เริ่มการรักษาผู้ป่วยทันที โดยการเฝ้าติดตามอาการของสัตว์จะใช้ได้เฉพาะกับสุนัขและแมวเท่านั้น ในกรณีที่เป็นสัตว์อื่น ๆ หรือสัตว์ป่าทั่วไปควรทำการตรวจหาเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้าจากสมองสัตว์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยทุกราย ในกรณีที่แพทย์พิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรก สามารถหยุดให้การรักษาได้เมื่อเฝ้าสังเกตอาการของสัตว์ครบ 10 วัน แล้วสัตว์ไม่ตายหรือผลการตรวจสมองสัตว์ไม่พบเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อนทั้ง pre-exposure prophylaxis ภายใน 2 ปีหรือ post-exposure prophylaxis และมีการสัมผัสโรคในระดับ 2 และ 3 พิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 2 ครั้งในวันที่ 0 และ 3 โดยไม่ต้องให้ rabies immunoglobulin

วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็น inactivated virus vaccine ปัจจุบันที่แนะนำให้ใช้เป็นวัคซีนที่ผลิตจากเซลล์เพาะเลี้ยงและวัคซีนที่ผลิตโดยอาศัยไข่เป็ดหรือไข่ไก่ฟักบริสุทธิ์ มีอยู่ 4 ชนิดคือ

1. Human diploid cell rabies vaccine (HDCV) ขนาด 1 มล./dose ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
2. Purified vero cell rabies vaccine (PVRV) ขนาด 0.5 มล./dose ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
3. Purified chick embryo cell rabies vaccine (PCECV) ขนาด 1 มล./dose ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
4. Purified duck embryo rabies vaccine (PDEV) ขนาด 1 มล./dose ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

วัคซีน 3 ชนิดแรกสามารถบริหารโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular) หรือฉีดเข้าในชั้นผิวหนัง (intradermal) วัคซีนชนิดที่ 4 ควรฉีดเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้น การฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อโดยวิธีมาตรฐานจะกำหนดให้ฉีดทั้งหมด 5 ครั้งในวันที่ 0, 3, 7, 14 และวันที่ 28 หรือ 30 ตำแหน่งที่ฉีดวัคซีนควรเป็นบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขนในผู้ใหญ่หรือบริเวณกล้ามเนื้อต้นขาด้าน anterolateral ในเด็กเล็ก การฉีดวัคซีนเข้าในชั้นผิวหนังเหมาะสมในสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยมารับบริการมาก ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของวัคซีนได้มาก เนื่องจากใช้วัคซีนในปริมาณ 1 ใน 5 ของวัคซีนที่ใช้ในการฉีดเข้ากล้ามเนื้อต่อ 1 จุด วัคซีนที่ผสมแล้วควรใช้ให้หมดภายใน 8 ชั่วโมงเพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนและการเสื่อมคุณภาพของวัคซีน การฉีดวัคซีนเข้าในชั้นผิวหนังทำได้หลายวิธีที่แนะนำ คือ

1. สูตร 8-0-4-0-1-1 ใช้วัคซีนชนิด HDCV หรือ PCECV โดยให้ฉีดวัคซีน 8 จุดในวันที่ 0 ฉีดวัคซีน 4 จุดในวันที่ 7 และฉีด 1 จุดในวันที่ 28 หรือ 30 และวันที่ 90 ควรเลือกใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับ rabies immunoglobulin แต่ไม่มี immunoglobulin ในสถานพยาบาล

2. สูตร 2-2-2-0-1-1 ใช้วัคซีนชนิด HDCV, PCECV หรือ PVRV โดยให้ฉีด 2 จุดในวันที่ 0, 3 และ 7 และฉีด 1 จุดในวันที่ 28 หรือ 30 และวันที่ 90

ผลข้างเคียงที่พบได้จากการให้วัคซีน คือ อาการข้างเคียงเฉพาะที่ได้แก่ ปวด บวม แดง คันบริเวณที่ฉีดพบได้ร้อยละ 25 และอาการตามระบบเช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ ปวดท้อง และปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อพบได้ร้อยละ 25 การให้ immunoglobulin ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อาจเลือกใช้ที่ผลิตจากเซรัมของม้า (Equine rabies immunoglobulin) ในขนาด 40 IU/กก. หรือที่ผลิตจากเซรัมของมนุษย์ (Human rabies immunoglobulin) ในขนาด 20 IU/กก. ควรฉีด immunoglobulin บริเวณแผลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้ฉีด

ทั้งในและรอบแผล ส่วนที่เหลือให้ฉีดเข้าที่กล้ามเนื้อต้นขาหรือกล้ามเนื้อสะโพก การเลือกใช้ immunoglobulin ที่ผลิตจากม้าจำเป็นต้องทำการทดสอบทางผิวหนังก่อนทุกครั้งเนื่องจากมีโอกาสเกิด anaphylaxis และ serum sickness ได้ ควรเตรียม epinephrine ให้พร้อมใช้ไว้เสมอ ทางสถานเสาวภาได้กำหนดมาตรฐานของการทำ intradermal skin test สำหรับ immunoglobulin ที่ผลิตจากม้าโดยเจือจาง immunoglobulin ด้วย normal saline ในอัตราส่วน 1:100 ฉีดเข้าในชั้นผิวหนังบริเวณท้องแขนปริมาณ 0.2 มล. อ่านผลหลังทำ 10 นาที ถือว่าการทดสอบให้ผลบวกและจำเป็นต้องให้ immunoglobulin ที่ผลิตจากมนุษย์แทนเมื่อขนาดของ wheal มากกว่า 10 มม. หรือ flare มากกว่า 20 มม. โรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงมาก ประชาชนและบุคลากรทุกฝ่ายจึงควรให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค ทั้งการควบคุมประชากรสัตว์จรจัด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่สัตว์ที่เลี้ยงไว้และสัตว์จรจัด รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคแก่ประชาชน

ประเด็นของการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

กรมควบคุมโรคโดยสำนักโรคติดต่อทั่วไปได้มีการดำเนินการร่วมกับสำนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประเด็นในการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งจากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าที่ยังคงตรวจพบสุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าในหลายพื้นที่และสามารถพบได้ตลอดทั้งปี โดยโรคนี้ยังไม่มีทางรักษาให้หายได้ หากได้รับเชื้อและมีอาการแล้วผู้ป่วยจะเสียชีวิตทุกราย จึงยังคงต้องเฝ้าระวังและคิดไว้เสมอว่า “สุนัขทุกตัวอาจมีเชื้อพิษสุนัขบ้า” สุนัขหรือแมวที่ปล่อยออกมานอกบ้านทุกตัวมีสิทธิ์ติดเชื้อพิษสุนัขบ้า แม้ว่าสุนัขจะได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันแล้วก็ตาม ผู้ที่มีสัตว์เลี้ยง(สุนัขและแมว) ควรดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสัตว์เลี้ยงเนื่องจากพบว่า สัตว์เลี้ยงที่มีเจ้าของเป็นสาเหตุของโรคพิษสุนัขบ้าในคนมากกว่าสุนัขจรจัด ผู้ปกครองควรดูแลอย่าให้บุตรหลานไปเล่นหรือคลุกคลีกับสุนัขและแมว

คาถา 5 ย. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการถูกกัดหรือข่วน จำได้ง่ายๆ ดังนี้

1. อย่าเหยย ให้สุนัขโมโห โกรธ
2. อย่าเหยียบ หาง หัว ตัว ขา หรือ ทำให้สุนัขหรือสัตว์ต่างๆ ตกใจ
3. อย่าแยก สุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า
4. อย่าหยิบ ขามข้าวหรือเคลื่อนย้ายอาหารขณะที่สุนัขกำลังกินอาหาร
5. อย่ายุ่ง หรือเข้าไปใกล้กับสุนัขหรือ สัตว์ต่างๆ นอกบ้านที่ไม่มีเจ้าของ หรือไม่ทราบประวัติ

หากถูกสัตว์กัดหรือข่วนให้รีบล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่หลายๆ ครั้ง แล้วใส่ยาฆ่าเชื้อ จากนั้นไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทันที เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและควรมารับวัคซีนตามกำหนดเวลาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งเฝ้าระวังสุนัขหรือแมวที่มากัดเป็นเวลา 10 วัน หากสัตว์ตายระหว่างดูอาการ ให้แจ้งปศุสัตว์ในพื้นที่เพื่อตัดหัวสุนัขส่งตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2560)

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง โรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน โรคแผลริมอ่อน โรคซิฟิลิส เป็นต้น แต่ปัจจุบันพบว่าโรคติดต่ออีกหลายชนิดที่นอกจากจะติดต่อทางวิธีอื่นๆ แล้ว ยังสามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วย เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อเอชไอวี (ภัทรภูมิ โพธิพงษ์, 2553)

จากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงปีงบประมาณ 2556-2560 พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก 19 ต่อแสนประชากร เป็น 28.9 ต่อแสนประชากร โดยโรคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ โรคหนองใน ที่เพิ่มขึ้นจาก 10.5 ต่อแสนประชากรเป็น 15.8 ต่อแสนประชากร โดยกลุ่มที่พบว่าเป็นโรคหนองในมากที่สุดในปีงบประมาณ 2560 ได้แก่ ประชาชนในช่วงอายุ 15-24 ปี คือ 66.6 ต่อแสนประชากร และยังพบว่ากลุ่มนี้มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ (โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคซิฟิลิส โรคแผลริมอ่อน และกามโรคต่อมน้ำเหลือง) สูงเช่นกัน คือ 99.6 ต่อแสนประชากร สำหรับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ช่วงอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 2.3 และ 3.5 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายกว่าคนทั่วไป 3-5 เท่า สถานการณ์ที่บ่งบอกว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและเห็นผลกระทบตามมา คือ การพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อสูงขึ้นและมีผลถึงการพบการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (สำนักวันโรค เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2562)

โรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) ย่อมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีผลให้ร่างกายอ่อนแอเกิดการติดเชื้ออื่นๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าปกติ ขณะนี้กำลังแพร่ระบาดทั่วโลกเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่างๆ ตามมา เช่น สังคมไม่ยอมรับ เด็กกำพร้า การไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เป็นต้น และยังไม่มียาป้องกันในปัจจุบัน โรคเอดส์ถือเป็นโรคเรื้อรังที่มียารักษา ไม่ให้เชื้อเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization 2017) ได้ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่าเป็นโรคที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส ที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสประเภทต่างๆ

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค (2558) อธิบายว่า เอดส์ หรือ AIDS เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ ทำให้อาการรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค (2562) อธิบายว่าโรคเอดส์ คือ โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกายทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่ายกว่าคนปกติ จึงสรุปได้ว่า โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง โรคหนึ่ง ที่มีอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ถูกทำลาย เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำให้โลหิตขาวที่เป็นภูมิคุ้มกันลดจำนวนลงจนร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันที่เพียงพอ เกิดการติดเชื้อโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือโรคแทรกซ้อน และมะเร็ง

บางชนิด ซึ่งไม่พบหรือพบได้น้อยในคนปกติ ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการของโรคต่างๆ เช่น ปอดบวม อูจจาระร่วง มีไข้ เป็นต้น ถ้าไม่รู้วิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะทำให้ป่วยเรื้อรังและเสียชีวิตเร็วขึ้น ปัจจุบันยังไม่มียาฆ่าเชื้อหรือวัคซีนป้องกันไวรัสนี้ได้มีเพียงยาต้านไวรัสไม่ให้มีจำนวนเชื้อมากขึ้นเท่านั้น

การติดต่อ

ช่องทางการติดต่อที่สำคัญ มี 3 ช่องทางคือ

1. ทางเพศสัมพันธ์ (Heterosexual) การร่วมเพศกับผู้ป่วยโรคเอดส์หรือมีเชื้อโรคเอดส์
2. ทางเลือด (Blood Donor) โดยการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะชนิดฉีดเข้าเส้น หรือ การรับเลือดหรืออวัยวะต่างๆ
3. การติดเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์สู่ลูกที่อยู่ในครรภ์ โดยโอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อจากแม่ประมาณร้อยละ 30 ปัจจุบันมีการใช้ยา AZT โดยให้ในหญิงที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ไปจนคลอด ซึ่งสามารถช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์จากแม่ได้มากกว่าร้อยละ 50

ระยะของการติดเชื้อ HIV

ระยะที่ 1 ระยะเฉียบพลัน (Acute HIV Infection) ใน 2-3 สัปดาห์หลังการได้รับเชื้อ HIV จะมีอาการคล้ายไข้หวัด ต่อม่าน้ำเหลืองโตอาการต่างๆ เหล่านี้จะหายไปเองภายใน 1-2 สัปดาห์ โดยอาจมีอาการน้อยมากจนผู้ป่วยไม่สังเกต

ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic Infection) คนไข้จะไม่มีอาการใดเลย แต่ถ้าเจาะเลือดจะพบแอนติบอดี คือมีเลือดเอดส์บวกไปตลอดชีวิต แอนติบอดีจะเริ่มพบประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ หรืออาจเนิ่นนานไปถึง 3 เดือนก็เป็นได้ ช่วงหลังจากรับเชื้อและตรวจไม่พบแอนติบอดี (Window Period)

ระยะที่ 3 ระยะต่อมน้ำเหลืองโต (Persistent Generalized Lymphadenopathy, PGL) ระยะนี้จะเกิดนานเท่าไรหลังจากรับเชื้อยังไม่ทราบแน่ชัด โดยต้องพบต่อมน้ำเหลืองโตตั้งแต่ 2 บริเวณขึ้นไป และมีขนาดตั้งแต่ 1 ซม. นานเกินหนึ่งเดือน

ระยะที่ 4 ระยะติดเชื้อมีอาการ (Symptomatic HIV Infection) อาการสังเกตได้ ดังนี้

1. น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (ลดเกิน ร้อยละ 10.00 ของน้ำหนักเดิม)
2. เป็นไข้เกิน 38 องศาเซลเซียส เรื้อรังเกิน 4 สัปดาห์
3. ท้องเสียเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ
4. เหนื่อยออกตอนกลางคืนโดยไม่ทราบสาเหตุ
5. เชื้อราในช่องปาก
6. มีอาการทางประสาท หลงลืม
7. เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ
8. เป็นโรคเกี่ยวกับปอด
9. เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ที่พบคือ Kaposi's Sarcoma คือเป็นมะเร็งเยื่อบุหลอดเลือด

โรคหนองใน

โรคหนองในเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมากที่สุดในบรรดาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งหมด โรคหนองในแท้เกิดจากแบคทีเรียที่ชื่อว่า ไนส์ซีเรีย โกโนร์เรีย (Neisseria Gonorrhoeae) ซึ่งเป็นแบคทีเรียที่สามารถเติบโตและเพิ่มจำนวนในเยื่อเมือกบุผิวของร่างกายได้อย่างง่ายดาย อาการแสดงของโรคหนองในจะแตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง ดังนี้

เพศหญิง

- มีตกขาวผิดปกติขับออกมาจากช่องคลอด ลักษณะเป็นน้ำ หรือเส้นบางๆ สีออกเขียวหรือเหลือง หรือตกขาวมีปริมาณมากขึ้น

- ปัสสาวะแล้วรู้สึกเจ็บหรือแสบ

เพศชาย

- มีหนองสีเหลืองหรือเขียวไหลออกมาจากส่วนปลายของอวัยวะเพศ โดยอาจเกิดขึ้นหลังการมีเพศสัมพันธ์

- เจ็บหรือแสบขณะปัสสาวะ

- เกิดการอักเสบของหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ

- เจ็บ บวม หรือฟกช้ำที่ลูกอัณฑะข้างใดข้างหนึ่ง แต่พบไม่บ่อย

นอกจากนี้การติดเชื้อหนองในแท้ที่บริเวณอื่นๆ เช่น ทวารหนัก ลำคอ ดวงตา หรือข้อต่อก็ย่อมทำให้มีอาการแตกต่างกันไป ดังนี้

- การติดเชื้อที่ทวารหนักจะทำให้รู้สึกไม่สบายบริเวณนี้ เจ็บ หรือมีของเหลวขับออกมาได้

- การติดเชื้อที่ดวงตาสามารถทำให้ระคายเคือง เจ็บ บวมหรือมีของเหลวไหลจากดวงตา

- การติดเชื้อที่ข้อต่อ จะส่งผลให้ข้อต่อที่ติดเชื้อรู้สึกอุ่น บวมแดง และเจ็บมาก โดยเฉพาะเมื่อมีการเคลื่อนไหวบริเวณดังกล่าว

- การติดเชื้อที่ลำคออาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอและต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

การติดต่อ

ช่องทางการติดต่อที่สำคัญ คือ การร่วมเพศโดยตรง และการกระทำเพศสัมพันธ์โดยวิธีอื่นๆ การสัมผัสกับเชื้อโรคโดยทางอ้อม ได้แก่ มือเปื้อนเชื้อ ใช้เสื้อผ้าร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกางเกงใน นุ่งโสร่งตามหลังผู้ที่เป็นโรคเพิ่งใช้สัมนไปใหม่ๆ เหล่านี้ เป็นต้น

การวินิจฉัย

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น Gram Stain พบ gram-negative intracellular Diplococci

- การตรวจเพื่อยืนยันผล: Culture พบ Neisseria gonorrhoeae

การรักษา

การรักษาแบ่งออกได้เป็น 2 ภาวะ คือ

1. หนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Uncomplicated gonorrhea)

1.1 หนองในที่อวัยวะเพศและทวารหนัก ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว

- Ceftriaxone 400 mg กินครั้งเดียวและให้รักษาหนองในเทียมร่วมด้วย

1.2 หนองในที่ช่องคอ

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว และรักษาหนองในเทียมด้วย

1.3 หนองในเยื่อตาผู้ใหญ่

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว และรักษาหนองในเทียมด้วย

2. หนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ (Complicated gonorrhea)

การรักษาเหมือนหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 วัน หรือจนกว่าจะหายและร่วมกับให้การรักษาหนองในเทียมร่วมด้วย

โรคซิฟิลิส

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงและอันตรายสูงโรคหนึ่ง โรคซิฟิลิสสามารถเป็นได้ทุกแห่งของร่างกาย ไม่เฉพาะแต่ที่อวัยวะสืบพันธุ์เท่านั้น ผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันตามระยะที่เป็น ในทางคลินิกสามารถแบ่งโรคซิฟิลิสออกเป็น 3 ระยะ และระยะแฝงซึ่งคั่นระหว่างระยะที่ 2 กับระยะที่ 3 โดยแสดงอาการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะมีแผลที่อวัยวะเพศหรือที่ทวารหนัก ลักษณะเป็นแผลขอบแข็งไม่เจ็บ เรียกว่า Chancre อาจจะมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะมีผื่นตามลำตัว ผื่นตามฝ่ามือฝ่าเท้า อาจจะมีผื่น Condylomata lata ผื่นในช่องปาก (Mucous patch) ผื่นร่วง ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบและที่ตำแหน่งอื่นๆ โต

ระยะแฝง เป็นระยะที่ไม่ปรากฏอาการ

ระยะที่ 3 ประกอบด้วย แผลซิฟิลิสระยะที่ 3 (benign gummatous syphilis) ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis) และซิฟิลิสระบบประสาท (neurosyphilis) ซึ่งในปัจจุบันไม่พบผู้ป่วยซิฟิลิสระยะที่ 3 แล้ว แต่พบซิฟิลิสระบบประสาทได้บ้าง

การติดต่อ

โรคนี้สามารถติดต่อได้โดยทางใดทางหนึ่ง คือ

1. โดยการกับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่กำลังเป็นซิฟิลิสระยะแพร่เชื้อ คือ ระยะที่ 1 สำหรับระยะที่ 2 ถ้าสัมผัสกับน้ำเหลืองที่ผื่นผิวหนัง (ออกดอก) ก็ติดโรคได้เช่นกัน
2. เป็นมาแต่กำเนิด นั่นคือ เมื่อหญิงที่กำลังตั้งครรภ์เป็นซิฟิลิส ก็สามารถแพร่เชื้อมาให้ทารกในครรภ์โดยผ่านทางรก

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยซิฟิลิสทำได้โดยการตรวจหาเชื้อ T. Pallidum จากแผล Chancre ในซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือจากผื่น condylomata lata และ mucous patch ในซิฟิลิสระยะที่ 2 โดยใช้การส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ Dark field microscope ซึ่งการตรวจพบเชื้อ T. Pallidum นี้ถือว่าเป็น definitive diagnosis

หากผู้ป่วยไม่มีแผลหรือผื่นชนิดที่กล่าวมา การวินิจฉัยซิฟิลิสทำได้โดยการตรวจเลือดร่วมกับอาการทางคลินิกอื่นๆ เช่น มีผื่นตามลำตัว มีผื่นตามฝ่ามือฝ่าเท้า เป็นต้น หากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงใดๆ แต่สงสัยว่าจะเป็นซิฟิลิส การใช้วินิจฉัยในการตรวจเลือดร่วมกับการซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยซิฟิลิสต้องใช้ treponemal test หาก treponemal test ให้ผลบวก ให้วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส

(Presumptive diagnosis) ส่วน nontreponemal test ที่ให้ผลบวก ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นซิฟิลิส ต้องยืนยันด้วย treponemal test เสมอ

การรักษา

1. ซิฟิลิสช่วงต้น (Early syphilis) ได้แก่ ซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) ซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) และซิฟิลิสระยะแฝงไม่เกิน 1 ปี (early latent syphilis)
 - Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)
 - ติดตามและรักษาผู้ป่วยสัมผัสพันธ์แม่ไม่มีอาการและผลเลือดเป็นลบ
2. ซิฟิลิสช่วงปลาย (Late syphilis) ได้แก่ ซิฟิลิสระยะแฝงเกิด 1 ปี (Late latent syphilis)
3. แผลซิฟิลิสระยะที่ 3 (Late benign gummatous syphilis) ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis)
 - Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ติดต่อกัน (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)
 - ให้การรักษาผู้ป่วยสัมผัสพันธ์หากมีผลเลือดผิดปกติ

โรคแผลริมอ่อน

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Haemophilus Ducreyi* อาการแสดง คือ มีแผลเจ็บบริเวณอวัยวะเพศ ในเพศชายมักพบที่บริเวณหนังหุ้มปลายองคชาต ในเพศหญิงมักพบที่ปากช่องคลอด แคมเล็ก รอยต่อแคมเล็ก บริเวณช่องคลอด และปากมดลูก อาการจะเริ่มจากการมีตุ่มนูนแดงและเจ็บ หลังจากนั้นแตกเป็นแผล ก้นแผลมีหนอง ขอบแผลนูนไม่แข็ง รอบๆ แผลมีอาการอักเสบมาก แผลเล็กๆ จะรวมกันเป็นแผลใหญ่ ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบจะโต กดเจ็บ บางคนแตกเป็นหนอง

การติดต่อ

การติดต่อเกิดจากการสัมผัสกับของเหลวจากบาดแผลโดยตรง ซึ่งอาจเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง โดยเฉพาะการสัมผัสเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ทุกรูปแบบ ทั้งการร่วมเพศทางปาก ทางทวารหนัก หรือการมีเพศสัมพันธ์แบบชายหญิง มีระยะฟักตัวของโรคประมาณ 1 วันถึง 2 สัปดาห์

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับโรคแผลริมอ่อนจะต้องตรวจดูแผลที่เกิดบริเวณอวัยวะเพศอย่างละเอียด ตรวจต่อน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบและขาหนีบไปตรวจ ด้วยการนำไปย้อมกับ Unna-pappenheim หรือ Gram Stain พบ gram-negative short rod bacilli เรียงตัว เห็นเป็นลักษณะ School of fish

การรักษา

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
- Ciprofloxacin 500 mg วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารนาน 3 วัน
- Erythromycin 500 mg วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารนาน 7-14 วัน
- Azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว

โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง

โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่พบได้ทั้งชนิดเรื้อรังและเฉียบพลัน เริ่มด้วยมีตุ่มหนองที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ต่อมาแตกเป็นแผลเล็กๆ ที่ขอบเรียบ สะอาด ไม่เจ็บ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบอักเสบ บวมโต เป็นหนอง มีการอักเสบรอบๆ ต่อมน้ำเหลือง ร่วมด้วยการมีไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดตามข้อ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อาจมีอาการปวดในท้อง ม้ามโต และทำให้เกิดการอักเสบที่ทวารหนัก การตีบตันของช่องทวารหนัก รวมทั้งการบวมของอวัยวะเพศ ระยะของโรคมักนานและทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่สะดวกแต่ไม่ทำให้ถึงแก่ชีวิต

การติดต่อ

เชื้อโรคจะเข้าสู่ร่างกายโดยการสัมผัสทางเพศสัมพันธ์ หรือสัมผัสกับหนองจากบาดแผลของผู้เป็นโรค เชื้อจะมีแหล่งรังโรคอยู่ในคน โดยเฉพาะเพศหญิงเป็นแหล่งรังโรคที่มักไม่แสดงอาการ โดยมากมีระยะฟักตัวประมาณ 7-12 วัน บางครั้งอาจนานเป็นเดือน ส่วนระยะการติดต่อจะเป็นได้หลายอาทิตย์จนนานหลายปีตราบเท่าที่เชื้อยังอยู่ในแผล

การวินิจฉัย

วินิจฉัยอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ร่วมกับมีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนการตรวจยืนยันสามารถทำได้โดยการส่งตรวจหาเชื้อ *Chlamydia trachomatis* serovars L1, L2, L3

การรักษา

การรักษาโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร 21 วัน
- Erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร 21 วัน

ประเด็นการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้กำหนดแนวคิดในการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ตามแนวคิด “Sex รอบคอบต่อ OK : เรื่องเท่ ๆ กับรักของเรา” โดยมีประเด็นการสื่อสารที่สำคัญ ดังนี้

1. ไม่พร้อมให้ Say No เมื่อคุณ OK ให้ Say yes
2. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
3. ป้องกันคุณ ป้องกันคู่ จะเป็นคู่ไม่ประมาท
4. ใช้ถุงยางอนามัยถือว่ารับผิดชอบต่อตนเองและคู่

โดยประเด็นการสื่อสารดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ ประชาชนเกิดการรับรู้ว่าการสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งประชาชนรับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เลือด และจากแม่สู่ลูก จึงทำให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

4. โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่นับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนในระยะแรก ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแต่กลับไม่ทราบว่าตนมีภาวะนี้ จึงไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา จนส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดที่สูงไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย จากลักษณะของโรคดังที่กล่าวมาข้างต้น โรคนี้จึงได้รับการขนานนามว่า “เพชฌฆาตเงียบ” (World Hypertension League, 2012)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็พบว่ามี 1 คนใน 3 คนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และยังมีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงสูงถึง 1.56 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีมีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้เกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2011 ; World Health Organization, 2013)

สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนันโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ. 2556 – 2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 – 2560 เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) นอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปีพ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9) (สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, 2561) แม้ว่าอัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูงจะไม่สูงมากนัก แต่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคอื่นที่นำไปสู่การตายได้สูงเช่น โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวาย และหลอดเลือดสมอง

จากสถานการณ์และความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงดังที่ได้นำเสนอข้างต้น ทำให้สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ประเด็นเรื่องภาวะความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญในการวางแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระดับชาติระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยกำหนดตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ว่าจะต้องลดอัตราการความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงให้ได้ร้อยละ 20 ภายในปี พ.ศ. 2564

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท ซึ่งตัวเลขดังกล่าวให้ใช้กับผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 80 ปีขึ้นไป ระดับความดันซิสโตลิกที่ไม่เกิน 150 มม.ปรอท ถือว่ายอมรับได้

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม. ปรอท แต่ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) น้อยกว่า 90 มม.ปรอท

โรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ประเภทของความดันโลหิต	SBP (มม. ปรอท)		DBP (มม. ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Grade 1 Hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade 2 Hypertension(moderated)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade 3 Hypertension (severe)	≥ 189	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension(ISH)	≥ 140	และ	< 90

หมายเหตุ SBP = Systolic blood pressure; DBP = Diastolic blood pressure

(ที่มา: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่อย่างไรก็ตามคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด และมีการประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการวินิจฉัยรักษาและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่ส่งผลให้เกิดแรงดันเลือดสูง โดยส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของต่อมหมวกไตหรือระบบประสาท ความผิดปกติของฮอร์โมนโรคของต่อมไร้ท่อร่วมกับโรคครรภ์เป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะ และยาหรือสารเคมี เป็นต้น ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดทราบนี้เมื่อได้รับการรักษาที่สาเหตุ ระดับฮอร์โมนจะลดลงเป็นปกติและรักษาให้หายขาดได้

อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายอาจจะไม่มีอาการแสดงใดๆ แต่สามารถพบอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้

1. สมอง ความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาและแข็งตัวภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบรูของหลอดเลือดแดงแคบลง ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้มากกว่าบุคคลปกติ

นอกจากนี้ยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังเซลล์สมองทำให้เซลล์สมองบวม ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้ความทรงจำลดลงและอาจรุนแรงเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายได้ถึงร้อยละ 50 และมีผลทำให้ผู้ที่รอดชีวิตเกิดความพิการตามมา

2. หัวใจ ระดับความดันโลหิตที่สูงเรื้อรังจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น ปริมาณเลือดเลี้ยงหัวใจลดลงหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักขึ้นต้องบีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อดันแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อให้สามารถต้านกับแรงต้านทานที่เพิ่มมากขึ้นและมีการขยายตัวทำให้เพิ่มความหนาของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy) หากยังไม่ได้รับการรักษาเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวได้อีกจะทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพเกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้

3. ไต ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาและแข็งตัว ส่งผลให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสื่อมจากการไหลเวียนของปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลงและทำให้เกิดการคั่งของเลือดเสีย ไตเสื่อมสภาพและเสียหายที่ จนเกิดภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิตได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 เสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย

4. ตา ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงและเรื้อรังจะทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดที่ตาหนาตัวขึ้น ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาตีบลง การที่หลอดเลือดตีบลงทำให้มีอาการต้อกระจกเฉพาะที่อาจมีเลือดออกที่จอตา ทำให้มีการบวมของจอภาพ หรือจอประสาทตาบวม ทำให้การมองเห็นลดลงมีจุดบอดบางจุดที่ลานสายตา ตามัวและมีโอกาสตาบอดได้

5. หลอดเลือดในร่างกาย ความดันโลหิตสูงจากแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายที่เพิ่มขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้นหรืออาจเกิดจากการมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดหนาและตีบแคบ ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง หัวใจ ไต และตาลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะดังกล่าวตามมา ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย เป็นต้น

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ได้ในระยะยาวถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่า BMI ตั้งแต่ 18.5-22.9 กก./ม.² และ WC อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 ซม. และผู้หญิงน้อยกว่า 80 ซม. ในกรณีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนแนะนำให้ลดน้ำหนัก โดยการลดน้ำหนักลงร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวขึ้นไปจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด

1.2 การออกกำลังกาย ควรแนะนำให้ออกกำลังกายที่ความหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อสุขภาพที่ดี โดยในแต่ละวันอาจจะแบ่งการออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาดังนี้ ครั้งละ 10 นาทีวันละ 3 ครั้ง และควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉง ลดพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ เพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัว

การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักตัวและลดความเสี่ยงในการเกิด CVD ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน สามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบดังนี้

1.2.1 ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 - อายุในหน่วยปี) หรือ ยังสามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื่องได้ (Self-talk test) รวมเป็นระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที

1.2.2 ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 70-85 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที หรือครั้งละ 10 นาที เป็นระยะเวลาารวมกันอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ตัวอย่างการออกกำลังกายที่มีความหนักมาก เช่น การออกกำลังกายต่อเนื่องในโรงยิม การปั่นจักรยานแบบฝืดอยู่กับที่

การออกกำลังกายแบบตะวันออก เช่น ชีกง ไทเก๊ก หรือโยคะเป็นทางเลือกหนึ่งในการแนะนำผู้ป่วย พบว่าอาจสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยังสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานได้อีกด้วย แต่ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก เนื่องจากอาจจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยกเว้นในกรณีที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเป็นปกติแล้ว

การออกกำลังกายร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการควบคุมน้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ โดยการออกกำลังกายเพื่อรักษาน้ำหนักให้คงที่ ทำได้โดยการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงมากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 7 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยที่มีภาวะใดภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

- ก. SBP $\geq$ 180 มม.ปรอท หรือ DBP $\geq$ 110 มม.ปรอท
- ข. เจ็บหน้าอกหรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกายเล็กน้อยหรือขณะพัก
- ค. มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- ง. มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ
- จ. โรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
- ฉ. มีภาวะเจ็บปวดเฉียบพลันอื่นๆ
- ช. ผู้สูงอายุ

1.3 การจำกัดโซเดียมในอาหาร การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./วัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยเกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2,000 มก. น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 320-455 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 492 มก.

1.4 การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับ ผักดิบประมาณ 2 ทัพพีหรือผักสุก 1 ทัพพี) ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับ ผลไม้หั่นพอดีคำประมาณ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้เป็นผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล หรือเป็นผลไม้ขนาดเล็ก 2-4 ผล หรือปริมาณผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองกาแฟได้พอดี 1 จาน) นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน ซึ่งรูปแบบอาหารดังกล่าวจะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหารในปริมาณสูง ซึ่งช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิตจากการลดโซเดียมในอาหาร

การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณให้มากขึ้น ถือเป็นพฤติกรรมการบริโภคที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีผลป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ โดยมีการศึกษาพบว่า การรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.5 การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรจำกัดปริมาณ ดังนี้ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ได้แก่

- ก. เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 มล.
- ข. เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มล.
- ค. น้ำขาว อุ กระแช่ 10% ปริมาณ 3 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 150 มล.
- ง. สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6% ปริมาณ 4 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 200 มล.
- จ. เบียร์ 5% ปริมาณ 240 มล.
- ฉ. เบียร์ 6% ปริมาณ 1/2 กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่
- ช. ไวน์ 12% ปริมาณ 100 มล.

1.6 การหยุดบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญต่อการลดความดันโลหิต เนื่องจากนิโคตินและสารคาร์บอนมอนนอกไซด์ไปกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มขึ้นของชีพจร ส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจ และทำให้มีการใช้ออกซิเจนในการกล้ามเนื้อหัวใจมากยิ่งขึ้น

1.7 ความเครียด การจัดการกับความเครียดเป็นวิธีการหนึ่งในการควบคุมและลดความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การควบคุมและจัดการกับความเครียดได้ดี จะช่วยลดระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต
ลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI > 25 กก./ม ²	ทุกๆ น้ำหนักที่ลดลง 1 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 1 มม.ปรอท โดยการลดน้ำหนัก 10 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 5-20 มม.ปรอท
การรับประทานอาหารแบบ DASH	SBP ลดลง 8-14 มม.ปรอท
การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มก.ต่อวัน	SBP ลดลง 2-8 มม.ปรอท
การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ	SBP ลดลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท DBP ลดลงเฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท
การลดการดื่มแอลกอฮอล์	SBP ลดลง 2-4 มม.ปรอท

หมายเหตุ BMI = body mass index; SBP = Systolic blood pressure; DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension; DBP = Diastolic blood pressure

ที่มา : สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเน้นการปรับเปลี่ยนในระยะยาว โดยสิ่งสำคัญในกระบวนการดังกล่าว คือ การให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ และเป็นรูปธรรมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายตามความเหมาะสม

2. การรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต

ก่อนการรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิตควรประเมินความเสี่ยงโดยรวมของผู้ป่วยต่อการเสียชีวิตจาก CVD ใน 10 ปีข้างหน้าก่อน และวางแผนการรักษา ผู้ป่วยทุกรายตามคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้การรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การให้ยาควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโดยรวมต่อการเสียชีวิตจาก CVD สูงและสูงมาก ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ควรเริ่มให้ยาถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท หลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือนและในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางหรือปานกลางถึงสูง ควรเริ่มให้ยาถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท หลังจากให้คำแนะนำไปแล้ว 1 สัปดาห์

ประเด็นการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) ได้กำหนด คำขวัญในการรณรงค์เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงว่า

“Know Your Numbers”

กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้กำหนด คำขวัญเพื่อการรณรงค์ในวันความดันโลหิตสูงโลก ให้สอดคล้องกับคำขวัญของสมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก ในข้อความภาษาไทย คือ

“ท่านทราบระดับความดันโลหิตของท่านหรือไม่”

ประเด็นหลักในการสื่อสารดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อนำให้ประชาชนทราบค่าความดันโลหิตของตนเอง เนื่องจากสถิติทั่วโลกแสดงให้เห็นว่าในบรรดาผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ทราบค่าระดับความดันโลหิตของตนเอง และมีประชากรเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561)

จากสถิติดังกล่าวการดำเนินการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงควรมุ่งเน้นเพื่อให้ ประชาชนทุกคนเกิดการตื่นตัวในการตรวจวัดความดันโลหิตของตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และประชาชนทุกคนต้องรู้ค่าตัวเลขความดันโลหิตและความหมายของตัวเลขค่าความดันโลหิตของตน

2. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยมาเพื่อใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประกอบด้วยแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาพลักษณ์องค์กร โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร

การสื่อสาร (Communication) เป็นพฤติกรรมพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างบุคคลในระดับต่างๆ ในสังคม มีทั้งระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับประเทศ การสื่อสารถือว่าเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อมนุษย์ การสื่อสารเป็นพฤติกรรมที่เป็นพื้นฐานของกิจกรรมทุกประเภทในสังคม การสื่อสารช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและเกิดความสัมพันธ์ที่ดีในสังคม

ราชบัณฑิตยสถาน, 2545 ได้ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่า คือ วิธีการในการนำถ้อยคำ ข้อความ หรือหนังสือ จากบุคคลหนึ่งหรือสถานที่หนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งหรือสถานที่หนึ่ง ขณะที่วิลเบอร์ ชรัมม์ อธิบายถึงการสื่อสารไปในแนวทางเดียวกันว่า การสื่อสารเป็นการแลกเปลี่ยนสัญญาณข่าวสาร ระหว่างบุคคล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ของมนุษย์ (Schramm, 1973) ส่วนจอร์จ เกร็บเนอร์ (George Gerbner) ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสัญญา โดยอธิบายว่าการสื่อสาร คือ การแสดงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) ด้วยการใช้สัญลักษณ์และระบบสาร (message system) จากคำนิยามดังกล่าวข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการในการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างบุคคล โดยใช้ภาษาหรือสัญลักษณ์

องค์ประกอบของการสื่อสาร

กระบวนการถ่ายทอดสารของมนุษย์โดยทั่วไปประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ คือ

1. ผู้ส่งสาร หรือผู้เข้ารหัส (sender / encoder)
2. ผู้รับสาร หรือ ผู้ถอดรหัส (receiver / decoder)
3. สาร (message)
4. ช่องทางการสื่อสาร (channel)

แนวคิดทฤษฎีการเปิดรับข่าวสาร (Media Exposure)

มนุษย์ใช้ข่าวสารเป็นเครื่องมือในการสนทนาในชีวิตประจำวันและเป็นเครื่องมือในการวางแผนประกอบการตัดสินใจ ข่าวสารจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่เป็นสังคมข้อมูลข่าวสาร การเปิดรับข่าวสาร ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสื่อสาร นักวิชาการอธิบายความหมายของการเปิดรับข่าวสารว่าหมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ข้อมูล ถ้าบุคคลมีการรับรู้ข้อมูลหรือที่มีการเปิดรับข่าวสารมาก บุคคลก็จะมีหูตากว้างไกลมาก มีความรู้มาก มีความเข้าใจในสภาพแวดล้อม และเป็นคนทันต่อเหตุการณ์มากกว่าบุคคลอื่นๆ ที่รับข้อมูลน้อยกว่า (Atkin, 1973) ซึ่งนักวิชาการบางท่านอธิบายถึงการเปิดรับข่าวสารอย่างย่อๆ ว่า หมายถึง ความถี่ในการรับข้อมูลจากสื่อต่างๆ

จากความหมายของการเปิดรับข่าวสารข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเปิดรับข่าวสารถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ โดยเฉพาะการตัดสินใจ ความต้องการในการเปิดรับข่าวสารของมนุษย์จะมากขึ้น ถ้ามนุษย์จำเป็นที่จะต้องตัดสินใจหรือมีความไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยธรรมชาติแล้วบุคคลไม่สามารถจะรับข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ทั้งหมดได้ แต่จะต้องเลือกรับเพียงบางส่วนที่ตรงกับความสนใจหรือที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งความต้องการดังกล่าวเกิดจากปัจจัยพื้นฐานหลักๆ ดังนี้ (McCombs and Becker, 1997)

1. เพื่อต้องการรู้เหตุการณ์ (Surveillance) บุคคลจะติดตามความเคลื่อนไหวและสังเกตการณ์สิ่งต่างๆ รอบตัว เพื่อที่จะได้รู้ทันเหตุการณ์ ทันสมัยและรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรรู้
2. เพื่อต้องการช่วยตัดสินใจ (Decision) บุคคลต้องการข่าวสารเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การเปิดรับข่าวสารทำให้บุคคลสามารถกำหนดความเห็นของตนต่อสภาวะหรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัวได้
3. เพื่อพูดคุยสนทนา (Discussion) การเปิดรับข่าวสารทำให้บุคคลมีข้อมูลที่จะนำไปใช้พูดคุยกับคนอื่นได้
4. เพื่อความต้องการมีส่วนร่วม (Participation) เพื่อรับรู้และมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ความเป็นไปต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมและรอบๆ ตัว

การเปิดรับข่าวสารมีลักษณะเป็นกระบวนการ นักวิชาการอธิบายว่า กระบวนการเปิดรับข่าวสารดังกล่าวประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ (Klapper, 1960)

1. การเลือกเปิดรับ (Selective Exposure) เป็นขั้นแรกในการเลือกช่องทางการสื่อสาร บุคคลจะเลือกเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งสารที่มีอยู่ด้วยกันหลายแหล่ง เช่น การเลือกซื้อหนังสือพิมพ์ฉบับใดฉบับหนึ่ง เลือกเปิดวิทยุกระจายเสียงสถานีใดสถานีหนึ่งตามความสนใจและความต้องการของตน อีกทั้งทักษะและความชำนาญในการรับรู้ข่าวสารของคนเรานั้นก็ต่างกัน บางคนคนที่ฟังมากกว่าอ่าน ก็จะชอบฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์มากกว่าอ่านหนังสือ เป็นต้น
2. การเลือกให้ความสนใจ (Selective Attention) ผู้เปิดรับข่าวสารมีแนวโน้มที่จะเลือกสนใจข่าวจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง โดยมักเลือกตามความคิดเห็น ความสนใจของตน เพื่อสนับสนุน ทศนคติเดิมที่มีอยู่และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจหรือทศนคติเดิมที่มีอยู่แล้ว เพื่อไม่ให้เกิดภาวะทางจิตใจที่ไม่สมดุลหรือมีความไม่สบายใจ ที่เรียกว่า ความไม่สอดคล้องทางด้านความเข้าใจ (Cognitive Dissonance)
3. การเลือกรับรู้และตีความหมาย (Selective Perception and Interpretation) เมื่อบุคคลเปิดรับข้อมูลข่าวสารแล้ว ก็คาดว่าจะรับรู้ข่าวสารทั้งหมดตามเจตนารมณ์ของผู้ส่งสารเสมอไปเพราะคนเรามักเลือกรับรู้และตีความหมายสารแตกต่างกันไปตามความสนใจ ทศนคติ ประสบการณ์ ความเชื่อ ความต้องการ ความคาดหวัง แรงจูงใจ สภาวะทางร่างกาย หรือสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ดังนั้นแต่ละคนอาจตีความเฉพาะข่าวสารที่สอดคล้องกับลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าว นอกจากจะทำให้ข่าวสารบางส่วนถูกตัดทิ้งไป ยังมีการบิดเบือนข่าวสารให้มีทิศทางเป็นที่น่าสนใจของแต่ละบุคคลด้วย
4. การเลือกจดจำ (Selective Retention) บุคคลจะเลือกจดจำข่าวสารในส่วนที่ตรงกับ ความสนใจ ความต้องการ ทศนคติ ฯลฯ ของตนเอง และมักจะลืมหรือไม่นำไปถ่ายทอดต่อในส่วนที่ตนเองไม่สนใจ ไม่เห็นด้วยหรือเรื่องที่ขัดแย้งค่านึกกับความคิดของตนเอง ข่าวสารที่คนเราเลือกจดจำไว้นั้น มักมีเนื้อหา

ที่จะช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ ค่านิยม หรือความเชื่อของแต่ละคนที่มีอยู่เดิม ให้มีความมั่นคงชัดเจนยิ่งขึ้นและเปลี่ยนแปลงยากขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ในโอกาสต่อไป ส่วนหนึ่งอาจนำไปใช้เมื่อเกิดความรู้สึกขัดแย้งและมีสิ่งที่ไม่สบายใจขึ้น

กระบวนการเปิดรับข่าวสารดังกล่าวข้างต้นทำหน้าที่เสมือนกลไกในการกรองข่าวสารให้ตรงกับความรู้หรือความต้องการของตน จากกระบวนการดังกล่าวจะแสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลจะเปิดรับข่าวสารอะไรก็ตามจะต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน ซึ่งการที่ข่าวสารจะเข้าสู่การรับรู้ของบุคคลได้หรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ดังนี้ (ขวัญเรือน กิตติวัฒน์, 2531)

1. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตวิทยาส่วนบุคคล มีแนวคิดที่ว่าคนเราแต่ละคนมีความแตกต่างเฉพาะตัวบุคคลอย่างมากในด้านโครงสร้างทางจิตวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน การดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไม่เหมือนกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญา ความคิด ทศนคติ ตลอดจนกระบวนการของการรับรู้ การสนใจ

2. ปัจจัยด้านสภาพความสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากคนเรามักจะยึดติดกับกลุ่มสังคมที่ตนสังกัดอยู่เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference Group) ในการตัดสินใจที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมใดๆ ก็ตาม นั่นคือ มักจะคล้อยตามกลุ่มในแง่ความคิด ทศนคติ และพฤติกรรมเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

3. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมนอกระบบการสื่อสาร เชื่อว่าลักษณะต่างๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ทำให้เกิดความคล้อยคลึงของการเปิดรับเนื้อหาของการสื่อสารรวมถึงการตอบสนองต่อเนื้อหาดังกล่าวไม่แตกต่างกันด้วย

นอกจากปัจจัยทั้ง 3 ที่ได้แสดงข้างต้นแล้ว นักวิชาการการสื่อสารยังได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกเปิดรับข่าวสารของบุคคลให้ละเอียดมากขึ้น ประกอบไปด้วยปัจจัยสำคัญ 8 ปัจจัย ดังนี้ (Hunt, Todd and Ruben Brent D., 1993)

1. ความต้องการ (Need) ปัจจัยที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งในกระบวนการเลือกของมนุษย์ คือ ความต้องการ ความต้องการทุกอย่างของมนุษย์ทั้งทางกายและทางใจ ทั้งความต้องการระดับสูงและความต้องการระดับต่ำ ย่อมเป็นตัวกำหนดการเลือกของเรา เราเลือกตอบสนองความต้องการของเราเพื่อให้ได้ข่าวสารที่ต้องการ เพื่อแสดงรสนิยม เพื่อการยอมรับในสังคม เพื่อความพอใจ ฯลฯ

2. ทศนคติและค่านิยม (Attitude and Values) ทศนคติ คือความชอบและมีใจโน้มเอียง (Preference and Predisposition) ต่อเรื่องต่างๆ ส่วนค่านิยมคือหลักพื้นฐานที่เรายึดถือ เป็นความรู้สึกที่ว่าเราควรจะทำหรือไม่ควรทำอะไรในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและคนซึ่งทศนคติและค่านิยมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกข่าวสาร การเลือกตีความหมายและการเลือกจดจำ

3. เป้าหมาย (Goal) มนุษย์ทุกคนมีเป้าหมาย มนุษย์ทุกคนกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องอาชีพ การเข้าสมาคม การพักผ่อน เป้าหมายของกิจกรรมต่างๆ ที่เรากำหนดขึ้นนี้จะมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกข่าวสาร การเลือกตีความหมาย และการเลือกจดจำเพื่อสนองเป้าหมายของตน

4. ความสามารถ (Capability) ความสามารถของเราเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมทั้งความสามารถด้านภาษามีอิทธิพลต่อเราในการที่จะเลือกรับข่าวสาร เลือกตีความหมาย และเลือกเก็บเนื้อหาของข่าวนั้นไว้

5. การใช้ประโยชน์ (Utility) กล่าวโดยทั่วไปแล้ว เราจะให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการที่จะเข้าใจ และจดจำข่าวสารที่เราสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

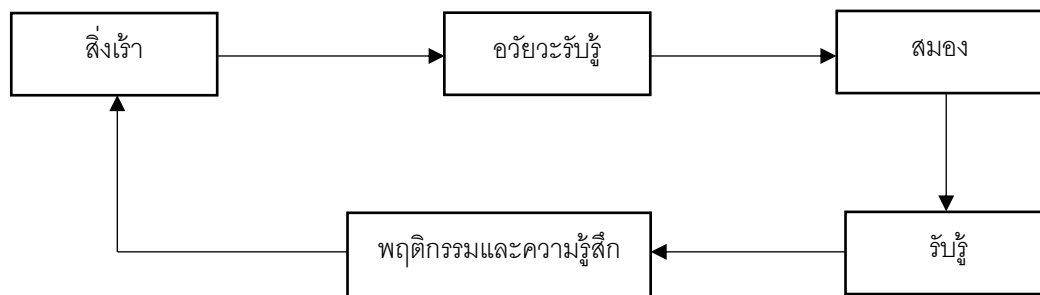
6. สไตล์ในการสื่อสาร (Communication style) การรับรู้สารของเรานั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสไตล์ในการสื่อสารของเรา คือ ความชอบหรือไม่ชอบสื่อบางประเภท ดังนั้นบางคนจึงชอบฟังวิทยุ บางคนชอบดูโทรทัศน์ บางคนชอบอ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ

7. สถานะ (Context) หมายถึง สถานที่ บุคคล และเวลาที่อยู่ในสถานการณ์การสื่อสารสิ่งต่างๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเลือกของผู้รับสาร การมีคนอื่นอยู่ด้วย มีอิทธิพลตรงต่อการเลือกใช้สื่อและข่าวสาร การเลือกตีความหมายและเลือกจดจำข่าวสาร การที่เราต้องถูกมองว่าเป็นอย่างไร การที่เราคิดว่าคนอื่นมองเราอย่างไร เราเชื่อว่าคนอื่นคาดหวังอะไรจากเรา และการที่คิดว่าคนอื่นคิดว่าเราอยู่ในสถานการณ์อะไร ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเลือกของเรา

8. ประสบการณ์และนิสัย (Experience and Habit) ในฐานะของผู้รับสาร ผู้รับสารแต่ละคนพัฒนานิสัยการรับสารอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการรับข่าวสารของเรา เราพัฒนาความชอบสื่อชนิดใดชนิดหนึ่ง รายการประเภทใดประเภทหนึ่ง ดังนั้นเราจึงเลือกใช้สื่อชนิดใดชนิดหนึ่ง สนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตีความหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง และเลือกจดจำเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

แนวคิดเรื่องการรับรู้ (Perception)

การรับรู้เป็นพฤติกรรมพื้นฐานตามธรรมชาติของมนุษย์ โดยการรับรู้จะเริ่มจากอวัยวะสำหรับรับรู้หรือที่เรียกว่า ประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู ปาก จมูก และกายสัมผัส การกระตุ้นจากสิ่งเร้าจะถูกส่งต่อมายังสมองเพื่อแปลความหมาย และเกิดเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยการตอบสนองจะอยู่ในรูปของพฤติกรรมและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้า



ภาพที่ 1 กระบวนการรับรู้

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้พบนักวิจัยที่ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

Garrison, K.C., & Magoon, R. (1972). ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความ หรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ทำให้บุคคลทราบว่สิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร โดยอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

Gilmer (1970) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการของการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ และแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ได้โดยใช้อวัยวะสัมผัส

ปรมะ สตะเวคิน (2540) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการตีความสิ่งที่เราพบเห็น ในสิ่งแวดล้อม ส่วนความหมาย (Meaning) คือ สิ่งที่เกิดจากกระบวนการตีความหรือการรับรู้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เราจะมี ความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างไรย่อมขึ้นอยู่กับ การที่เรารับรู้ (Perceive) หรือตีความ (Interpret) สิ่งนั้นอย่างไร ในการรับรู้และตีความหมายสิ่งที่เราพบเห็น เรากระทำโดยอาศัยประสบการณ์ของเรา ประสบการณ์ของเรามีอิทธิพลต่อการรับรู้ และความหมายของเราต่อสิ่งที่เราพบเห็น ประสบการณ์ คือ สิ่งที่เรารับรู้ พบเห็นมีความหมายและจดจำไว้ใช้ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ภาษา ความรู้ สถานะทางสังคม ทักษะ บุคลิก ลักษณะ ศาสนาวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี อาชีพ ความต้องการ อารมณ์ เป็นต้น เรารับรู้และตีความหมายสิ่งที่เราประสบ โดยอาศัยความหมายจากประสบการณ์ที่เราเคยอยู่หากสิ่งที่เราพบเห็น เป็นสิ่งใหม่ ซึ่งเราไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เราก็ทำในสิ่งนั้น มีความหมายได้ด้วยการเลือก (Select) เพิ่มเติม (Add) บิดเบือน (Distort) หรือโยง (Relate) สิ่งนั้นให้เป็นประสบการณ์ของเรา ดังได้กล่าวแล้วว่า ประสบการณ์ (Experience) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ (Perception) และความหมาย (Meaning) ของคน แต่เนื่องจากแต่ละคน มีประสบการณ์ที่แตกต่างกันไม่มีใครที่จะมีประสบการณ์เหมือนกันทั้งหมด ดังนั้นแต่ละคนจึงมีประสบการณ์ ที่แตกต่างกันไม่มีใครที่จะมีประสบการณ์เหมือนกันทั้งหมด ดังนั้นแต่ละคนจึงมีการรับรู้และการแปลความหมาย ต่อสิ่งที่เราพบเห็นแตกต่างกันไป การรับรู้เป็นขั้นตอนแรกของการมีพฤติกรรม แต่การรับรู้เป็นเพียงตัวแปรหนึ่ง เท่านั้นในการเกิดพฤติกรรมยังมีตัวแปรอื่นๆ อีกมากมายที่มีส่วนในการเกิดพฤติกรรม เช่น ทักษะ บทบาทและความคาดหวังในบทบาท แรงจูงใจ ฯลฯ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการรับรู้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมในแง่ที่ว่า ถ้าบุคคลรับรู้ถูกต้องแม่นยำ การแสดงพฤติกรรมก็จะออกไปในรูปหนึ่ง นั่นคือการรับรู้มีส่วนทำให้บุคคลแสดง พฤติกรรมแตกต่างกัน

อรุณชาติ วงษ์ทับทิม (2547) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง การตีความแปลความหมาย จากสิ่งแวดล้อม สิ่งเร้าโดยสมองและเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้เกิดความจำ ความคิด หรือ การเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการในการรับรู้ เป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกจากการมองเห็น การได้ยิน การอ่าน และการตีความเกี่ยวกับปัจจัยหรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระตุ้นประสาทสัมผัสของบุคคลและ มีผลทำให้เกิดการตอบสนองในแบบของการกระทำหรือความนึกคิด

สุนา บุญหลาย (2550) ได้อธิบายว่าบุคคลรู้สึกในสิ่งเร้าต่างๆ เท่ากับว่า ความรู้สึกนั้นได้ส่งข้อมูล ดิบ (Row data) เข้าสู่ประสาททั้ง 5 จากนั้นจะเกิดการตีความในข้อมูลดิบเหล่านั้นแล้ว จึงเกิดการรับรู้หรือ จินตภาพ (Perception) ขึ้น ดังนั้นกระบวนการรับรู้จึงเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของการคัดเลือก (Selection) การจัดระเบียบ (Organization) และการตีความ (Interpretation) ข้อมูลต่างๆ ของบุคคล บุคคลหนึ่ง

วลีรัตน์ ใจสูงเนิน (2551) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่ผ่านการตีความ จากการจัดระเบียบข้อมูลต่างๆ หรือการรับรู้ คือกระบวนการจัดรวบรวมและตีความข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาหรือ อาจกล่าวอย่างง่ายที่สุดว่า การรับรู้ คือการตีความของข้อมูลจากการรู้สึกหรือจากสิ่งเร้าต่างๆ ที่ได้สัมผัส เพื่อสร้าง ประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกัน ไม่มีบุคคลใด ที่มีการรับรู้เหมือนกับบุคคลอื่นเลยทีเดียว เพราะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่รับรู้ก็จะประมวลสิ่งที่ได้รับรู้นั้น ขึ้นมาเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การรับรู้ของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยจำนวนมาก เช่น ประสบการณ์เดิม สถานการณ์ ความต้องการและหน้าที่รับผิดชอบ เพศ อาชีพ อายุ ระดับการศึกษา ความสนใจ โดยสามารถจัดกลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ดังนี้

1. ปัจจัยทางกายภาพของการรับรู้ ได้แก่ ระบบประสาทสัมผัส เช่น ตา หู จมูก เป็นต้น
2. ปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพของผู้รับรู้ ได้แก่ เจตคติ อารมณ์ ค่านิยม ความต้องการ ความสนใจ ความพอใจ ความรู้ และประสบการณ์ เป็นต้น
3. ปัจจัยทางด้านสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ลักษณะของสิ่งเร้า ความแตกต่างของสิ่งเร้า เช่น ความเข้มของสิ่งเร้า ความชัดเจนของสิ่งเร้า หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นๆ

นอกจากปัจจัยทั้ง 3 ดังที่ได้เสนอข้างต้นแล้ว นักจิตวิทยายังได้เสนอปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของมนุษย์ในอีกด้านหนึ่ง ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้รับรู้ สามารถแบ่งออกได้เป็นอีก 2 ด้านย่อย ได้แก่
 - 1.1 ด้านกายภาพ หมายถึง อวัยวะสัมผัส ถ้าอวัยวะสัมผัสดีก็จะทำการรับรู้ได้ดี ถ้ามีความบกพร่องที่อวัยวะสัมผัสจะทำให้เกิดการรับรู้ได้ไม่เต็มที่
 - 1.2 ด้านสติปัญญา หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เช่น ความจำ อารมณ์ ความพร้อม ความละเอียดรอบคอบในการสังเกต เป็นต้น
2. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่
 - 2.1 ความรู้เดิม หมายถึง กระบวนการรับรู้เมื่อเกิดการรับสัมผัสแล้ว ต้องแปลงเป็นสิ่งที่ความหมายโดยอาศัยความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เราจะต้องรับรู้ หากการรับรู้เดิมเป็นไปอย่างถูกต้องการรับรู้ครั้งใหม่ก็จะถูกต้อง ถ้าไม่มีการรับรู้เดิม หรือการรับรู้เดิมมีความคลาดเคลื่อน การรับรู้ครั้งใหม่ก็อาจจะผิดหรือคลาดเคลื่อนตามไปด้วย
 - 2.2 ลักษณะของสิ่งเร้า หมายถึง คุณสมบัติซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่使人สนใจที่จะรับรู้ หรืออาจจะทำให้การรับรู้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เช่น ความคล้ายคลึง ความต่อเนื่องของสิ่งเร้า สภาพพื้นฐานของการรับรู้ เป็นต้น

การรับรู้เป็นขั้นตอนแรกของการมีพฤติกรรม ความสำคัญของการรับรู้ก็คือ หากบุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสารถูกต้องแม่นยำการแสดงพฤติกรรมก็จะออกไปในรูปแบบหนึ่ง แต่หากมีการรับรู้ไม่ถูกต้องแม่นยำจะทำให้การแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบหนึ่ง นั่นก็คือ การรับรู้มีส่วนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การรับรู้ (Perception) คือ กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์ ที่ประกอบด้วย ความจำ ความคิด และประสบการณ์ทางความคิด โดยได้ผ่านกระบวนการรับและเลือกข่าวสาร คือ กระบวนการคัดเลือก (Selection) การรวบรวมเรียบเรียงข้อมูลข่าวสาร (Organization) และการแปลความหมาย (Interpretation) โดยข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับด้วยอวัยวะสัมผัสของร่างกายกับสภาพแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าออกมาในรูปของความรู้สึก และส่งความรู้สึกนี้ไปยังสมองเพื่อตีความ โดยอาศัยประสบการณ์เป็นตัวช่วยในการตีความและแปลความหมาย ทำให้บุคคลทราบถึงสิ่งเร้าหรือสภาพแวดล้อมที่สัมผัสนั้นคืออะไร มีความหมายว่าอย่างไร มีลักษณะอย่างไร ซึ่งเป็นการทำให้เกิดการรับรู้และส่งผลต่อการแสดงออก

ของพฤติกรรม ต่อจากนั้นสมองจะจดจำและบันทึกเรื่องราวดังกล่าวกลายเป็นประสบการณ์ และมีการตีความ และการแปลความหมายของความรู้สึกนึกคิดให้เกิดเป็นการรับรู้ในครั้งต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาด้านการรับรู้

ชัชริภรณ์ เวฬุวนารักษ์ (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ แรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการป้องกันโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1-29 กุมภาพันธ์ 2543 จำนวน 400 คน พบว่า ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ด้านอาการของโรค ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ด้านความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และด้านความคาดหวังประสิทธิผลการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกันโรค ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเอดส์ ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการป้องกันโรคเอดส์ด้านเพศสัมพันธ์ และด้านการใช้ยาเสพติด

นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมา และด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6.2 โดยที่การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยจะเกิดตามมาจากความเจ็บป่วยสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5.0 จากผลการศึกษาพบว่ามีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาจากความเจ็บป่วย (consequences) และด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (control/cure) ที่สามารถรวมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6.2 โดยการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาจากความเจ็บป่วย (consequences) สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5.0 โดยจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษา ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิดหรือเข้าใจในด้านนี้ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบร้ายแรงตามมา จะทำให้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาสั้นลง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Walsh ที่พบว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านนี้สูงจะใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาสั้นลง เนื่องจากการรับรู้ทำให้เกิดความกลัวซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญให้กลุ่มตัวอย่างรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

วลีรัตน์ ใจสูงเนิน (2551) ศึกษาการรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน โดยทำการศึกษาในประชาชนผู้มีสิทธิดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 392 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรแต่ละตำบล การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ หน้า และการประชาสัมพันธ์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางประการของประชาชนยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ดังกล่าวให้มากขึ้น เพื่อลดความเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อนของผู้รับบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องและการร้องเรียนปัญหาเนื่องจากการรับบริการ

ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับประโยชน์สูงสุด

สนอง คล้าฉิม (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง กับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและด้านการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันหลีกเลี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการป้องกัน หลีกเลี่ยง แต่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ณัฐนรี ไชยภักดี (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาคูณลักษณะทางประชากร ที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กับกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่อาศัย ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 200 คน จากผลการศึกษาพบว่า ระดับรายได้ ที่แตกต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก ไม่แตกต่างกัน การเลือกเปิดรับรูปแบบข่าวสารที่แตกต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความถี่ในการเปิดรับข่าวสาร จะมีความรู้เกี่ยวกับ โครงการ 7 สี ปันรักให้โลก ไม่แตกต่างกัน ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกแตกต่างกัน จะมีทัศนคติต่อโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกไม่แตกต่างกัน ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีต่อโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกอย่างมีนัยสำคัญ

สุพิดา เย็นโสภา (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 678 คนที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2552 ผลการวิจัยพบว่า ค่านิยมต่อสุขภาพ การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค และแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี จำนวน 188 คน อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 52.7 ไม่มาใช้บริการร้อยละ 47.3 มีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยเอื้อด้านระยะทางจากบ้านไปศูนย์สุขภาพชุมชน

รัตนา เกียรติเผ่า (2558) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ จำนวน 50 คน ด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยโปรแกรมประกอบไปด้วย 6 กิจกรรมได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องกลุ่มอาการอ้วนลงพุง 2) การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง 3) การส่งเสริมสมรรถนะและทักษะด้านการออกกำลังกาย 4) การบันทึกน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และรอบเอว 5) การใช้บุคคลต้นแบบเชิงบวก 6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า 4 เดือนหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักและรอบเอว ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังใช้โปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2559) ศึกษาการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 240 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมน้ำหนัก การจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมน้ำหนัก

สุจิตต์ แสนมงคล (2559) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก จังหวัดภูเก็ต ในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 450 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ความรู้การรับรู้ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 51.5

ยุพารัตน์ อดกลั่น และคณะ (2559) ได้ศึกษาการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดูกพรุนของประชาชนในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ข่าวสาร ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากสื่ออื่นๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ อาสาสมัครสาธารณสุข และเสียงตามสายในชุมชน เป็นต้น รองลงมาคือ วิทยุโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับต่ำ ทั้งในเรื่องอาหาร การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย โดยมีความรู้ในเรื่องสาเหตุ โรคกระดูกพรุน และการป้องกันโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับต่ำมาก การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดูกพรุนนั้น ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคกระดูกพรุน มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรด้านอาชีพ ปัจจัยด้านความรู้ มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรคือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการมีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน ปัจจัยด้านการปฏิบัติตน มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากร คือ อาชีพ และการมีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน การศึกษานี้พบว่าการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของประชากรสูงอายุไม่มีความแตกต่างกัน แต่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลป้องกันตนเองเกี่ยวกับภาวะโรคกระดูกพรุนมีปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ รายได้และประชากรที่อาศัยอยู่ในบ้านเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้นในการวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนโดยใช้กระบวนการด้านการสื่อสารจึงควรวางแผนและหาแนวทางที่เหมาะสมในการกระจายข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทดังกล่าว

2.2 ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (Knowledge)

ความรู้ (Knowledge)

Bloom (1971) ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องต่างๆ ไป กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของตน โดยเน้นความจำ ประสบการณ์ และการระลึกเหตุการณ์

Good C. V. (1973) กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลควรจะต้องรู้เรื่อง เกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริง หรือข้อมูลต่างๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่างๆ ด้วย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถในเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากการประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติ องค์กรวิชาแต่ละสาขา

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533 ได้ให้ความหมาย ความรู้ไว้ว่า เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองสิ่งเร้า แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ ที่ผสมผสานระหว่างความจำกับสภาพจิต ด้วยเหตุนี้ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ได้ และผลกระทบที่ผู้รับสารอาจปรากฏได้จากสาเหตุ 5 ประการ คือ

1) การตอบข้อสงสัย (Ambiguity Resolution) การสื่อสารมักจะสร้างความสับสนให้กับผู้รับสาร จึงมีการหาสารสนเทศ โดยการอาศัยสื่อทั้งหลาย เพื่อตอบข้อสงสัย และความสับสนของตน

2) การสร้างทัศนคติ (Attitude Formation) ผลกระทบเชิงความรู้ต่อการปลูกฝังทัศนะนั้นส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นวัฒนธรรม เพื่อสร้างทัศนคติให้คนยอมรับการเผยแพร่วัฒนธรรมนั้นๆ

3) การกำหนดวาระ (Attitude Setting) เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่สื่อกระจายออกไปเพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย ตระหนัก และผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับกลุ่มเป้าหมายและค่านิยมของสังคมแล้ว กลุ่มเป้าหมายก็จะเลือกสารสนเทศนั้น

4) การพอกพูนระบบความเชื่อ (Expansion of Belief System) การสื่อสารมักจะกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ด้านต่างๆ ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบระบบความเชื่อถือหลากหลาย และลึกซึ้งไว้ในความเชื่อของตนมากขึ้นไปเรื่อยๆ

5) การรู้แจ้งต่อค่านิยม (Value Clarification) ความแย้งในเรื่องค่านิยม และอุดมการณ์เป็นภาวะปกติของสังคม การนำเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านี้ย่อมทำให้ เข้าใจถึงค่านิยมชัดเจนขึ้น

โดยทั่วไป สามารถจำแนกความรู้ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความรู้โดยนัย (Tacit Knowledge) หมายถึง ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล เกิดจากการเรียนรู้จนกลายเป็นทักษะความสามารถส่วนบุคคลหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้สะสมมาและฝังรากลึกอยู่ในความคิด ความเชื่อ มุมมอง ค่านิยม เจตคติของแต่ละบุคคล ความรู้ประเภทนี้เป็นความรู้ที่ถ่ายทอดกันได้ยากเนื่องจากมีลักษณะเป็นนามธรรม

2) ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) หมายถึง ความรู้ที่ถูกบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือบันทึกไว้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น หนังสือ บทความ คู่มือ สิทธิบัตร มาตรฐานในการทำงาน เป็นต้น ความรู้ชัดแจ้งถือเป็นความรู้ที่ถ่ายทอดกันได้ง่ายผ่านภาษา โดยมีรูปแบบของการจัดระบบบันทึกข้อมูลไว้ในสื่อรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโสตทัศน์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

นอกเหนือจากการแยกความรู้เป็น 2 ประเภทข้างต้นแล้ว นักวิชาการการศึกษายังได้แบ่งระดับของความรู้ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ Bloom (1971)

1) ระดับที่ระลึกได้ (Recall) เป็นระดับความสามารถในการดึงข้อมูลออกมาจากความจำได้

2) ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) เป็นระดับที่สามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความด้วยถ้อยคำของตนเอง แสดงให้เห็นได้ด้วยภาพให้ความหมายแปลความ และเปรียบเทียบความคิดอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

3) ระดับการนำไปใช้ (Application) สามารถนำเอาข้อเท็จจริง และความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปแบบ

4) ระดับของการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถให้ความคิดในรูปของการนำความคิดมาแยกส่วนเป็นประเภท หรือการนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อปฏิบัติของตนเอง

5) ระดับของการสังเคราะห์ (Synthesis) คือการนำข้อมูล และแนวความคิดมาประกอบกันแล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ต่างจากเดิม

6) ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือ สามารถใช้ข้อมูลเพื่อตั้งเกณฑ์การรวบรวมผล และวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ตั้งข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

สรุปได้ว่าความรู้ คือ ความสามารถด้านสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกโดยการจำเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ซึ่งความรู้มีความสำคัญต่อการเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นภายหลังการรับรู้ โดยแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 6 ระดับ จากง่ายสู่สิ่งที่ซับซ้อน และจากรูปร่างนามธรรม ซึ่งความรู้นั้นเป็นประโยชน์และสามารถใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดทัศนคติที่ดี และส่งต่อไปถึงพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้

ดาวรุ่ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร (2553) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลบ่อขวาง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และการได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุมีผลต่อการใช้ยาของ อสม. โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. ได้ร้อยละ 29

สุพิดา เย็นโสภา (2553) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก โดยศึกษาปัจจัยตัวแปร ได้แก่ ค่านิยมต่อสุขภาพ การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โดยพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งปัจจัยที่มีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมากที่สุดคือ อิทธิพลของครอบครัว

มุกดา สอนประเทศ (2554) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ตำบลกุดตุ้ม อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และแนะนำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินงานเชิงรุกเพิ่มขึ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ได้แก่ การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน เช่น อสม. ในการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน เป็นต้น

เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอมืองจังหวัดชุมพร โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอมืองกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 367 คน พบว่าปัจจัยเสริมด้านความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ภัสราวลี ศิตสาร และคณะ (2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จำนวน 302 คน พบว่าปัจจัยด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น เพศ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วม ประวัติการดื่มสุรา และการที่มีบุคคลดูแลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

วัชรินทร์ เงินทอง และคณะ (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย โดยศึกษาระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย จำนวน 403 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และถดถอยพหุคูณ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัยอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัยคือ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และเจตคติการออกกำลังกาย โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ เจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

สุทัสสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองพบว่าสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อช่วยสกัดกั้นการเกิดโรค และสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ชุมชน และบุคคลในครอบครัวสามารถดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

รัฐกรณ์ ติระพงษ์ศักดิ์ (2558) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการใช้จักรยานกับพฤติกรรมการใช้จักรยาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมใจ จางวาง (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความหมายและความสำคัญของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ (satisfaction) เป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน จึงเป็นการยากที่จะวัดความพึงพอใจโดยตรง แต่สามารถวัดได้โดยทางอ้อม โดยการวัดความคิดเห็นของบุคคลเหล่านั้น และการแสดง

ความคิดเห็นนั้นจะต้องตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงจึงสามารถวัดความพึงพอใจนั้นได้ พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2545 กล่าวว่า “พึง” เป็นคำช่วยกริยาอื่น หมายความว่า “ควร” เช่น พึงใจ หมายความว่า พอใจ ชอบใจ และคำว่า “พอ” หมายความว่า เท่าที่ต้องการ เต็มความต้องการ ถูก ชอบ เมื่อนำคำสองคำมาผสมกัน “พึงพอใจ” จะหมายถึง ชอบใจ ถูกใจตามที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับ Wolman (1973 อ้างใน ภาณุชาติปัญญา, 2541) กล่าวถึง ความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกที่ได้รับความสำเร็จตามมุ่งหวังและความต้องการจากการศึกษาค้นคว้างานเอกสารและแนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ และมีผู้วิจัยหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Chaplin (1968) อธิบายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของผู้รับบริการต่อสถานประกอบการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้น ๆ

Good (1973) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง คุณภาพ สภาพหรือระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นผลจากความสนใจต่างๆ และทัศนคติของบุคคลที่มีต่องาน

Morse (1985) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า ความรู้สึกที่ปราศจากความเครียด ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้นมีความต้องการ ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองทั้งหมดหรือบางส่วน ความเครียดก็จะน้อยลง ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นและในทางกลับกัน ถ้าความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง ความเครียดและความไม่พึงพอใจก็จะเกิดขึ้น

Wolman (1973) ให้ความหมายของความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก (Feeling) มีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการหรือตามแรงจูงใจ

Vroom (1964) กล่าวว่า ทัศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสามารถใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้หมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้นและทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความไม่พึงพอใจ

Millet (1954) กล่าวว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการของหน่วยงานภาครัฐนั้น โดยได้สรุปประเด็นว่า เป้าหมายที่เป็นที่นิยมมากที่สุดที่ผู้ปฏิบัติต้องยึดถือไว้เสมอในหลักการ 5 ประการ คือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable Service) หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐที่มีฐานของความคิดว่าทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในทุกแง่มุมของกฎหมายไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน

2. การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely Service) หมายถึง ในการให้บริการจะต้องมองว่าการให้บริการจะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิภาพเลย ถ้าไม่มีการตรงเวลาซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) หมายถึง การให้บริการจะต้องมีลักษณะที่มีจำนวนการให้บริการและสถานที่ที่ให้บริการอย่างเหมาะสม ความเสมอภาคหรือการตรงเวลาจะไม่มี ความหมาย ถ้ามีจำนวนการให้บริการที่ไม่เพียงพอและสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) คือ การให้บริการที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณชนเป็นหลักไม่ใช่ยึดตามความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) คือ การให้บริการที่มีการปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงาน กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

จากความหมายของความพึงพอใจที่มีผู้ให้ไว้ตามกล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือมีความชื่นชอบพอใจต่อการที่บุคคลอื่นกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งตอบสนองความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ปรารถนาให้กระทำในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับในสิ่งที่ต้องการซึ่ง หมายถึง การบริการที่ดี ความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ใช้บริการได้รับตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง แต่ทั้งนี้ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันหรือมีความพึงพอใจมากน้อยขึ้นอยู่กับค่านิยมของแต่ละบุคคลและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจตลอดจนสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งอาจสามารถทำให้ระดับความพึงพอใจแตกต่างกันได้

จิราพร วีระหงส์ (2548) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบและกระบวนการให้บริการของกรุงเทพมหานคร และให้แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งในเชิงการประเมินค่า ซึ่งจะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจนี้เกี่ยวข้องกับสัมพันธกับทัศนคติอย่างแยกกันไม่ออก สำหรับแนวความคิดเกี่ยวกับทัศนคตินั้นค่อนข้างจะมีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวางในองค์ประกอบด้านต่างๆ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะทางความรู้สึก หรืออารมณ์ของบุคคล องค์ประกอบทางความรู้สึกนี้มี 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ชอบ พอใจ เห็นใจ และความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ไม่ชอบ ไม่พอใจ เป็นต้น
2. องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive Component) คือ การที่สมองของบุคคลรับรู้ และวินิจฉัยข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับเกิดความรู้ ความคิดเกี่ยวกับวัตถุบุคคล องค์ประกอบทางความคิดเกี่ยวข้องกับการพิจารณาที่มาของทัศนคติออกมาว่าถูกหรือผิดดีหรือไม่ดี
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior Component) เป็นความพร้อมที่จะกระทำหรือพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่มาของทัศนคติ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

การศึกษาเพื่อการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคนั้นจำเป็นต้องศึกษาถึงความพึงพอใจของประชาชนต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากหน่วยงานดังกล่าว โดยอาศัยการศึกษาถึงแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจเพื่อนำมาปรับใช้ในการประเมินการรับรู้ ซึ่งแนวคิดทฤษฎีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ ทฤษฎีของมาสโลว์

ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's theory motivation) มาสโลว์ได้เสนอทฤษฎีลำดับขั้นตอนของความต้องการ (need-hierarchy theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีการจูงใจที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่ามนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการมีลำดับขั้นตามลำดับความสำคัญ ซึ่งลำดับขั้นความต้องการมี ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (physiology needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานและจำเป็นที่สุดสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นความต้องการได้รับการตอบสนองก่อนความต้องการอื่นๆ ความต้องการด้านนี้ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย ฯลฯ

2. ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) เมื่อความต้องการด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะเกิดความต้องการความปลอดภัย เป็นความรู้สึกที่ต้องการความมั่นคง ปลอดภัย การได้รับความคุ้มครอง การได้อยู่ในสังคมที่เป็นระเบียบ มีกฎหมายที่จะช่วยคุ้มครอง ให้พ้นภัยอันตรายต่างๆ

3. ความต้องการการเป็นเจ้าของ (love and belongingness needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกัน การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม

4. ความต้องการได้รับการยกย่อง (esteem needs) ต้องการได้รับการยกย่องเคารพนับถือจากคนในสังคม รวมถึงความเชื่อมั่นในตนเอง ความสำเร็จ ความสามารถ ความเป็นอิสระและเสรีภาพ

5. ความต้องการได้รับความสำเร็จตามความนึกคิด (the needs for self-actualization) เมื่อความต้องการทั้ง 4 ชั้น ข้างต้นได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์จะเกิดความต้องการอยากจะเป็นในสิ่งที่ตนอยากเป็น แต่ก็เป็นการยากลำบากที่จะบรรลุถึงความต้องการขั้นนี้ได้

Kippax and Murray (1980) ได้ศึกษาเรื่องการใช้สื่อและความพึงพอใจพร้อมทั้งได้ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของการรับรู้ในคุณประโยชน์ของสื่อ โดยศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการใช้สื่อกับความพึงพอใจและการใช้สื่อกับการรับรู้ในคุณประโยชน์ของสื่อ ผลการศึกษา มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นตัวกำหนดการใช้สื่อและการรับรู้ในคุณประโยชน์ของสื่อ โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวกับอายุปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก คือ ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป จะเลือกใช้สื่อเพราะคำนึงถึงความสำคัญของสื่อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย คือ ตั้งแต่ 9-11 ปี และกลุ่มที่มีอายุน้อยจะใช้สื่อเพื่อความบันเทิง แต่กลุ่มที่มีอายุมากจะใช้สื่อเพราะสนใจที่จะรับรู้เกี่ยวกับสังคมและความต้องการของตนเอง เป็นต้น

2. คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะเลือกใช้สื่อมากประเภท มากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ

3. จากประเภทของสื่อที่ทำการศึกษา โทรทัศน์จะถูกเลือกใช้เป็นอันดับ 1 เพราะกลุ่มเป้าหมายเห็นว่าเป็นสื่อที่มีประโยชน์โดยให้ข้อมูลต่างๆ ที่เขาสนใจ เช่น เกี่ยวกับโลกและเหตุการณ์ภายในประเทศรวมทั้งให้ความบันเทิงได้ด้วย หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ ภาพยนตร์ จะถูกเลือกใช้เป็นอันดับรองลงมาตามเหตุผลของการเลือกใช้

4. กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีการเลือกใช้สื่ออย่างมีจุดมุ่งหมายและเข้าใจถึงประโยชน์ของสื่อ

เฮอซเบิร์ก (Herzberg, 1993) ได้นำเสนอทฤษฎีปัจจัยจูงใจ - ปัจจัยค้ำจุน (motivation-maintenance theory) ทฤษฎีดังกล่าวเป็นทฤษฎีการจูงใจที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย จากนักบริหารทฤษฎีของเขาเรียกหลายชื่อ เช่น ทฤษฎีปัจจัยสององค์ประกอบ (dual factor theory) ทฤษฎีปัจจัยกระตุ้น-ปัจจัยค้ำจุน (motivation-hygiene theory) หรือทฤษฎีองค์ประกอบคู่ (two-factor theory)

ทฤษฎีดังกล่าวเกิดจากการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานพบว่า มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีและไม่ดีของผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยจูงใจ (motivator factors) และปัจจัยกระตุ้น (hygiene factors) ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ทัศนคติในทางบวกเพราะทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กับเรื่องของการงานโดยตรงนั่นคือความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จตามความนึกคิดของตนเองคือเป้าหมายสูงสุดของมนุษย์ ส่วนปัจจัยค้ำจุนเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจ

ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นภาวะแวดล้อมหรือเป็นส่วนประกอบของงาน ปัจจัยนี้อาจจะนำไปสู่ความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งผลการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการทำงานของพนักงาน

ทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ (The Uses and Gratifications Theory)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าข่าวสารจากสื่อมีได้มีอิทธิพลกับผู้รับสารเสมอไป ผู้รับสารต่างหากที่เป็นตัวกำหนดอิทธิพลของข่าวสาร ถ้าผู้รับสารไม่แสวงหา ไม่เปิดรับข่าวสารหรือไม่ใช้ประโยชน์จากข่าวสารข่าวสารนั้นก็ไม่มีผลอะไรกับผู้รับสาร ข่าวสารนั้นจะมีอิทธิพลหรือมีผลก็ต่อเมื่อผู้รับสารเปิดรับหรือใช้ข่าวสารนั้นเพื่อสนองความพึงพอใจของตน เช่น เพื่อเป็นคนทันสมัย เพื่อความรู้หรือเพื่อความบันเทิง โดยผู้รับสารมิใช่ผู้ถูกป้อนข่าวสาร หรือเฉื่อยชาคอยแต่รับข่าวสาร (Passive Audience) เท่านั้น แต่เป็นผู้มีความกระตือรือร้น (Active Audience) มีบทบาทในการแสวงหา หลีกเลี้ยง หรือทำการเลือกสรรที่จะเปิดรับข่าวสารต่างๆ ตามความพึงพอใจของตนเอง (พีระ จิระโสภณ, 2544)

ทฤษฎีนี้ยังตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าบุคคลจะเลือกใช้สื่อแตกต่างกันเพื่อสนองความต้องการและความพึงพอใจของตน การเลือกใช้สื่อหรือช่องทางการสื่อสารใดเป็นพฤติกรรมที่ถูกชักจูงใจให้เชื่อว่าสื่อนั้นจะทำหน้าที่ได้ตามที่ผู้ใช้สื่อแต่ละคนต้องการ งานวิจัยที่ศึกษาถึงหน้าที่ของสื่อสารจึงให้ความสนใจต่อแรงจูงใจของผู้รับสารในการใช้สื่อหรือการเลือกเนื้อหาของสื่อ นอกจากนั้น พฤติกรรม的开รับสื่อของบุคคลเกิดขึ้นเพื่อสนองความต้องการอันเกิดจากพื้นฐานด้านจิตใจของบุคคลนั้นๆ และประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับจากสถานการณ์ทางสังคมของเขาแม้ว่าการใช้สื่อนั้นจะไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับความต้องการทุกๆ ด้านของมนุษย์ แต่อาจมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการข้อมูลข่าวสารบางอย่าง หรือเพื่อชดเชยบางสิ่งที่ขาดหายไปและหาไม่ได้ในขณะนั้น

พฤติกรรมการรับสารของมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบโต้ต่อความต้องการของมนุษย์เองที่จะรักษารูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือเมื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาระบบชีวิตของตนเองอยู่ได้อย่างปกติ ดังนั้นทฤษฎีการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจจากสื่อนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้สื่อหรือผู้รับสารนั่นเอง

อย่างไรก็ตามในการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจที่ได้รับจากสื่อนั้น ผู้รับสารจำเป็นต้องมีความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งจากสื่อก่อน จึงจะมีการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจนั้นได้ แคทซ์ (Katz et al., 1974) ได้แบ่งกลุ่มความต้องการดังนี้

1. Cognitive Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อเพื่อจะได้รับข่าวสาร ความรู้ และความเข้าใจในตัวบุคคล เหตุการณ์ หรือสิ่งต่างๆ
2. Affective Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อมวลชนเพื่อจะได้รับ ความพึงพอใจหรือได้รับประสบการณ์ทางอารมณ์ รวมทั้งในเรื่องของความสวยงามหรือศิลปะต่างๆ
3. Personal Integrative Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อเพื่อจะได้รับ ความเชื่อถือความมั่นใจ ความมั่นคง และสถานภาพอันเป็นที่ยอมรับ
4. Social Integrative Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อเพื่อจะได้รับ ความเชื่อถือ ความมั่นใจ ความมั่นคง และสถานภาพอันเป็นที่ยอมรับกับครอบครัว และในสังคมกลุ่มเพื่อน
5. Escape Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อเพื่อหลีกหนีจากสภาพความเป็นจริงชั่วขณะ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อภิชัย มงคล (2545) ได้ศึกษาความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ และศึกษาพฤติกรรมการรับส่งข่าวสารของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ สถานบริการทุกระดับใน 33 จังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการฯ จากการศึกษาพบว่า 92.2% ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ผู้ป่วย 36.2% มีความมั่นใจว่าตนเองจะดีขึ้นในระดับมาก และ 79.3% เห็นว่าตนได้รับคำแนะนำอย่างเพียงพอในเรื่องการใช้จ่ายและการปฏิบัติตัวตามลำดับการได้รับ ในส่วนของพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่า ส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารประจำทางโทรทัศน์ คิดเป็น 68.7 % จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและเห็นว่ตนได้รับคำแนะนำอย่างเพียงพอในเรื่องการใช้จ่ายและการปฏิบัติตัว ซึ่งสะท้อนว่าโครงการประสบความสำเร็จในด้านการพัฒนางานบริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่สิ่งที่ต้องปรับปรุง คือ การเพิ่มการเข้าถึงเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหาทุกขใจ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำทางโทรทัศน์จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ควรพิจารณาใช้ประโยชน์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากยิ่งขึ้น

จักรธรา ยืนยงสุวรรณ (2557) ได้ศึกษาทัศนคติ การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจที่มีต่อเว็บไซต์เพื่อการสื่อสารศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประชากร คือ ผู้เข้าใช้เว็บไซต์ศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติ และมีความพึงพอใจระดับมากต่อเว็บไซต์เพื่อการสื่อสารศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้ประโยชน์เว็บไซต์เพื่อการสื่อสารศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติในระดับมากอีกด้วย

จริยา ปันทังกูร (2559) ได้ศึกษา แนวทางการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิชาทางวิทยาศาสตร์กับกลุ่มสาขาวิชาทางสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 383 คน พบว่า นักศึกษามีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับมากที่สุด ในการรับรู้ความง่าย และการรับรู้การใช้ประโยชน์เครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งรับรู้ว่ามีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นทำได้สะดวก กว้างขวางและรวดเร็ว ได้รับข่าวสารมากขึ้นหรือได้พบปะกับบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น รับ-ส่ง ข่าวสารต่างๆ ได้จำนวนมากและหลากหลายประเภทได้ตามที่ต้องการใช้ประโยชน์เพื่อการพักผ่อนและคลายความตึงเครียดมากที่สุด

Abraham Ayantunde, N T Welch and Simon L Parsons (2007). การสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและการใช้อินเทอร์เน็ตสำหรับข้อมูลสุขภาพในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเมืองนอตติงแฮมในเดือนกรกฎาคม 2005 จำนวน 663 คน พบว่า ร้อยละ 63 ของผู้ร่วมวิจัย มีการเข้าใช้อินเทอร์เน็ต ในจำนวนนี้มีผู้เข้าใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อข้อมูลสุขภาพถึง ร้อยละ 42 จะเห็นได้ว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้ใช้อินเทอร์เน็ตในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและส่วนใหญ่มีความสนใจในการใช้การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพ การส่งมอบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพการตรวจสอบผ่านทางอินเทอร์เน็ตควรให้ความสำคัญสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม จากการศึกษาทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ ดังนี้

สมจิต สุพรรณทัศน์ (2535) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่เกิดขึ้นทั้งภายใน (Cover Behavior) และภายนอก (Over Behavior) โดยจะรวมถึงการกระทำของบุคคลที่สังเกตได้และไม่สามารถสังเกตได้ ทั้งนี้พฤติกรรมภายในจะเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การยึดตัวของกล้ามเนื้อ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม ความคาดหวัง พฤติกรรมภายในนี้ ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน แต่จะเห็นได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกปฏิกิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูด ไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียงหรือสีหน้า

เฉลา ประเสริฐสังข์ (2542) ได้กล่าวว่าพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือ กิริยาอาการตอบสนองใดๆ ของอินทรีย์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งสามารถสังเกตและตรวจสอบได้ อาจเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทางร่างกายภายนอก และพฤติกรรมจากกระบวนการภายในของอวัยวะต่างๆ

Twaddle (1981) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของมนุษย์ หมายถึง ปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรมโดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์นั้นและประสบการณ์ในอดีตพฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งจะสามารถ ทำความเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้

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

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

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ และข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบ การตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา ประกอบด้วย ความสามารถระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้
2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึงความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง ค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ การรับการตอบสนอง การให้คุณค่า
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) พฤติกรรมด้านนี้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก หรือสังเกตได้

ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลที่ไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป

จากแนวคิดข้างต้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมประกอบไปด้วย พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) และ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำใดๆ ก็ตามที่มีอิทธิพลหรือเชื่อว่า จะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการทำให้สุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลง นอกจากนี้ นักพฤติกรรมศาสตร์บางท่านยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน เช่น ความรู้ การปฏิบัติตัวและทักษะ และพฤติกรรมภายในที่สังเกตไม่ได้ เช่น เจตคติ แรงจูงใจ ความเชื่อ แต่ส่งผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ (Gochman, 1998; Kasl and Cobb, 1976; สุชาติ โสมประยูร และคณะ, 2545)

การจำแนกพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล ที่มีสุขภาพดีและไม่มีอาการของการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มี Alcohol และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวันได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะ สำหรับขับซิ่งรถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับซิ่งรถยนต์ การปฏิบัติตามกฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบ เพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่อ อาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนบ้านญาติพี่น้องและพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหมดไป ก่อนที่บุคคลนั้นจะมาหาแพทย์

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่นกำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วยโดยบุคคลนั้นจะเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย ตามที่สังคมนั้นๆ กำหนด เช่น การหยุดจากงานปกติไว้ชั่วคราวการเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายและกลับสู่สภาพปกติ ขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ซึ่งเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งมีสุขภาพดี เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) เพื่อแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เพื่อการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยให้หายสู่สภาพปกติ

ระดับการป้องกันโรค สามารถแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (Primary Prevention) การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง มีจุดมุ่งหมายที่จะกระทำเพื่อขจัดโอกาสที่โรคจะเกิดขึ้นในมนุษย์ โดยมี 3 แนวทาง คือ ขจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันการสัมผัสระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและปัจจัยมนุษย์ และเสริมสร้างความเข้มแข็งปัจจัยมนุษย์ในอันที่จะเพิ่มการป้องกันต่อปัจจัยของโรค จุดมุ่งหมายของการป้องกันระดับที่หนึ่ง ไม่เพียงแต่ป้องกันการตายก่อนวัยอันควร และยืดอายุขัย แต่มีความสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมการปรับตัวให้ดีขึ้น และเสริมสร้างชีวิตที่มีคุณค่า การป้องกันระดับที่หนึ่ง ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) วิธีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพไม่ได้เจาะจงต่อโรคใดๆ โดยเฉพาะแต่มีจุดประสงค์ที่จะปรับปรุงสุขภาพโดยทั่วไป และการกินดีอยู่ดีของบุคคลหรือของชุมชน

1.2 การป้องกันเฉพาะโรค (Specific Protection) เป็นการลดคนที่มีโอกาสป่วยลงตามสาเหตุของโรคโดยตรง

2. การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) การป้องกันระดับที่สอง เป็นการกระทำซึ่งหยุดยั้งการดำเนินตัวของโรคในระยะแรกเริ่มและป้องกันอาการแทรกซ้อน การป้องกันระดับที่สอง เป็นแนวคิดของการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ เป็นการระงับความเจ็บไข้ ควบคุม รักษาโรค ป้องกันความพิการและการเสียชีวิต ตลอดจนป้องกันการดำเนินตัวของโรคไปติดต่อรายต่อไปในชุมชน

2.1 การวินิจฉัยโรคล่วงหน้าและการรักษาทันท่วงที (Early Diagnosis and Prompt Treatment) ยิ่งโรคได้รับการตรวจสอบและรักษาแต่แรกเริ่มเร็วเท่าใด โรคนั้นจะมีการป้องกันไปสู่คนอื่นๆ ในชุมชนได้ดีขึ้นเท่านั้น

2.2 การลดความพิการ (Disability Limitation) เป็นแนวทางการหยุดยั้ง การดำเนินของโรคโดยให้การรักษายาบาลอย่างเพียงพอและพยายามป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิตหรือพยายามยืดการเสียชีวิตออกไป

3. การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันโรคในระยะที่เป็น การป้องกันในขณะที่โรคเป็นมากแล้ว (Advanced Disease) การป้องกันในระดับนี้จะช่วยพยายามลดภาวะแทรกซ้อนของโรคตลอดจนผลเสียที่ตามมาภายหลัง ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นการรวมตัวและการประสานงานของมาตรการทางการแพทย์ สังคม การศึกษา และการฝึกฝนอาชีพ ให้มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของชีวิตให้ดีขึ้นเท่าที่จะเป็นไปได้

จากแนวทางดังกล่าวสรุปได้ว่า การป้องกันโรคมี 3 ระดับ ประกอบด้วย การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (Primary Prevention) การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary Prevention) จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกัน ควบคุมการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ในเรื่องโรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2562

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มประชาชนประจำปี 2561 โดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (วิชาญ ปาวันและคณะ, 2561) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65.1 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 4 โรคอยู่ในระดับเหมาะสม

มาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.9 แต่ไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อย โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 109.23$ $SD = 13.49$, คะแนนเต็ม = 155) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับมาก ($\bar{x} = 35.29$, $SD = 5.59$, คะแนนเต็ม = 45 และ $\bar{x} = 25.86$, $SD = 4.50$, คะแนนเต็ม = 35 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคโควิดโรค และโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 21.33$, $SD = 4.01$, คะแนนเต็ม = 35 และ $\bar{x} = 26.74$, $SD = 6.04$, คะแนนเต็ม = 40 ตามลำดับ)

2.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Image) และภาพลักษณ์องค์กร (Organization)

ราชบัณฑิตยสถาน (2545) ได้อธิบายว่า ภาพลักษณ์ หมายถึง ภาพที่เห็นในกระจกเงา ภาพที่ผ่านจากกล้องส่อง หรือ ภาพที่อยู่ในความนึกคิด ซึ่งคำดังกล่าวตรงกับคำว่า Image ในภาษาอังกฤษ ซึ่งนักวิชาการได้อธิบายว่า ภาพลักษณ์มีลักษณะเป็นความรู้ ความรู้สึกของคนเราที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยความรู้สึกลักษณะนี้เป็นสิ่งที่เราสร้างขึ้นมาจากตัวตนเอง มีลักษณะเป็นความรู้เชิงอัตวิสัย (Subjective Knowledge) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อเท็จจริงคุณค่าที่เราเป็นผู้กำหนด โดยแต่ละบุคคลจะสะสมความรู้เชิงอัตวิสัยเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ รอบตัวที่ได้ประสบและมีความเชื่อว่าเป็นจริง เนื่องจากคนเราไม่สามารถที่จะรับรู้และทำความเข้าใจกับสิ่งรอบตัวได้ครบถ้วน มนุษย์นั้นสามารถทำความเข้าใจได้เฉพาะภาพบางส่วนหรือภาพรวมเพียงกว้างๆ ของสิ่งเหล่านั้น การทำความเข้าใจตรงนี้จะขึ้นอยู่กับความสนใจและการให้คุณค่าและการตีความของมนุษย์เอง ความรู้เชิงอัตวิสัยนี้จะก่อให้เกิดเป็นภาพลักษณ์ของสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในโลกตามมุมมองของเรา โดยภาพลักษณ์สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (Boulding, 1975)

1. องค์ประกอบเชิงการรับรู้ (Perceptual Component) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากการสังเกตโดยตรง การสังเกตจะนำไปสู่การรับรู้ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล สถานที่ เหตุการณ์ ความคิด หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ เราจะได้ภาพต่างๆ ผ่านการรับรู้
2. องค์ประกอบเชิงความรู้ (Cognitive Component) ได้แก่ภาพลักษณ์ที่เป็นความรู้เกี่ยวกับลักษณะประเภทความแตกต่างของสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการสังเกตสิ่งที่ถูกรับรู้
3. องค์ประกอบเชิงความรู้สึก (Affective Component) ได้แก่ ภาพลักษณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกยอมรับหรือไม่ยอมรับ ชอบหรือไม่ชอบ
4. องค์ประกอบเชิงการกระทำ (Behavioral Component) เป็นภาพลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับความมุ่งหมายหรือเจตนาที่จะเป็นแนวทางปฏิบัติตอบโต้สิ่งเร้า อันเป็นผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเชิงความรู้สึกและความรู้

จากความหมายเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ได้นำเสนอข้างต้น นักวิชาการได้อธิบายแหล่งการเกิดของภาพลักษณ์ออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เป็นภาพลักษณ์ในลักษณะใดก็ได้ที่เกิดขึ้นไปตามสภาวะแวดล้อมที่มากกระทบ และเป็นภาพลักษณ์ที่เกิดจากการที่ประชาชนทั่วไปได้รับรู้เรื่องราวหรือมีประสบการณ์กับองค์กรตามปกติหรือตามธรรมชาติ โดยประชาชนจะตีความหมายและสรุปจากสิ่งที่ได้ประสบ

มา หรือได้ยืนมาที่องค์กรทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นแบบฉบับการบริหารงาน บุคลิกภาพของผู้บริหาร การบริหารและ ทัศนคติของพนักงาน สินค้าและบริการขององค์กรนั้น

2. ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากการปรุงแต่ง เป็นภาพลักษณ์ที่เกิดจากการที่องค์กรใช้กระบวนการ สร้างภาพลักษณ์ เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่องค์กรต้องการ ไม่ว่าจะภาพลักษณ์นั้นจะเป็นสิ่งที่เป็นจริงได้หรือไม่ก็ตาม โดยการปรุงแต่งนั้นจะทำให้มีความพยายามที่จะทำให้องค์กรมีพฤติกรรมที่ดี เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี หรือถ้า ประชาชนมีภาพลักษณ์ที่ผิดไปจากสิ่งที่เป็นจริงก็มีการพยายามแก้ไขโดยการเผยแพร่เรื่องราวที่ถูกต้องออกไปอย่าง สม่าเสมอ เพื่อเป็นการแก้ไข ข้อเท็จจริงหรือปรุงแต่งภาพลักษณ์ในทิศทางที่พึงประสงค์นั่นเอง

คุณลักษณะของภาพลักษณ์

Boorstin (1973) อธิบายว่า ภาพลักษณ์มีฐานะเป็นเหตุการณ์จำลองที่มนุษย์สร้างขึ้น เพื่อให้ ทำให้เกิดความชัดเจนเข้าใจง่าย โดยภาพลักษณ์จะประกอบไปด้วย 6 คุณลักษณะ ดังนี้

1. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความประทับใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับองค์กรที่ประชาชนได้รับ และสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความประทับใจ ซึ่งอาจจะเป็นความประทับใจที่ดี หรือไม่ดีก็ได้ แล้วแต่พฤติกรรมหรือการกระทำของหน่วยงาน

2. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้ เสมอ อันเนื่องมาจากสภาพการณ์ภายในหรือปัจจัยภายนอกองค์กรมากระทบ ดังนั้นองค์กรต่างๆ จึงจะต้อง มีการสำรวจภาพลักษณ์ปัจจุบันขององค์กรเสมอ เพื่อจะได้ทราบว่าภาพลักษณ์ขององค์กรเป็นอย่างไร จะได้ส่งเสริมหรือแก้ไขให้ภาพลักษณ์ที่ดีคงอยู่เสมอ

3. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่อยู่เนือง ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ไม่โดนโต้แย้งกับความจริง แต่ภาพลักษณ์ จะต้องถูกนำเสนออย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความจริง

4. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือ ภาพลักษณ์เป็นการสร้างภาพในใจของบุคคล องค์กร สถาบันหรือสิ่งต่างๆ ให้มันคงเป็นที่ยอมรับโดยอยู่บนพื้นฐานของความน่าเชื่อถือ การสร้างภาพลักษณ์ ไม่เกิดผลใดๆ ถ้าไม่มีความน่าเชื่อถือในบุคคลหรือองค์กรนั้นๆ

5. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน ภาพลักษณ์ที่ถูกสร้างขึ้นจากสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นเป็น รูปธรรม ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นการสร้างจินตนาการรูปธรรมเพื่อให้ตอบสนองดึงดูดใจ และความรู้สึกทางอารมณ์ ได้อย่างชัดเจนต่อบุคคล

6. ภาพลักษณ์จะต้องเป็นสิ่งที่ทำให้ดูง่ายและแตกต่าง นั่นคือภาพลักษณ์จะต้องชัดเจน ง่ายต่อการ เข้าใจความแตกต่าง แต่สื่อความหมายได้ครบถ้วนตรงตามความต้องการ เช่น เครื่องหมาย คำขวัญ เป็นต้น ซึ่งก็คือการสร้างภาพลักษณ์ที่โดดเด่น

Kotler (2000) อธิบายว่า ภาพลักษณ์ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ และความประทับใจที่บุคคลใด บุคคลหนึ่งได้รับรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

Jefkins (1993) ให้ความหมายของภาพลักษณ์ว่าหมายถึง ปัจจัยหรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่บุคคลหรือ องค์กร ได้มีการนำเสนอและแสดงออกมาในรูปลักษณ์ต่างๆ

ภาพลักษณ์ขององค์กร หมายถึง ภาพในความนึกคิดของบุคคลที่มีต่อทุกๆ ส่วนขององค์กร ทั้งตัว องค์กร สิ่งที่เกิดขึ้นกับองค์กร และกิจกรรมที่องค์กรปฏิบัติ (สุภารัตน์ ม่วงศิริ, 2547)

ภาพลักษณ์องค์กร หมายถึง ความสมบูรณ์แบบของแนวคิด/ความเข้าใจ ซึ่งออกสู่สาธารณะ อาจแตกต่างจากความเป็นจริงเมื่อได้มีการรับรู้ เข้าใจหรือการสื่อสารที่ไม่ถูกต้อง (Loana VID, 2016)

ความสำคัญของภาพลักษณ์

การดำเนินงานของทุกหน่วยงานภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจก่อให้เกิดการทำงานที่มีความราบรื่นและความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงานนั้น ภาพลักษณ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อองค์กร ทั้งที่เป็นหน่วยงานของรัฐบาลหรือเอกชน ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีนั้นจะช่วยส่งเสริมความสำเร็จให้แก่หน่วยงาน เนื่องจากได้รับความไว้วางใจจากประชาชน โดยแบ่งลักษณะของภาพลักษณ์ออกเป็น 6 ลักษณะ ดังนี้

1. ภาพลักษณ์ซ้อน (multiple image) เป็นภาพลักษณ์ที่ตั้งมาจากสมมติฐานว่าบุคคลในสังคมนั้นมีความรู้ ความเชื่อ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และอื่นๆ ที่แตกต่างกันแต่ละบุคคลจึงมีความรู้สึกและประสบการณ์ต่อองค์กรต่างกันไป ดังนั้นภาพลักษณ์ขององค์กรที่ประชาชนรับรู้จึงไม่ใช่ภาพลักษณ์เดียวกันเสมอไป

2. ภาพลักษณ์ปัจจุบัน (current image) เป็นภาพลักษณ์ที่สะท้อนการรับรู้ที่ประชาชนมีต่อองค์กรตามความเป็นจริงในปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นภาพลักษณ์เชิงลบหรือเชิงบวกก็ได้ การได้ทราบว่าภาพลักษณ์ปัจจุบันเป็นเช่นไรจะช่วยให้องค์กรสามารถประเมินสถานการณ์และสามารถสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรได้อย่างถูกต้อง

3. ภาพลักษณ์กระจกเงา (mirror image) เป็นการเปรียบเทียบภาพลักษณ์เหมือนการส่องกระจกในกรณีเปรียบเทียบว่าองค์กรทำดีแล้ว แต่ความเป็นจริงจะเป็นอย่างไรประชาชนเป็นผู้ตัดสิน ไม่ใช่ภาพลักษณ์ที่ฝ่ายบริหารมองตัวเอง ซึ่งอาจจะถูกหรือผิดก็ได้ ผู้บริหารอาจมองว่าองค์กรทำสิ่งที่ดีแล้ว ดังนั้นภาพลักษณ์ขององค์กรจึงน่าจะเป็นภาพลักษณ์ที่ดี ทั้งนี้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอาจมองอะไรที่แตกต่างจากผู้บริหารก็ได้

4. ภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนา (wish image) เป็นภาพลักษณ์ที่ผู้บริหารหรือพนักงานมีความต้องการ หรือมุ่งหวังที่จะให้องค์กรของตนเป็นเช่นนั้น ซึ่งการกำหนดความปรารถนาเปรียบเสมือนการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อที่จะให้บรรลุตามเป้าหมายนั้นๆ

5. ภาพลักษณ์สูงสุดที่ทำได้ (optimum image) ภาพลักษณ์ที่เกิดจากการตระหนักในความจริง และมีความเข้าใจ การรับรู้ของผู้รับข่าวสาร อุปสรรคของการสื่อสารมวลชนจะเป็นสื่อที่เราควบคุมได้ และสภาพแวดล้อมที่ยากจะควบคุม ที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนาได้ เพราะในหน่วยงานหนึ่งๆ ไม่มีใครที่สามารถรู้และเข้าใจได้ทุกเรื่อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ดังนั้น การกำหนดภาพลักษณ์ประเภทนี้จึงเป็นภาพลักษณ์ที่ผู้เกี่ยวข้องรู้จักประมาณตนและตัวแปรอื่นๆ จนทำให้การกำหนดภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนาไม่มากเกินไปจากความเป็นจริง

6. ภาพลักษณ์ที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง (correct and incorrect image) เป็นภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจเป็นเพราะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทางธรรมชาติ กระบวนการสื่อสาร การรับรู้ของผู้รับสาร และเมื่อเกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ถูกต้องจำเป็นต้องมีการแก้ไขภาพลักษณ์ให้ถูกต้องต่อไป ภาพลักษณ์ที่ถูกต้องนี้คล้ายกับภาพลักษณ์ปัจจุบันแต่จะแตกต่างที่ภาพลักษณ์ที่ถูกต้องได้มีการปรับเปลี่ยนจากภาพลักษณ์ที่ไม่ถูกต้องมาก่อนระยะหนึ่งแล้ว

7. ภาพลักษณ์สินค้า/บริการ (product/service) สินค้าหรือบริการก็มีภาพลักษณ์ได้ เช่นเดียวกับองค์กร ซึ่งไม่ว่าสินค้าหรือบริการนั้นจะมีภาพลักษณ์เชิงลบหรือเชิงบวก ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องปรุงแต่งให้ภาพลักษณ์มีเอกลักษณ์เป็นที่ยอมรับจากสังคม

8. ภาพลักษณ์ตราสินค้า (brand image) เป็นภาพลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายกับภาพลักษณ์สินค้า เพียงแต่กรณีนี้เป็นตราสินค้า ยี่ห้อสินค้า หรือสัญลักษณ์ของสินค้านั้นๆ โดยยี่ห้อหนึ่ง

9. ภาพลักษณ์องค์กร (corporate image) เป็นภาพลักษณ์ขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง โดยเน้นภาพรวมทั้งหมดขององค์กร โดยรวมถึงสินค้า บริการ ตราสินค้า ระบบการบริหาร การจัดการความมั่นคง การมีบุคลากรที่มีคุณภาพ ความรับผิดชอบต่อสังคม ฯลฯ ภาพลักษณ์ขององค์กรจึงมีความหมายค่อนข้างกว้างขวาง

10. ภาพลักษณ์สถาบัน (institutional image) จะคล้ายกับภาพลักษณ์องค์กร เพียงแต่มีมุมมองเฉพาะตัวบริษัทหรือสถาบัน ความรับผิดชอบต่อสถาบันที่มีต่อสังคม แต่ทั้งนี้จะไม่เน้นในเชิงธุรกิจการค้าหรือการตลาดหรือตราสินค้า นอกจากบทบาทหรือพฤติกรรมของสถาบันเพียงอย่างเดียว

จากประเภทของภาพลักษณ์ เราจะทราบภาพลักษณ์องค์กรได้ ต้องมีการสอบถามจากประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในปัจจุบันมีความจำเป็นต้องกรอกอย่างมาก (พรทิพย์ พิมลสินธุ์, 2551)

องค์ประกอบของภาพลักษณ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. องค์ประกอบเชิงการรับรู้ (Perceptual Component) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากการสังเกตโดยตรง การสังเกตจะนำไปสู่การรับรู้ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล สถานที่ เหตุการณ์ ความคิด หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ เราจะได้ภาพต่างๆ ผ่านการรับรู้

2. องค์ประกอบเชิงความรู้ (Cognitive Component) ได้แก่ภาพลักษณ์ที่เป็นความรู้เกี่ยวกับลักษณะประเภทความแตกต่างของสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการสังเกตสิ่งที่ถูกรับรู้

3. องค์ประกอบเชิงความรู้สึก (Affective Component) ได้แก่ภาพลักษณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกยอมรับหรือไม่ยอมรับ ชอบหรือไม่ชอบ

4. องค์ประกอบเชิงการกระทำ (Behavioral Component) เป็นภาพลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับความมุ่งหมายหรือเจตนาที่จะเป็นแนวทางปฏิบัติตอบโต้สิ่งเร้านี้ อันเป็นผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเชิงความรู้สึกและความรู้ (Boulding, 1975)

ขั้นตอนของการเกิดภาพลักษณ์

การเกิดภาพลักษณ์กับบุคคลแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นโดยธรรมชาติหรือเกิดจากการปรุงแต่ง สามารถสรุปองค์ประกอบและขั้นตอนของการเกิดภาพลักษณ์ได้ดังนี้

1. เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม คนเรานั้นเป็นสมาชิกของสังคม ซึ่งในสังคมนี้จะมีเหตุการณ์ทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การศึกษาและอื่นๆ เกิดขึ้นมากมาย แต่มีเพียงบางส่วนของเหตุการณ์ หรือบางเหตุการณ์เท่านั้น ที่คนเราจะรับเข้ามายังตัวเราได้ และในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหลายนี้ จะมีคุณค่าด้านดีหรือไม่ดี จะสำคัญหรือไม่ จะมีความหมายอะไรคงจะไม่เกิดขึ้น กับตัวของเราเพียงอย่างเดียว แต่สภาพแวดล้อมที่อยู่ในเหตุการณ์และอยู่โดยรอบตัวเรากับมีอิทธิพลในการกำหนดคุณค่าเหล่านั้นทั้งก่อนและหลังการรับรู้ ตลอดจนมีอิทธิพลต่อความสมบูรณ์หรือการหดหายและระยะเวลาของความจำในเหตุการณ์นั้นๆ ด้วย

2. ช่องทางการสื่อสาร ในบรรดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหลายจะสามารถเข้ามาสู่เราได้โดยช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ การได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส และได้กลิ่น ซึ่งแต่ละช่องทางเหล่านี้ก็ยังมีประสิทธิภาพทางด้านการรับรู้ ความสมบูรณ์ของเหตุการณ์แตกต่างกัน ยิ่งไปกว่านี้ตัวเนื้อหาสาระ วิธีการจัดการข่าวสาร และโครงสร้างของเหตุการณ์ ซึ่งมีผู้จัดส่งมาก็จะมีความสัมพันธ์กับช่องทางการสื่อสารด้วย กล่าวโดยสรุป ช่องทางการสื่อสารจะเป็นประตูด่านแรกของการรับรู้เหตุการณ์ ซึ่งประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลในขั้นตอนนี้คุณสมบัติของ “ข่าวสาร” และตัวสื่อ “สื่อ” ย่อมมีความสำคัญที่สุด

3. องค์ประกอบเฉพาะบุคคล เป็นองค์ประกอบเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวกับคุณภาพและประสิทธิภาพของการสื่อสารโดยเฉพาะการรับรู้ของผู้รับสารนั้น คือ ทักษะของการสื่อสาร ทักษะคติ ความรู้ ระบบสังคม และวัฒนธรรม ต่างก็มีอิทธิพลต่อการสื่อสาร แต่ละบุคคลจะมองภาพแตกต่างกัน เนื่องจากมีความนิยมชมชอบความสนใจต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน ดังนั้นแม้ว่าเหตุการณ์จากภายนอกจะผ่านช่องทางการสื่อสารและเข้าสู่ตัวเรามาแล้วก็ตาม เหตุการณ์เหล่านั้นจะส่งผลต่อตัวเราหรือไม่ขึ้นกับองค์ประกอบต่างๆ ที่กล่าวมา

4. การรับรู้และความประทับใจ ภาพลักษณ์จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ทันที เมื่อเหตุการณ์ได้ผ่านเข้ามาทางช่องทางการสื่อสารและองค์ประกอบเฉพาะบุคคล จะเป็นตัวพิจารณาเหตุการณ์เหล่านั้นก่อนโดยการรับรู้ ซึ่งเป็นตัวแปลงเหตุการณ์ให้เป็นไปในความหมายตามความคิดของบุคคลนั้น ส่วนความประทับใจมีความสำคัญในการรับรู้อีกลักษณะหนึ่ง โดยจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพและปริมาณของความทรงจำ ถ้าประทับใจมากก็就会有ความจำได้นาน และเมื่อสร้างเป็นภาพลักษณ์อะไรขึ้นแล้วก็เป็นภาพลักษณ์ที่เจอจางได้ช้ากว่าที่มีความประทับใจน้อยหรือไม่มีความประทับใจเลย (รัตนาวดี ศิริทองถาวร, 2546)

ความสำคัญของการมีภาพลักษณ์องค์กร มีดังนี้

1. ภาพลักษณ์ที่ดีเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อผลสำเร็จตามกลยุทธ์ได้อย่างต่อเนื่อง
2. การมีภาพลักษณ์ที่เหมาะสมและดีพอ ถือได้ว่าเป็นสิ่งตอบแทนอย่างหนึ่งในการขายผลิตภัณฑ์และบริการ เพราะภาพลักษณ์ที่ดีจะทำให้รับพนักงานที่มีคุณภาพได้ อีกทั้งยังเป็นที่น่าเชื่อถือ ของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอก
3. ภาพลักษณ์ที่ดีจะสามารถสร้างอารมณ์ที่เป็นมูลค่าเพิ่มให้กับบริษัทได้ ซึ่งจะกลายเป็นสิ่งที่สร้างความมั่นใจให้กับองค์กร
4. การมีภาพลักษณ์ที่ดีช่วยให้บริษัทสามารถชักจูงและดึงดูดคนกลุ่มสำคัญซึ่งมีความหมายต่อการสร้างความสำเร็จโดยตรง คือ กลุ่มนักวิเคราะห์ กลุ่มลูกค้า กลุ่มผู้ลงทุน เป็นต้น ซึ่งจะเป็นกลไกในการประกันให้มีภาพลักษณ์ที่ดีนั้นได้

การเกิดภาพลักษณ์องค์กร

การสร้างภาพลักษณ์องค์กรจึงต้องมีการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ใช้ในการบริหารกระบวนการสร้างภาพลักษณ์ คือ การประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นเรื่องของการให้ความรู้และการให้คุณค่าแก่องค์กรในลักษณะที่ถูกกำหนดการวางแผนไว้เป็นขั้นตอนอย่างเหมาะสมเพื่อให้ประชาชนเป้าหมายเกิดกระบวนการทางความคิดในการสร้างภาพและตีความหมายไปในทิศทางเดียวกันกับที่องค์กรต้องการ (รัตนาวดี ศิริทองถาวร, 2546) ซึ่งจากการศึกษาเรื่องการรับรู้ภาพลักษณ์ขององค์กรของ วรทัย ราวีนิจ (2549) พบว่าประชาชนที่มีลักษณะประชากรแตกต่างกันมีการเปิดรับสื่อประชาสัมพันธ์ของบริษัทแตกต่างกัน ภาพลักษณ์การเปิดรับสื่อ

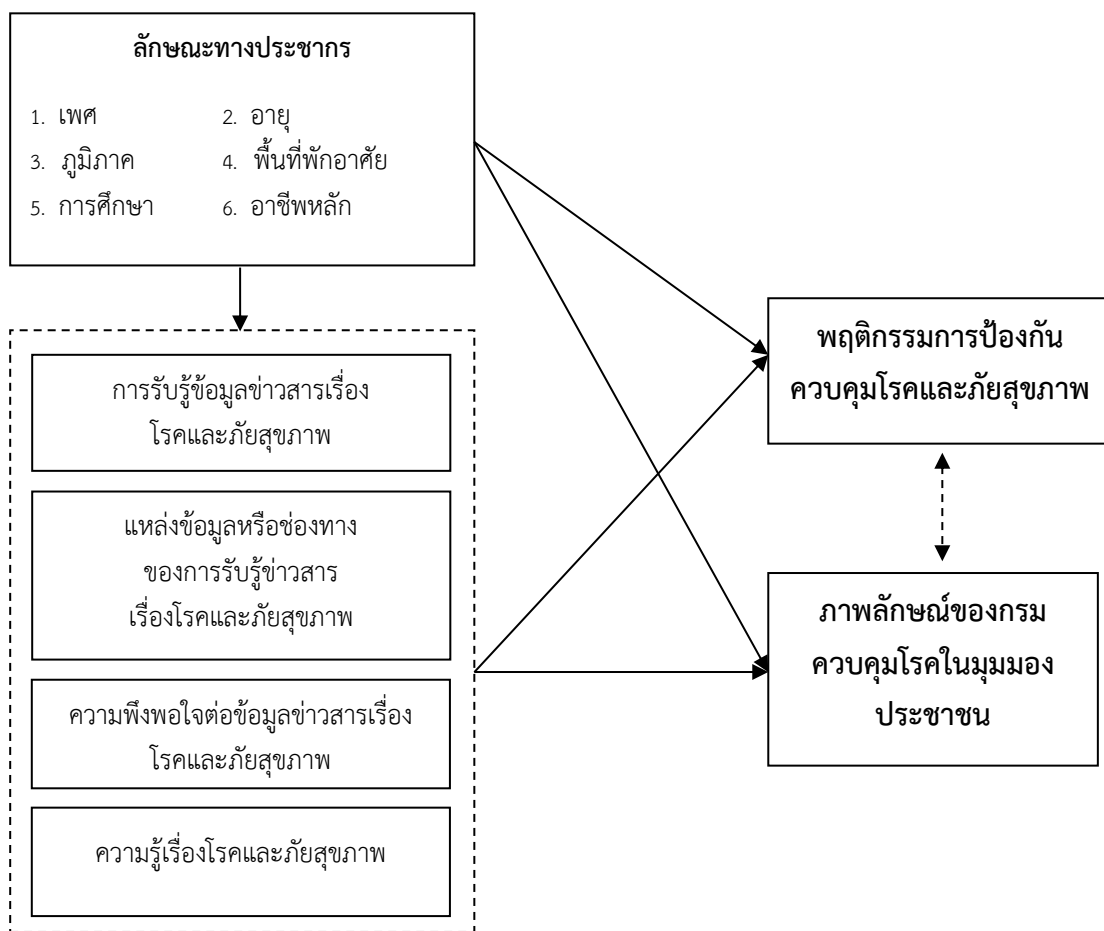
ประชาชนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของบริษัท และยังพบว่า การรับรู้ภาพลักษณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจซื้อสินค้าของบริษัท ซึ่งสอดคล้องกับ วาสนา พุทธิพงษ์ศิริ (2544) ศึกษาการรับข่าวสารภาพลักษณ์ ความคาดหวังและความพึงพอใจของประชาชนชาวกรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการสื่อสารและการให้บริการของสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนที่มีการศึกษา อายุ เพศ รายได้ ที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข่าวสารจากสื่อต่างๆ แตกต่างกัน และการเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาพลักษณ์และความพึงพอใจที่มีต่อการติดต่อสื่อสารและการให้บริการ

ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นภาพที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้รับสาร หรือการตีความหมายจากการสื่อสารขององค์กรต่อผู้รับสารที่เกิดจากกระบวนการประเมินข้อมูลของแต่ละบุคคลโดยได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยทางลักษณะประชากรหลายประการที่ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนโดยเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ปัจจัยด้านประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ เพื่อใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยตามแผนภาพที่ 2 ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562 เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) (Creswell and Plano, 2003) โดยการใช้วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งคณะผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

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

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยใช้การคำนวณโดยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ เครจซี่และเมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเขตละ 384 คน และเพิ่มค่าประมาณการการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างเขตละ 400 คน จำนวน 13 เขต รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ จำนวน 5,200 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเลือกพื้นที่ตามลักษณะการจัดแบ่งเขตการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การเลือกพื้นที่ที่ใช้การจัดแบ่งพื้นที่ตามลักษณะการแบ่งเขตการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2559) โดยกำหนดชั้นภูมิหลัก 13 ชั้นภูมิ 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) สำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 (จังหวัดนครราชสีมา), (10) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (จังหวัดอุบลราชธานี), (11) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 (จังหวัดนครศรีธรรมราช), (12) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 (จังหวัดสงขลา), และ (13) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร)

❖ รวมทั้งหมด 13 เขตพื้นที่

ขั้นที่ 2 การคัดเลือกจังหวัด

คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนเขต ดังนี้

(1) ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

❖ รวมทั้งหมด 13 เขตพื้นที่

(2) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของเขตอีกเขตละ 1 จังหวัด

❖ รวมทั้งหมด 12 จังหวัด

❖ รวมจังหวัดทั้งหมด 25 จังหวัด

ขั้นที่ 3 การคัดเลือกอำเภอหรือเขต

คัดเลือกอำเภอหรือเขตที่เป็นตัวแทนแต่ละจังหวัด

กรณีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12

(1) ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกอำเภอเมือง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

(2) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนอีกจังหวัดละ 1 อำเภอ

❖ รวมอำเภอที่เป็นตัวแทน 48 อำเภอ

กรณีสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

(1) ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกเขตที่ตั้งของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

(2) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกเขตที่เป็นตัวแทนอีกจำนวน 2 เขต

❖ รวมเขตที่เป็นตัวแทนจำนวน 3 เขต

❖ รวมอำเภอ/เขตที่เป็นตัวแทนจำนวน 51 อำเภอ/เขต

ขั้นที่ 4 การคัดเลือกตำบลหรือแขวง

คัดเลือกตำบลหรือแขวงที่เป็นตัวแทนแต่ละอำเภอหรือเขต

(1) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกตำบลหรือแขวงที่เป็นตัวแทนอำเภอละ 2 ตำบลหรือแขวง

❖ รวมตำบลที่เป็นตัวแทนจำนวน 102 ตำบลหรือแขวง

ขั้นที่ 5 การคัดเลือกขนาดตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ประชาชนที่พบทั่วไปทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละเขต/จังหวัด โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมกันและจังหวัดในแต่ละเขต พร้อมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยวิธีการคัดเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Selection) โดยจำนวนตัวอย่างในแต่ละพื้นที่มี ดังนี้

(1) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร)

3 เขต เขตละ 2 แขวง คิดเป็น 6 แขวง แขวงละ 67 คน รวมจำนวน 402 คน

(2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12

12 เขต เขตละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 50 คน
รวมจำนวน 4,800 คน

❖ รวมกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ รวมจำนวน 5,202 คน

โดยมีรายละเอียดการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ลำดับที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
1	สคร. 1 (เชียงใหม่)	เชียงใหม่	เมือง	สันผีเสื้อ	50
				วัดเกต	50
			แม่ออน	ออนกลาง	50
				ออนเหนือ	50
		น่าน	เมือง	นาซาว	50
				สะเนียน	50
			บ่อเกลือ	ภูฟ้า	50
				บ่อเกลือเหนือ	50
รวม สคร. 1		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400
2	สคร. 2 (พิษณุโลก)	พิษณุโลก	เมือง	อรัญญิก	50
				มะขามสูง	50
			เนินมะปราง	บ้านมุง	50
				บ้านน้อยชุมชีห์เหล็ก	50
		สุโขทัย	เมือง	วังทองแดง	50
				ปากพระ	50
			ศรีสัชนาลัย	แม่สำ	50
				ศรีสัชนาลัย	50
รวม สคร. 2		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400

ตารางที่ 4 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (ต่อ)

ลำดับที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
3	สคร. 3 (นครสวรรค์)	นครสวรรค์	เมือง	บึงเสนาท	50
				หนองกรด	50
			ชุมแสง	ชะมั่ง	50
				เกยชัย	50
		พิจิตร	เมือง	สายคำโห้	50
				ดงป่าคำ	50
			สากเหล็ก	สากเหล็ก	50
				วังทับไทร	50
รวม สคร. 3		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400
4	สคร. 4 (สระบุรี)	สระบุรี	เมือง	ดาวเรือง	50
				หนองยาว	50
			ดอนพุด	ไผ่หลิว	50
				บ้านหลวง	50
		ลพบุรี	เมือง	โพธิ์เก้าต้น	50
				โคกตูม	50
			บ้านหมี่	ซอนม่วง	50
				มหาสอน	50
รวม สคร. 4		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400
5	สคร. 5 (ราชบุรี)	ราชบุรี	เมือง	บ้านไร่	50
				ดอนแร่	50
			บ้านโป่ง	กรับใหญ่	50
				หนองกบ	50
		เพชรบุรี	เมือง	คลองกระแซง	50
				หาดเจ้าสำราญ	50
			หนองหญ้าปล้อง	หนองหญ้าปล้อง	50
				ยางน้ำกลัดใต้	50
รวม สคร. 5		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400

ตารางที่ 4 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (ต่อ)

ลำดับที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
6	สคร. 6 (ชลบุรี)	ชลบุรี	เมือง	ดอนหัวฝ้อ	50
				อ่างศิลา	50
			สัตหีบ	นาจอมเทียน	50
				บางเสร่	50
		ระยอง	เมือง	ทับมา	50
				น้ำคอก	50
			แกลง	คลองปูน	50
				ปากน้ำกระแสะ	50
รวม สคร. 6		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400
7	สคร. 7 (ขอนแก่น)	ขอนแก่น	เมือง	บ้านหว้า	50
				บ้านเป็ด	50
			มัญจาคีรี	นาข่า	50
				นางาม	50
		มหาสารคาม	เมือง	เขวา	50
				ท่าตูม	50
			นาดูน	พระธาตุ	50
				ดงยาง	50
รวม สคร. 7		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400
8	สคร. 8 (อุดรธานี)	อุดรธานี	เมือง	สามพร้าว	50
				หนองไฮ	50
			กู่แก้ว	บ้านจืด	50
				คอนสาย	50
		นครพนม	เมือง	ขามเฒ่า	50
				หนองญาติ	50
			ศรีสงคราม	บ้านข่า	50
				โพนสว่าง	50
รวม สคร. 8		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400

ตารางที่ 4 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (ต่อ)

ลำดับที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
9	สคร. 9 (นครราชสีมา)	นครราชสีมา	เมือง	มะเรียง	50
				หนองไผ่ล้อม	50
			วังน้ำเขียว	วังน้ำเขียว	50
				ไทยสามัคคี	50
		ชัยภูมิ	เมือง	นาเสียว	50
				ซับสีทอง	50
			จัตุรัส	หนองบัวโคก	50
				สัมปอ่ย	50
รวม สคร. 9		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400
10	สคร. 10 (อุบลราชธานี)	อุบลราชธานี	เมือง	ในเมือง	50
				ปทุม	50
			ดอนตาล	นาสะเม้ง	50
				บ้านแก้ง	50
		ยโสธร	เมือง	หนองหิน	50
				ชุมเงิน	50
			ทรายมูล	ดู่ลาด	50
				ไผ่	50
รวม สคร. 10		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400
11	สคร. 11 (นครศรีธรรมราช)	นครศรีธรรมราช	เมือง	ไชยมนตรี	50
				นาทราย	50
			ปากพนัง	ชะเมา	50
				ปากพนังฝั่งตะวันออก	50
		สุราษฎร์ธานี	เมือง	ตลาด	50
				คลองฉนาก	50
			บ้านนาสาร	ท่าชี	50
				ควนสุบรรณ	50
รวม สคร. 11		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400

ตารางที่ 4 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (ต่อ)

ลำดับที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
12	สคร. 12 (สงขลา)	สงขลา	เมือง	เกาะแต้ว	50
				เกาะยอ	50
			จะนะ	จะโหนด	50
				สะกอม	50
		ตรัง	เมือง	โคกหล่อ	50
				นาตาล่วง	50
			กันตัง	บางหมาก	50
				บางสั๊ก	50
รวม สคร. 12		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400
13	สปคม. (กรุงเทพ มหานคร)	กรุงเทพ มหานคร	(กทม. ชั้นกลาง)	คันนายาว	67
				รามอินทรา	67
			(กทม. ชั้นนอก)	บางค้อ	67
				จอมทอง	67
			(กทม. ชั้นใน)	วัดอรุณ	67
				บางกอกใหญ่	วัดท่าพระ
รวม สปคม.		1 จังหวัด	3 เขต	6 แขวง	402
รวม 13 เขต		25 จังหวัด	51 อำเภอ/เขต	102 ตำบล/แขวง	5,202

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้การเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) (Palys, 2008) จาก 4 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 5 พื้นที่ โดยดำเนินการสนทนากลุ่มพื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวมเป็น 80 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ดังนี้

กรุงเทพมหานคร

ภาคเหนือ

ได้แก่ จังหวัดน่าน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี

ภาคกลาง

ได้แก่ จังหวัดลพบุรี

ภาคใต้

ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposeful Selection) เป็นการเลือกแบบไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการที่ไม่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายหลักของการเลือกตัวอย่างแบบนี้ไม่ใช่เพื่อได้กลุ่มที่เป็นตัวแทน แต่เพื่อที่จะได้ตัวอย่างที่เหมาะสมเท่าที่จะทำได้ สำหรับแนวคิด จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ของการศึกษา (ชาย โพธิ์สิตา, 2552) กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมีลักษณะเป็น “Information-rich case” คือ มุ่งเน้นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาในระดับลึกและสามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ดีที่สุด ซึ่งจะมีความหมายต่อจุดมุ่งหมายหลักของการศึกษา โดยในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2562 ในส่วนของผู้รับผลประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษา 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 60 ปีขึ้นไป)	จำนวน 2 คน

2. โดยการคัดเลือกเริ่มต้นจากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้แนะนำผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน ตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

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

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. อาสาสมัครมีความไม่สบายใจในขณะที่ทำแบบสอบถาม/สนทนากลุ่ม
2. ตอบคำถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้/ออกจากการสนทนากลุ่มก่อนดำเนินการเสร็จสิ้น

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวิธีการดำเนินการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

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

โดยแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 3 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 24 ข้อ
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 28 ข้อ
ส่วนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง

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

1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับนานๆ ครั้ง และไม่เคยได้รับ

2) ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ พึงพอใจมาก พึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และไม่พึงพอใจมาก

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีมาตรวัด 6 หน่วย ได้แก่ ประจำบ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ 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
ได้รับนานๆ ครั้ง // ไม่พึงพอใจ // ไม่เห็นด้วย	ได้คะแนน	2
ไม่เคยได้รับ // ไม่พึงพอใจมาก // ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	1

เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 6

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
ประจำ	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆ 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

การแปลผลคะแนนทุกตัวแปร ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มาก ปานกลาง และน้อยตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2559) 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 กล้องถ่ายภาพ

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) มาใช้ในการวิจัยและนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม และการเพิ่มเหตุผลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน

(2) การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ในการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกโดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 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 0.767 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

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

ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.802

ส่วนที่ 3 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.828

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.896

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.851

ส่วนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.984
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) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่ได้จัดบันทึกอย่างละเอียดและอธิบายอย่างชัดเจนยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

(3) ตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability) โดยการนำข้อมูลไปตรวจสอบกับที่ปรึกษางานวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

(4) ความสามารถในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ (Transferability) โดยการเขียนระเบียบวิธีการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และบริบทที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจน เพื่อเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัยในการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

(5) การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) โดยการที่ผู้ทำการวิจัยจะเก็บเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไว้เป็นอย่างดี พร้อมสำหรับการตรวจสอบ (Audit Trial) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ไม่มีความลำเอียงหรือเกิดจากการคิดของผู้วิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

การเตรียมการ โดยการดำเนินการคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย โดยเป็นบุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ที่มีมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพที่ดี และมีทักษะในการสื่อสาร ซึ่งดำเนินการในการเตรียมการดังนี้

(1) จัดการอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

(2) ฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกทักษะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ช่วยวิจัยด้วยกัน และประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย และนำปัญหาที่พบบำนาเสนอและอภิปรายวิธีการแก้ไขในกลุ่ม

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย

สำหรับการรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการดังนี้

(1) ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามแหล่งชุมชนในอำเภอและเขตที่เป็นตัวแทน โดยกำหนดสถานที่ ที่จะไปถึงกลุ่มตัวอย่าง 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 สถานที่ ตามที่กำหนดไว้

(2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลต่างๆ หลังจากที่ได้เสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ก่อนออกจากพื้นที่การวิจัย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field Data) โดยมีการดำเนินการดังนี้

(1) ผู้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) โดยเตรียมคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ลักษณะการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ โดยการกำหนดคำถามออกเป็นประเด็นให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำการวิจัย ก่อนเริ่มการทำการสนทนาผู้วิจัยได้แสดงถึงวัตถุประสงค์ของการสนทนา โดยขออนุญาตในการจดบันทึกและบันทึกเสียง ระหว่างการสนทนา ผู้ทำการวิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้ากับผู้ให้ข้อมูลเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และมีการทดสอบคำถามและคำตอบเพื่อเป็นแนวทางในการถามคำถามต่อไป โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 - 90 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ให้ข้อมูล การสนทนาแต่ละรายจะทำการสนทนาจนกว่าจะไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นที่เรียกว่าข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) จึงหยุดการสนทนา

(2) ในขณะที่สนทนาผู้วิจัยจะใช้การจดบันทึกสรุปสั้นๆ เฉพาะประเด็นที่สำคัญ และเมื่อจบการสนทนา จะทำการบันทึกข้อมูลอื่นๆ ทันที เช่น ลักษณะท่าทาง ลักษณะน้ำเสียง ตามความเป็นจริงโดยไม่มีการตีความ นอกจากนี้ยังได้บันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ทำการวิจัยขณะที่รวบรวมข้อมูล ซึ่งการเขียนบันทึกสรุปสั้นๆ ดังกล่าวมีประโยชน์สำหรับผู้วิจัยในการมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม

(3) ข้อมูลจะถูกนำมาทำการบันทึกและถอดเทปรายวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ได้มาผู้ทำการวิจัยจะนำมาถอดเทปคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562 ดำเนินการดังแผนภาพที่ 3

กิจกรรมในการดำเนินงาน	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง							
2. พัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล							
3. ยื่นขออนุมัติจริยธรรมในการวิจัย							
4. คัดเลือกและอบรมเจ้าหน้าที่วิจัย							
5. เก็บข้อมูลภาคสนามทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ							
6. วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล							
7. สรุปและอภิปรายผล							
8. เขียนรายงานและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์							

แผนภาพที่ 3 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) สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ในการทดสอบสมมติฐานที่ 1 คือ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก ภูมิภาค กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

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

สมมติฐานที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนแหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

สมมติฐานที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

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 ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดในทิศทางเดียวกัน ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ (-) หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดในทิศทางตรงข้ามกัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2553) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Constant comparative analysis) (สุภางค์ จันทวานิช, 2556) โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (ชาย โพธิ์สิตา, 2552)

- อ่านและทำความเข้าใจข้อความหรือถ้อยคำต่างๆ ที่ปรากฏในบทสนทนาจากการทำประชุมกลุ่มย่อยและการบันทึกจากการสังเกต
- จัดประเด็นที่สำคัญตั้งเป็นดัชนี จัดระบบให้รหัสข้อมูล
- จัดหมวดหมู่และจำแนกประเภทของดัชนีที่กำหนดไว้
- ตีความข้อมูลและดำเนินการตรวจสอบความหมาย
- สร้างข้อสรุปจากดัชนีหมวดหมู่ และความหมายทั้งหมด
- นำเสนอข้อสรุปและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง (Validity) ของข้อมูลจากวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ดังต่อไปนี้คือ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากหลายแหล่งข้อมูล คือ กลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน หลายสถานที่ ได้แก่ ภาคที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งการตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีต่างๆ กัน

เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถาม การสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และทำการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อแสดงถึงคำตอบที่ต้องการศึกษา

6. จริยธรรมในการวิจัย

1. โครงการวิจัย เรื่อง การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี 2562 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ Kucsc.HE-61-023 ณ วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยในการวิจัยครั้งนี้ คณะวิจัยได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยการคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ (The Belmont Report, 1979) ได้แก่ หลักเคารพต่อบุคคล (Respect for persons) หลักคุณประโยชน์และไม่เป็นโทษ (Beneficence and non-maleficence) และหลักยุติธรรม (Justice)

2. คณะผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมทั้งทำหนังสือแจ้งผู้บริหารเรื่องการเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครวิจัย

3. ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กับกลุ่มอาสาสมัครวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ความสำคัญของการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา รวมถึงประโยชน์ของการศึกษาจนเป็นที่เข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมตนเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม/สนทนากลุ่ม แล้วจึงให้กลุ่มอาสาสมัครวิจัย ตอบแบบสอบถาม/สนทนากลุ่มได้อย่างอิสระ

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

5. กระบวนการให้ข้อมูลและการขอคำยินยอม ทำได้โดยนักวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มอาสาสมัคร หลังจากนั้นให้กลุ่มอาสาสมัครทำความเข้าใจกับ เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครครั้งนี้ ให้เป็นไปตามความสมัครใจของอาสาสมัคร อาสาสมัครมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยให้แจ้งความประสงค์ให้แก่ผู้วิจัยทราบโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่ออาสาสมัครทั้งนี้ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ อาสาสมัครอาจเกิดความไม่สบายใจเมื่อต้องตอบคำถามหรือร่วมพูดคุยสนทนา ซึ่งอาสาสมัครสามารถบอกถึงความไม่สบายใจหรือต้องการหยุดได้ทุกเวลา เมื่อเข้าใจแล้วจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จากการศึกษาเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562” เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) โดยการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามจำนวน 5,243 ชุด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยแจกแจงเป็นร้อยละของแต่ละรายการ

ส่วนที่ 1.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่

- 1.2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 1.2.2 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 1.2.3 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 1.2.4 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 1.2.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- 1.2.6 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ส่วนที่ 1.3 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูล ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ส่วนที่ 1.4 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูล ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 2.1 แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ส่วนที่ 2.2 ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ส่วนที่ 2.3 ภาพลักษณ์กรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร เป็นการแสดงถึง เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,730	33.0
หญิง	3,513	67.0
อายุ (ปี)		
18 – 25	1,151	22.0
26 – 45	1,465	27.9
46 – 60	1,546	29.5
60 ปีขึ้นไป	1,081	20.6
อายุเฉลี่ย = 44.29 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.11		
อายุสูงสุด = 91 ปี อายุต่ำสุด = 18 ปี		
ภูมิภาค		
กรุงเทพมหานคร	402	7.7
ภาคกลาง	1,241	23.7
ภาคเหนือ	1,200	22.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,600	30.5
ภาคใต้	800	15.3
การศึกษา		
ประถมศึกษา	1,882	35.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	618	11.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1,340	25.6
อนุปริญญาตรี/ปวส.	363	6.9
ปริญญาตรี	923	17.6
สูงกว่าปริญญาตรี	117	2.2

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	1,389	26.5
รับจ้างทั่วไป	959	18.3
ค้าขาย	744	14.2
พนักงานบริษัท	187	3.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	676	12.9
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	635	12.1
นักเรียน/นักศึกษา	550	10.5
อาชีพอื่นๆ (ไม่ระบุอาชีพ)	103	2.0

จากตารางที่ 5 พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.0 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 29.5 อยู่ในช่วงอายุ 46 – 60 ปี (อายุเฉลี่ย 44.29 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.11) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.5 อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.9, 25.6 และ 17.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 26.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 18.3 และ 14.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่างๆ

ผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ประกอบไปด้วย ผลการวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

พร้อมทั้งการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก กับปัจจัยต่างๆ ผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1.2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและระดับของการรับรู้

โรค / ระดับของการรับรู้	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก		
มาก (4 - 5 คะแนน)	3,737	70.9
ปานกลาง (3 คะแนน)	924	17.6
น้อย (2 คะแนน)	416	7.9
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	186	3.6
$\bar{x} = 3.95$, SD = 1.10, ระดับ = มาก		
โรคพิษสุนัขบ้า		
มาก (4 - 5 คะแนน)	3,179	60.6
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,249	23.8
น้อย (2 คะแนน)	556	10.7
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	259	4.9
$\bar{x} = 3.69$, SD = 1.14, ระดับ = มาก		
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,690	51.3
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,264	24.1
น้อย (2 คะแนน)	770	14.7
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	519	9.9
$\bar{x} = 3.41$, SD = 1.28, ระดับ = มาก		

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค และระดับของการรับรู้

โรค / ระดับของการรับรู้	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง		
มาก (4 - 5 คะแนน)	3,658	69.8
ปานกลาง (3 คะแนน)	906	17.2
น้อย (2 คะแนน)	444	8.5
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	235	4.5
$\bar{X} = 3.91$, SD = 1.14, ระดับ = มาก		
รวม 4 โรค		
มาก (14 - 20 คะแนน)	3,522	67.2
ปานกลาง (7 - 13 คะแนน)	1,553	29.6
น้อย (5 - 6 คะแนน)	70	1.3
ไม่ได้รับ (4 คะแนน)	98	1.9
$\bar{X} = 14.96$, SD = 3.95, ระดับ = มาก		
*หมายเหตุ การแปลผลระดับรายโรค		
ระดับมาก	3.35 – 5.00	
ระดับปานกลาง	1.66 – 3.34	
ระดับน้อย	0.00 – 1.65	

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.1 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม ทั้ง 4 โรค โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 67.2, 29.6, 1.3 และ 1.9 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 14.96$, SD = 3.95)

เมื่อพิจารณาในรายโรค โดยเรียงลำดับตามการได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือ โรคไข้เลือดออก รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ $\bar{X}$

1. ไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 96.4 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 70.9, 17.6, 7.9 และ 3.6 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, SD = 1.10)

2. โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 95.5 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 69.8, 17.2, 8.5 และ 4.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, SD = 1.14)

3. โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 95.1 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 60.6, 23.8, 10.7 และ 4.9 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$, SD = 1.14)

4. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 90.1 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 51.3, 24.1, 14.7 และ 9.9 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.41$, $SD = 1.28$)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
ในภาพรวม 4 โรค

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ			รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	น้อย*			
เพศ						
ชาย	1,043 (19.9)	596 (11.4)	91 (1.7)	1,730 (33.0)	72.622***	<.001
หญิง	2,479 (47.3)	957 (18.3)	77 (1.5)	3,513 (67.0)		
รวม	3,522 (67.2)	1,553 (29.6)	168 (3.2)	5,243 (100.0)		
อายุ (ปี)						
18 – 25	706 (13.5)	385 (7.3)	60 (1.1)	1,151 (22.0)	57.214***	<.001
26 – 45	1,035 (19.7)	395 (7.5)	35 (0.7)	1,465 (27.9)		
46 – 60	1,101 (21.0)	410 (7.8)	35 (0.7)	1,546 (29.5)		
60 ปีขึ้นไป	680 (13.0)	363 (6.9)	38 (0.7)	1,081 (20.6)		
รวม	3,522 (67.2)	1,553 (29.6)	168 (3.2)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
ในภาพรวม 4 โรค (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ			รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	น้อย*			
ภูมิภาค						
ภาคเหนือ	872 (16.6)	304 (5.8)	24 (0.5)	1,200 (22.9)	225.655***	<.001
ภาคกลาง	800 (15.3)	384 (7.3)	57 (1.1)	1,241 (23.7)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,217 (23.2)	352 (6.7)	31 (0.6)	1,600 (30.5)		
ภาคใต้	384 (7.3)	372 (7.1)	44 (0.8)	800 (15.3)		
กรุงเทพมหานคร	249 (4.7)	141 (2.7)	12 (0.2)	402 (7.7)		
รวม	3,522 (67.2)	1,553 (29.6)	168 (3.2)	5,243 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	1,193 (22.8)	620 (11.8)	69 (1.3)	1,882 (35.9)	53.617***	<.001
มัธยมศึกษาตอนต้น	410 (7.8)	185 (3.5)	23 (0.4)	618 (11.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	932 (17.8)	369 (7.0)	39 (0.7)	1,340 (25.6)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	217 (4.1)	126 (2.4)	20 (0.4)	363 (6.9)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	770 (14.7)	253 (4.8)	17 (0.3)	1,040 (19.8)		
รวม	3,522 (67.2)	1,553 (29.6)	168 (3.2)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
ในภาพรวม 4 โรค (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ			รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	น้อย*			
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	1,027	335	25	1,389	99.747***	<.001
	(19.6)	(6.4)	(0.5)	(26.5)		
รับจ้างทั่วไป	634	289	36	959		
	(12.1)	(5.5)	(0.7)	(18.3)		
ค้าขาย	464	253	27	744		
	(8.8)	(4.8)	(0.5)	(14.2)		
พนักงานบริษัท	116	66	5	187		
	(2.2)	(1.3)	(0.1)	(3.6)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	506	155	15	676		
	(9.7)	(3.0)	(0.3)	(12.9)		
ไม่ได้ทำงาน	373	232	30	635		
	(7.1)	(4.4)	(0.6)	(12.1)		
นักเรียน/นักศึกษา	344	183	23	550		
	(6.6)	(3.5)	(0.4)	(10.5)		
อาชีพอื่นๆ	56	40	7	103		
	(1.1)	(0.8)	(0.1)	(2.0)		
รวม	3,522	1,553	168	5,243		
	(67.2)	(29.6)	(3.2)	(100.0)		

* หมายถึง : ระดับน้อย หมายถึง ระดับน้อยและระดับไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

จากตารางที่ 7 พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูล
ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

1.2.2 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามแหล่งข้อมูล และระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์		
อินสตราแกรม ยูทูบ เป็นต้น)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,791	53.2
ปานกลาง (3 คะแนน)	896	17.1
น้อย (2 คะแนน)	374	7.1
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	1,182	22.6
$\bar{x} = 3.30, SD = 1.52, \text{ระดับ} = \text{ปานกลาง}$		
โทรทัศน์/เคเบิลทีวี		
มาก (4 - 5 คะแนน)	3,156	60.2
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,195	22.8
น้อย (2 คะแนน)	592	11.3
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	300	5.7
$\bar{x} = 3.68, SD = 1.18, \text{ระดับ} = \text{มาก}$		
วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,339	44.6
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,318	25.1
น้อย (2 คะแนน)	874	16.7
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	712	13.6
$\bar{x} = 3.22, SD = 1.32, \text{ระดับ} = \text{ปานกลาง}$		
หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร		
มาก (4 - 5 คะแนน)	1,368	26.1
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,458	27.8
น้อย (2 คะแนน)	1,224	23.3
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	1,193	22.8
$\bar{x} = 2.67, SD = 1.26, \text{ระดับ} = \text{ปานกลาง}$		

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตาม
แหล่งข้อมูล และระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล (ต่อ)

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	1,640	31.3
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,495	28.5
น้อย (2 คะแนน)	1,200	22.9
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	908	17.3
$\bar{x} = 2.85$, SD = 1.25, ระดับ = ปานกลาง		
บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	3,210	61.2
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,131	21.6
น้อย (2 คะแนน)	663	12.6
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	239	4.6
$\bar{x} = 3.71$, SD = 1.17, ระดับ = มาก		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	3,218	61.3
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,031	19.7
น้อย (2 คะแนน)	664	12.7
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	330	6.3
$\bar{x} = 3.70$, SD = 1.24, ระดับ = มาก		
ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,079	39.7
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,335	25.5
น้อย (2 คะแนน)	1,045	19.8
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	784	15.0
$\bar{x} = 3.07$, SD = 1.31, ระดับ = ปานกลาง		

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามแหล่งข้อมูล และระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล (ต่อ)

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพื่อน /ญาติ / คนในครอบครัว		
มาก (4 - 5 คะแนน)	2,256	43.0
ปานกลาง (3 คะแนน)	1,453	27.7
น้อย (2 คะแนน)	971	18.5
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	563	10.8
$\bar{x} = 3.21$, SD = 1.24, ระดับ = ปานกลาง		
รวมทั้ง 9 แหล่งข้อมูล		
มาก (30 - 45 คะแนน)	2,716	51.8
ปานกลาง (16 - 29 คะแนน)	2,244	42.8
น้อย (10 - 15 คะแนน)	255	4.9
ไม่ได้รับ (9 คะแนน)	28	0.5
$\bar{x} = 29.42$, SD = 8.15, ระดับ = ปานกลาง		

* หมายเหตุ	การแปลผลระดับการรับรู้ข้อมูล	
	ระดับมาก	3.35 – 5.00
	ระดับปานกลาง	1.66 – 3.34
	ระดับน้อย	0.00 – 1.65

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 51.8, 42.8, 4.9 และ 0.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 29.42$, SD = 8.15) แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 9 แหล่งข้อมูล เรียงตามลำดับได้ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุข มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 95.4 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.71$, SD = 1.17)
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 93.7 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.70$, SD = 1.24)
3. โทรศัพท์/เคเบิลทีวี มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 94.3 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, SD = 1.18)
4. อินเทอร์เน็ต มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 77.4 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$, SD = 1.52)
5. วิทยู มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 86.4 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.22$, SD = 1.32)

6. เพื่อน ญาติ พี่น้อง มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 89.2 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.21$, $SD = 1.24$)

7. ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนชาวบ้าน มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลร้อยละ 85.0 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.07$, $SD = 1.31$)

8. สื่อสิ่งพิมพ์ มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงร้อยละ 82.7 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.85$, $SD = 1.24$)

9. หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร มีกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลร้อยละ 77.2 โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.67$, $SD = 1.26$)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร			รวม	χ^2	P- value
	เรื่องโรคและภัยสุขภาพ					
	มาก	ปานกลาง	น้อย*			
เพศ						
ชาย	773 (14.7)	839 (16.0)	118 (2.3)	1730 (33.0)	54.538***	<.001
หญิง	1,943 (37.1)	1,405 (26.8)	165 (3.1)	3,513 (67.0)		
รวม	2,716 (51.8)	2,244 (42.8)	283 (5.4)	5,243 (100.0)		
อายุ (ปี)						
18 – 25	591 (11.3)	514 (9.8)	46 (0.9)	1,151 (22.0)	118.588***	<.001
26 – 45	856 (16.3)	553 (10.5)	56 (1.1)	1,465 (27.9)		
46 – 60	847 (16.2)	613 (11.7)	86 (1.6)	1,546 (29.5)		
60 ปีขึ้นไป	422 (8.0)	564 (10.8)	95 (1.8)	1,081 (20.6)		
รวม	2,716 (51.8)	2,244 (42.8)	283 (5.4)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร			รวม	χ^2	P- value
	เรื่องโรคและภัยสุขภาพ					
	มาก	ปานกลาง	น้อย*			
ภูมิภาค						
ภาคเหนือ	713 (13.6)	464 (8.8)	23 (0.4)	1,200 (22.9)	342.776***	<.001
ภาคกลาง	676 (12.9)	496 (9.5)	69 (1.3)	1,241 (23.7)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	867 (16.5)	698 (13.3)	35 (0.7)	1,600 (30.5)		
ภาคใต้	288 (5.5)	375 (7.2)	137 (2.6)	800 (15.3)		
กรุงเทพมหานคร	172 (3.3)	211 (4.0)	19 (0.4)	402 (7.7)		
รวม	2,716 (51.8)	2,244 (42.8)	283 (5.4)	5,243 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	815 (15.5)	896 (17.1)	171 (3.3)	1,882 (35.9)	174.795***	<.001
มัธยมศึกษาตอนต้น	365 (7.0)	219 (4.2)	34 (0.6)	618 (11.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	810 (15.4)	479 (9.1)	51 (1.0)	1,340 (25.6)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	190 (3.6)	165 (3.1)	8 (0.2)	363 (6.9)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	536 (10.2)	485 (9.3)	19 (0.4)	1,040 (19.8)		
รวม	2,716 (51.8)	2,244 (42.8)	283 (5.4)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ			รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	น้อย*			
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	809 (15.4)	516 (9.8)	64 (1.2)	1,389 (26.5)	150.674***	<.001
รับจ้างทั่วไป	523 (10.0)	389 (7.4)	47 (0.9)	959 (18.3)		
ค้าขาย	339 (6.5)	355 (6.8)	50 (1.0)	744 (14.2)		
พนักงานบริษัท	88 (1.7)	93 (1.8)	6 (0.1)	187 (3.6)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	372 (7.1)	288 (5.5)	16 (0.3)	676 (12.9)		
ไม่ได้ทำงาน	258 (4.9)	297 (5.7)	80 (0.5)	635 (12.1)		
นักเรียน/นักศึกษา	286 (5.5)	251 (4.8)	13 (0.2)	550 (10.5)		
อาชีพอื่นๆ	41 (0.8)	55 (1.0)	7 (0.1)	103 (2.0)		
รวม	2,716 (51.8)	2,244 (42.8)	283 (5.4)	5,243 (100.0)		

* หมายถึง: ระดับน้อย หมายถึง ระดับน้อยและระดับไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

จากตารางที่ 9 พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

1.2.3 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
จำแนกตามรายโรค และระดับของความพึงพอใจ

โรค / ระดับของความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,858	35.4
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,158	60.2
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	227	4.4
$\bar{x} = 3.30$, SD = 0.59, ระดับ = พึงพอใจมาก		
โรคพิษสุนัขบ้า		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,535	29.3
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,414	65.1
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	294	5.6
$\bar{x} = 3.23$, SD = 0.58, ระดับ = พึงพอใจมาก		
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,278	24.3
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,496	66.7
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	469	9.0
$\bar{x} = 3.14$, SD = 0.60, ระดับ = พึงพอใจมาก		
โรคความดันโลหิตสูง		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,874	35.7
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,089	58.9
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	280	5.4
$\bar{x} = 3.29$, SD = 0.60, ระดับ = พึงพอใจมาก		
รวม 4 โรค		
พึงพอใจมาก (11 - 16 คะแนน)	4,921	93.9
พึงพอใจ (6 - 10 คะแนน)	297	5.6
ไม่พึงพอใจ (4 - 5 คะแนน)	25	0.5
$\bar{x} = 12.96$, SD = 1.98, ระดับ = พึงพอใจมาก		

* หมายเหตุ การแปลผลระดับรายโรค

ระดับมาก	2.65 – 4.00
ระดับปานกลาง	1.33 – 2.64
ระดับน้อย	0.00 – 1.32

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 4 โรค ร้อยละ 99.5 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 0.5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 12.96$, SD = 1.98)

เมื่อพิจารณาในความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารรายโรค โดยเรียงลำดับตามความพึงพอใจมากที่สุดคือ โรคไข้เลือดออก รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามลำดับ ดังนี้

1. โรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 95.6 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 4.4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.59$)
2. โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 94.6 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 5.4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.60$)
3. โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 93.4 โดยไม่พึงพอใจร้อยละ 5.6 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.23$, $SD = 0.58$)
4. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 91.0 โดยไม่พึงพอใจร้อยละ 9.0 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.14$, $SD = 0.60$)

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวม 4 โรค		รวม	χ^2	P- value
	พึงพอใจมาก	อื่นๆ			
เพศ					
ชาย	1,594 (30.4)	136 (2.6)	1730 (33.0)	13.247***	<.001
หญิง	3,327 (63.5)	186 (3.5)	3,513 (67.0)		
รวม	4,921 (93.9)	322 (6.1)	5,243 (100.0)		
อายุ (ปี)					
18 – 25	1,073 (20.5)	78 (1.5)	1,151 (22.0)	8.210*	.042
26 – 45	1,371 (26.1)	94 (1.8)	1,465 (27.9)		
46 – 60	1,473 (28.1)	73 (1.4)	1,546 (29.5)		
60 ปีขึ้นไป	1,004 (19.1)	77 (1.5)	1,081 (20.6)		
รวม	4,921 (93.9)	322 (6.1)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ
ภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร		รวม	χ^2	P- value
	ในภาพรวม 4 โรค				
	พึงพอใจมาก	อื่นๆ			
ภูมิภาค					
ภาคเหนือ	1,137 (21.7)	63 (1.2)	1,200 (22.9)	27.658***	<.001
ภาคกลาง	1,145 (21.8)	96 (1.8)	1,241 (23.7)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,535 (29.3)	65 (1.2)	1,600 (30.5)		
ภาคใต้	736 (14.0)	64 (1.2)	800 (15.3)		
กรุงเทพมหานคร	368 (7.0)	34 (0.6)	402 (7.7)		
รวม	4,921 (93.9)	322 (6.1)	5,243 (100.0)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	1,772 (33.8)	110 (2.1)	1,882 (35.9)	6.055	.195
มัธยมศึกษาตอนต้น	574 (10.9)	44 (0.8)	618 (11.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1,267 (24.2)	73 (1.4)	1,340 (25.6)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	332 (6.3)	31 (0.6)	363 (6.9)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	976 (18.6)	64 (1.2)	1,040 (19.8)		
รวม	4,921 (93.9)	322 (6.1)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ
ภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวม 4 โรค		รวม	χ^2	P- value
	พึงพอใจมาก	อื่นๆ			
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรวม	1,324 (25.3)	65 (1.2)	1,389 (26.5)	11.251	.128
รับจ้างทั่วไป	897 (17.1)	62 (1.2)	959 (18.3)		
ค้าขาย	691 (13.2)	53 (1.0)	744 (14.2)		
พนักงานบริษัท	172 (3.3)	15 (0.3)	187 (3.6)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	634 (12.1)	42 (0.8)	676 (12.9)		
ไม่ได้ทำงาน	586 (12.1)	49 (0.9)	635 (12.1)		
นักเรียน/นักศึกษา	521 (9.9)	29 (0.6)	550 (10.5)		
อาชีพอื่นๆ	96 (1.8)	7 (0.1)	103 (2.0)		
รวม	4,921 (93.9)	322 (6.1)	5,243 (100.0)		

จากตารางที่ 11 พบว่า เพศ และภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ
ภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง
อายุ การศึกษา และอาชีพหลักกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนใน
ภาพรวม 4 โรค

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
จำแนกตามรายประเด็นข้อคำถามและระดับของความพึงพอใจ

ประเด็นคำถาม/ระดับของความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพมีประโยชน์		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	2,096	40.0
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,038	57.9
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	109	2.1
$\bar{x} = 3.38$, SD = 0.54, ระดับ = พึงพอใจมาก		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพน่าสนใจ		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,723	32.9
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,382	64.5
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	138	2.6
$\bar{x} = 3.30$, SD = 0.54, ระดับ = พึงพอใจมาก		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพน่าเชื่อถือ		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,653	31.5
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,418	65.2
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	172	3.3
$\bar{x} = 3.28$, SD = 0.54, ระดับ = พึงพอใจมาก		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพเข้าใจง่าย		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,684	32.1
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,361	64.1
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	198	3.8
$\bar{x} = 3.28$, SD = 0.55, ระดับ = พึงพอใจมาก		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพมีเนื้อหาพอเพียง		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,552	29.6
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,446	65.7
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	245	4.7
$\bar{x} = 3.24$, SD = 0.55, ระดับ = พึงพอใจมาก		

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
จำแนกตามรายประเด็นข้อคำถามและระดับของความพึงพอใจ (ต่อ)

ประเด็นคำถาม / ระดับของความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 5,243)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพนำเสนอได้ทันเวลา		
พึงพอใจมาก (4 คะแนน)	1,527	29.1
พึงพอใจ (3 คะแนน)	3,336	63.6
ไม่พึงพอใจ (1 - 2 คะแนน)	380	7.3
$\bar{x} = 3.21$, SD = 0.59, ระดับ = พึงพอใจมาก		
รวม 6 ประเด็นคุณภาพ		
พึงพอใจมาก (17 - 24 คะแนน)	4,988	95.1
พึงพอใจ (9 - 16 คะแนน)	242	4.6
ไม่พึงพอใจ (6 - 8 คะแนน)	13	0.3
$\bar{x} = 19.68$, SD = 2.68, ระดับ = พึงพอใจมาก		
* หมายเหตุ การแปลผลระดับ		
	ระดับมาก	2.65 – 4.00
	ระดับปานกลาง	1.33 – 2.64
	ระดับน้อย	0.00 – 1.32

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 6 ประเด็นคุณภาพ ร้อยละ 99.7 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 0.3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 19.68$, SD = 2.68)

เมื่อพิจารณาในความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารรายประเด็นคุณภาพ โดยเรียงลำดับตามการความพึงพอใจมากที่สุดคือ มีประโยชน์ รองลงมาคือ น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เข้าใจง่าย มีเนื้อหาพอเพียง และนำเสนอได้ทันเวลา ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ในประเด็นความมีประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 97.9 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 2.1 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.38$, SD = 0.54)
2. ในประเด็นความน่าสนใจ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 97.4 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 2.6 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.30$, SD = 0.54)
3. ในประเด็นความน่าเชื่อถือ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 96.7 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 3.3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.28$, SD = 0.54)
4. ในประเด็นความเข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 96.2 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 3.8 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.28$, SD = 0.55)
5. ในประเด็นความมีเนื้อหาพอเพียง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 95.3 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 4.7 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.24$, SD = 0.55)

6. ในประเด็นการนำเสนอได้ทันเวลา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 92.7 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 7.3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 3.21$, $SD = 0.59$)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร		รวม	χ^2	P- value
	ในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ				
	พึงพอใจมาก	อื่นๆ			
เพศ					
ชาย	1,628 (31.1)	102 (1.9)	1730 (33.0)	5.947*	.015
หญิง	3,360 (64.1)	153 (2.9)	3,513 (67.0)		
รวม	4,988 (95.1)	255 (4.9)	5,243 (100.0)		
อายุ (ปี)					
18 – 25	1,088 (20.8)	63 (1.2)	1,151 (22.0)	3.613	.306
26 – 45	1,386 (26.4)	79 (1.5)	1,465 (27.9)		
46 – 60	1,479 (28.2)	67 (1.3)	1,546 (29.5)		
60 ปีขึ้นไป	1,035 (19.7)	46 (0.9)	1,081 (20.6)		
รวม	4,988 (95.1)	255 (4.9)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ
ภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ		รวม	χ^2	P- value
	พึงพอใจมาก	อื่นๆ			
ภูมิภาค					
ภาคเหนือ	1,151	49	1,200	33.691***	<.001
	(22.0)	(0.9)	(22.9)		
ภาคกลาง	1,172	69	1,241		
	(22.4)	(1.3)	(23.7)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,553	47	1,600		
	(29.6)	(0.9)	(30.5)		
ภาคใต้	739	61	800		
	(14.1)	(1.2)	(15.3)		
กรุงเทพมหานคร	373	29	402		
	(7.1)	(0.6)	(7.7)		
รวม	4,988	255	5,243		
	(95.1)	(4.9)	(100.0)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	1,807	75	1,882	7.995	.092
	(34.5)	(1.4)	(35.9)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	586	32	618		
	(11.2)	(0.6)	(11.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1,277	63	1,340		
	(24.4)	(1.2)	(25.6)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	343	20	363		
	(6.5)	(0.4)	(6.9)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	975	65	1,040		
	(18.6)	(1.2)	(19.8)		
รวม	4,988	255	5,243		
	(95.1)	(4.9)	(100.0)		

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ
 ภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ		รวม	χ^2	P- value
	พึงพอใจมาก	อื่นๆ			
อาชีพหลัก					
เกษตรกร	1,344 (25.6)	45 (0.9)	1,389 (26.5)	13.334	.064
รับจ้างทั่วไป	907 (17.3)	52 (1.0)	959 (18.3)		
ค้าขาย	702 (13.4)	42 (0.8)	744 (14.2)		
พนักงานบริษัท	174 (3.3)	13 (0.3)	187 (3.6)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	638 (12.2)	38 (0.7)	676 (12.9)		
ไม่ได้ทำงาน	599 (11.4)	36 (0.7)	635 (12.1)		
นักเรียน/นักศึกษา	526 (10.0)	24 (0.5)	550 (10.5)		
อาชีพอื่นๆ	98 (1.9)	5 (0.1)	103 (2.0)		
รวม	4,988 (95.1)	255 (4.9)	5,243 (100.0)		

จากตารางที่ 13 พบว่า เพศ และภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ
 ภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ไม่พบ
 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา และอาชีพหลัก กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
 ของประชาชนในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ

1.2.4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ถูกต้อง จำแนกตาม
รายโรคและรายข้อคำถาม (n = 5,243)

โรค/ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับของ การตอบ ถูกต้อง
โรคไข้เลือดออก			
1. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกห้ามรับประทานยาแก้ปวดจำพวกแอสไพริน	3,435	65.5	ปานกลาง
2. คนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วจะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกอีก	3,499	66.7	มาก
3. โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นเฉพาะช่วงฤดูฝน	3,312	63.2	ปานกลาง
4. เด็กหรือผู้ใหญ่ก็สามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้	4,711	89.9	มาก
5. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านหรือบริเวณบ้านเป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก	4,932	94.1	มาก
6. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหากปล่อยทิ้งไว้บางรายอาจเกิดอาการช็อคได้	4,902	93.5	มาก
โรคพิษสุนัขบ้า			
7. โรคพิษสุนัขบ้าสามารถเกิดขึ้นได้กับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด	4,090	78.0	มาก
8. การถูกสุนัขหรือแมวข่วนไม่สามารถทำให้เป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้	3,379	64.4	ปานกลาง
9. หากป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว ไม่สามารถรักษาได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย	2,414	46.0	ปานกลาง
10. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่สัตว์เลี้ยงเพียงเข็มเดียวป้องกันโรคนี้ได้ตลอดชีวิต	4,031	76.9	มาก
11. สัตว์ที่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะต้องมีอาการดุร้ายหรือเปลี่ยนแปลงไปทุกตัว	1,494	28.5	น้อย
12. หากถูกสุนัขกัดและฉีดวัคซีนเข็มแรกแล้ว ไม่จำเป็นต้องไปรับวัคซีนให้ตรงตามนัดก็ได้	4,075	77.7	มาก
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
13. ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าผู้อื่น	3,956	75.5	มาก
14. เมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้วรีบไปทำการรักษาจะทำให้ผู้ติดเชื้อยังคงมีสุขภาพดี	4,366	83.3	มาก
15. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ แสดงว่าไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3,074	58.6	ปานกลาง
16. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการดูแลยังไม่มีอาการก็สามารถแพร่กระจายเชื้อสู่คนอื่นได้	4,232	80.7	มาก

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ถูกต้อง จำแนกตาม รายโรคและรายข้อคำถาม (ต่อ)

โรค/ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับของ การตอบ ถูกต้อง
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ต่อ)			
17. การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ทำให้เสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีได้	3,094	59.0	ปานกลาง
18. ผู้หญิงที่เป็นหูดหงอนไก่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	2,760	52.6	ปานกลาง
โรคความดันโลหิตสูง			
19. คนที่มีความดันโลหิตอยู่ที่ระดับ 120/80 มิลลิเมตร/ปรอท จัดว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	3,145	60.0	ปานกลาง
20. คนอ้วนมีโอกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม	3,111	59.3	ปานกลาง
21. อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง คือ การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ ไตวาย อัมพาต	4,346	82.9	มาก
22. การรับประทานอาหารเค็มจัดหรือโซเดียมสูงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	4,184	79.8	มาก
23. ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีไม่จำเป็นต้องตรวจความดันโลหิตสูง	4,037	77.0	มาก
24. การออกกำลังกายลดโอกาสในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	4,055	77.3	มาก

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องในความถี่ระดับมากถึงจำนวน 16 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 7 ข้อ และมีความถี่ในการตอบถูกต้องในระดับน้อยจำนวน 1 ข้อ โดยข้อคำถามที่ตอบได้ถูกต้องสูงสุด คือ (ข้อที่ 5) การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านหรือบริเวณบ้านเป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีผู้ตอบถูกต้องคิดเป็น ร้อยละ 94.1 ส่วนข้อคำถามที่มีคนตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ (ข้อที่ 11) สัตว์ที่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะต้องมีอาการดุร้าย หรือเปลี่ยนแปลงไปทุกตัว มีผู้ตอบได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 28.5

ตารางที่ 15 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค และระดับความรู้ (n = 5,243)

โรค/ระดับความรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก			
มาก	(5 – 6 คะแนน)	3,291	62.8
ปานกลาง	(3 – 4 คะแนน)	1,719	32.8
น้อย	(0 – 2 คะแนน)	233	4.4
$\bar{x} = 4.73$, SD = 1.26, ระดับ = มาก			
โรคพิษสุนัขบ้า			
มาก	(5 – 6 คะแนน)	1,724	32.9
ปานกลาง	(3 – 4 คะแนน)	2,483	47.4
น้อย	(0 – 2 คะแนน)	1,036	19.8
$\bar{x} = 3.72$, SD = 1.42, ระดับ = ปานกลาง			
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
มาก	(5 – 6 คะแนน)	2,447	46.7
ปานกลาง	(3 – 4 คะแนน)	1,904	36.3
น้อย	(0 – 2 คะแนน)	892	17.0
$\bar{x} = 4.10$, SD = 1.60, ระดับ = มาก			
โรคความดันโลหิตสูง			
มาก	(5 – 6 คะแนน)	2,974	56.7
ปานกลาง	(3 – 4 คะแนน)	1,498	28.6
น้อย	(0 – 2 คะแนน)	771	14.7
$\bar{x} = 4.36$, SD = 1.59, ระดับ = มาก			
ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ 4 โรค			
มาก	(16 – 24 คะแนน)	3,510	66.9
ปานกลาง	(8 – 15 คะแนน)	1,550	29.6
น้อย	(0 – 7 คะแนน)	183	3.5
$\bar{x} = 16.91$, SD = 4.63, ระดับ = มาก			

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.9, 29.6 และ 3.5 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 16.91$, SD = 4.63)

เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า

1. โรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ระดับมาก ร้อยละ 62.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.8 และระดับน้อย ร้อยละ 4.4 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.73$, SD = 1.26)

2. โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ระดับมาก ร้อยละ 32.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.4 และระดับน้อย ร้อยละ 19.8 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.72$, $SD = 1.42$)

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ระดับมาก ร้อยละ 46.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.3 และระดับน้อย ร้อยละ 17.0 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.10$, $SD = 1.59$)

4. โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ระดับมาก ร้อยละ 56.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.6 และระดับน้อย ร้อยละ 14.7 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคนี้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.36$, $SD = 1.59$)

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ			รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
เพศ						
ชาย	1,076 (20.5)	576 (11.0)	78 (1.5)	1730 (33.0)	28.533***	<.001
หญิง	2,434 (46.4)	974 (18.6)	105 (2.0)	3,513 (67.0)		
รวม	3,510 (66.9)	1,550 (29.6)	183 (3.5)	5,243 (100.0)		
อายุ (ปี)						
18 – 25	647 (12.3)	440 (8.4)	64 (1.2)	1,151 (22.0)	99.363***	<.001
26 – 45	1,011 (19.3)	411 (7.8)	43 (0.8)	1,465 (27.9)		
46 – 60	1,139 (21.7)	370 (7.1)	37 (0.7)	1,546 (29.5)		
60 ปีขึ้นไป	713 (13.6)	329 (6.3)	39 (0.7)	1,081 (20.6)		
รวม	3,510 (66.9)	1,550 (29.6)	183 (3.5)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ			รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
ภูมิภาค						
ภาคเหนือ	520 (9.9)	629 (12.0)	51 (1.0)	1,200 (22.9)	458.187***	<.001
ภาคกลาง	910 (17.4)	298 (5.7)	33 (0.6)	1,241 (23.7)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,253 (23.9)	312 (6.0)	35 (0.7)	1,600 (30.5)		
ภาคใต้	548 (10.5)	200 (3.8)	52 (1.0)	800 (15.3)		
กรุงเทพมหานคร	279 (5.3)	111 (2.1)	12 (0.2)	402 (7.7)		
รวม	3,510 (66.9)	1,550 (29.6)	183 (3.5)	5,243 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	1,184 (22.6)	615 (11.7)	83 (1.6)	1,882 (35.9)	89.938***	<.001
มัธยมศึกษาตอนต้น	402 (7.7)	191 (3.6)	25 (0.5)	618 (11.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	875 (16.7)	413 (7.9)	52 (1.0)	1,340 (25.6)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	231 (4.4)	124 (2.4)	8 (0.2)	363 (6.9)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	818 (15.6)	207 (3.9)	15 (0.3)	1,040 (19.8)		
รวม	3,510 (66.9)	1,550 (29.6)	183 (3.5)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ			รวม	χ ²	P- value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	928 (17.7)	420 (8.0)	41 (0.8)	1,389 (26.5)	114.972***	<.001
รับจ้างทั่วไป	615 (11.7)	311 (5.9)	33 (0.6)	959 (18.3)		
ค้าขาย	485 (9.3)	236 (4.5)	23 (0.4)	744 (14.2)		
พนักงานบริษัท	117 (2.2)	65 (1.2)	5 (0.1)	187 (3.6)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	555 (10.6)	107 (2.0)	14 (0.3)	676 (12.9)		
ไม่ได้ทำงาน	425 (8.1)	173 (3.3)	37 (0.7)	635 (12.1)		
นักเรียน/นักศึกษา	315 (6.0)	210 (4.0)	25 (0.5)	550 (10.5)		
อาชีพอื่นๆ	70 (1.3)	28 (0.5)	5 (0.1)	103 (2.0)		
รวม	3,510 (66.9)	1,550 (29.6)	183 (3.5)	5,243 (100.0)		

จากตารางที่ 16 พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

1.2.5 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค
และรายข้อคำถาม (n = 5,243)

พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ*
โรคไข้เลือดออก			
1. ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกได้ตามที่ท่านต้องการ	3.25	1.18	ปานกลาง
2. ท่านเคยศึกษาความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	3.30	1.21	ปานกลาง
3. ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ผู้อื่น	3.20	1.26	ปานกลาง
4. ท่านป้องกันตนเองและบุตรหลานไม่ให้ถูกยุงกัด	4.16	1.01	มาก
5. ท่านกำจัดลูกน้ำยุงลาย	4.10	1.03	มาก
6. ท่านจัดบ้าน/ที่พักให้ปลอดโปร่งปราศจากจุดอับชื้น	4.13	0.98	มาก
7. ท่านกำจัดเศษภาชนะที่อาจจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	4.18	0.98	มาก
8. ท่านปิดฝาภาชนะเก็บน้ำไม่ให้ยุงวางไข่	4.22	1.01	มาก
โรคพิษสุนัขบ้า			
9. ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าได้ตามที่ท่านต้องการ	3.12	1.19	ปานกลาง
10. ท่านเคยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า	3.03	1.16	ปานกลาง
11. ท่านเคยศึกษาความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า	3.04	1.20	ปานกลาง
12. ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้อื่น	2.97	1.23	ปานกลาง
13. ท่านไม่ทำให้สุนัขโมโห โกรธ หรือตกใจ	4.04	1.17	มาก
14. สุนัขหรือแมวของท่านได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	4.21	1.25	มาก
15. ท่านไม่ชอบเล่นกับสุนัขหรือแมว	3.27	1.49	ปานกลาง
16. ท่านปรึกษาแพทย์เมื่อถูกสุนัขหรือแมว กัดหรือข่วน	2.84	1.53	ปานกลาง
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
17. ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามที่ท่านต้องการ	2.76	1.28	ปานกลาง
18. ท่านเคยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.70	1.26	ปานกลาง
19. ท่านเคยศึกษาความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.86	1.27	ปานกลาง
20. ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ผู้อื่น	2.64	1.29	ปานกลาง

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค และรายข้อคำถาม (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ*
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ต่อ)			
21. ท่านป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสวมถุงยางอนามัย	3.40	1.62	มาก
22. ท่านปรึกษาแพทย์ เมื่อมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.01	1.62	ปานกลาง
โรคความดันโลหิตสูง			
23. ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ตามที่ท่านต้องการ	3.41	1.25	มาก
24. ท่านเคยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	3.35	1.25	มาก
25. ท่านเคยศึกษาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	3.35	1.28	มาก
26. ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้อื่น	3.20	1.31	ปานกลาง
27. ท่านเคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต	3.81	1.19	มาก
28. ท่านไม่ชอบรับประทานอาหารหวานจัด หรือมันจัด หรือเค็มจัด	3.07	1.13	ปานกลาง
29. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน วันละประมาณ 30 นาที	3.09	1.23	ปานกลาง
30. ท่านไม่สูบบุหรี่	4.41	1.18	มาก
31. ท่านไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.17	1.10	มาก
32. การดำเนินชีวิตประจำวันไม่ทำให้ท่านเครียด	3.75	1.09	มาก

* หมายเหตุ การแปลผลระดับ	
ระดับมาก	3.35 – 5.00
ระดับปานกลาง	1.66 – 3.34
ระดับน้อย	0.00 – 1.65

จากตารางที่ 17 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในรายโรคและรายประเด็นพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1. โรคไข้เลือดออก มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 8) ท่านปิดฝาภาชนะเก็บน้ำไม่ให้ยุงลายวางไข่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต้องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.22$, $SD = 1.01$) และประเด็น (ข้อที่ 3) ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 3.20$, $SD = 1.26$)

2. โรคพิษสุนัขบ้า มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 14) สุนัขหรือแมวของท่านได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต้องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.21$, $SD = 1.25$) และประเด็น (ข้อที่ 16) ท่านปรึกษาแพทย์เมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัดหรือข่วน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.84$, $SD = 1.53$)

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 21) ท่านป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสวมถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.40$, $SD = 1.62$) และประเด็น (ข้อที่ 20) ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.64$, $SD = 1.29$)

4. โรคความดันโลหิตสูง มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 30) ท่านไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.41$, $SD = 1.18$) และประเด็น (ข้อที่ 28) ท่านไม่ชอบรับประทานอาหารหวานจัด หรือมันจัด หรือเค็มจัด มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 3.07$, $SD = 1.13$)

ตารางที่ 18 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม
($n = 5,243$)

โรค/ระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก			
มาก	(27 – 40 คะแนน)	4,017	76.6
ปานกลาง	(14 – 26 คะแนน)	1,134	21.6
น้อย	(8 – 13 คะแนน)	92	1.8
$\bar{x} = 30.56$, $SD = 6.70$, ระดับ = มาก			
โรคพิษสุนัขบ้า			
มาก	(27 – 40 คะแนน)	2,687	51.2
ปานกลาง	(14 – 26 คะแนน)	2,537	48.4
น้อย	(8 – 13 คะแนน)	19	0.4
$\bar{x} = 26.51$, $SD = 5.28$, ระดับ = ปานกลาง			
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
มาก	(20 – 30 คะแนน)	1,960	37.4
ปานกลาง	(10 – 19 คะแนน)	2,628	50.1
น้อย	(6 – 9 คะแนน)	655	12.5
$\bar{x} = 17.36$, $SD = 6.34$, ระดับ = ปานกลาง			
โรคความดันโลหิตสูง			
มาก	(33 – 50 คะแนน)	3,454	65.9
ปานกลาง	(17 – 32 คะแนน)	1,782	34.0
น้อย	(10 – 16 คะแนน)	7	0.1
$\bar{x} = 35.61$, $SD = 6.62$, ระดับ = มาก			

ตารางที่ 18 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม (ต่อ)

โรค/ระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 4 โรค		
มาก (106 – 160 คะแนน)	3,181	60.7
ปานกลาง (53 – 105 คะแนน)	2,057	39.2
น้อย (32 – 52 คะแนน)	5	0.1
$\bar{x} = 110.05$, $SD = 19.85$, ระดับ = มาก		

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.7 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 4 โรคในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.2 โดยมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียงร้อยละ 0.1 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 110.05$, $SD = 19.85$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า

1. โรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.6 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคนี้ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.6 และ 1.8 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 30.56$, $SD = 6.70$)

2. โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.2 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคนี้ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 48.4 และ 0.4 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 26.51$, $SD = 5.28$)

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.1 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคนี้ในระดับเหมาะสมปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 37.4 และ 12.5 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 17.36$, $SD = 6.34$)

4. โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.9 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคนี้ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 34.0 และ 0.1 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 35.61$, $SD = 6.62$)

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
ที่เหมาะสม

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและ ภัยสุขภาพที่เหมาะสม		รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลางและน้อย			
เพศ					
ชาย	902 (17.2)	828 (15.8)	1730 (33.0)	78.781***	<.001
หญิง	2,279 (43.5)	1,234 (23.5)	3,513 (67.0)		
รวม	3,181 (60.7)	2,062 (39.3)	5,243 (100.0)		
อายุ (ปี)					
18 – 25	585 (11.2)	566 (10.8)	1,151 (22.0)	91.708***	<.001
26 – 45	904 (17.2)	561 (10.7)	1,465 (27.9)		
46 – 60	1,062 (20.3)	484 (9.2)	1,546 (29.5)		
60 ปีขึ้นไป	630 (12.0)	451 (8.6)	1,081 (20.6)		
รวม	3,181 (60.7)	2,062 (39.3)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสม (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและ ภัยสุขภาพที่เหมาะสม		รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลางและน้อย			
ภูมิภาค					
ภาคเหนือ	761 (14.5)	439 (8.4)	1,200 (22.9)	207.014***	<.001
ภาคกลาง	744 (14.2)	497 (9.5)	1,241 (23.7)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,136 (21.7)	464 (8.8)	1,600 (30.5)		
ภาคใต้	339 (6.5)	461 (8.8)	800 (15.3)		
กรุงเทพมหานคร	201 (3.8)	201 (3.8)	402 (7.7)		
รวม	3,181 (60.7)	2,062 (39.3)	5,243 (100.0)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	1,082 (20.6)	800 (15.3)	1,882 (35.9)	40.675***	<.001
มัธยมศึกษาตอนต้น	365 (7.0)	253 (4.8)	618 (11.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	855 (16.3)	485 (9.3)	1,340 (25.6)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	188 (3.6)	175 (3.3)	363 (6.9)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	691 (13.2)	349 (6.7)	1,040 (19.8)		
รวม	3,181 (60.7)	2,062 (39.3)	5,243 (100.0)		

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
ที่เหมาะสม (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและ ภัยสุขภาพที่เหมาะสม		รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลางและน้อย			
อาชีพหลัก					
เกษตรกร	934 (17.8)	455 (8.7)	1,389 (26.5)	91.069***	<.001
รับจ้างทั่วไป	555 (10.6)	404 (7.7)	959 (18.3)		
ค้าขาย	438 (8.4)	306 (5.8)	744 (14.2)		
พนักงานบริษัท	88 (1.7)	99 (1.9)	187 (3.6)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	470 (9.0)	206 (3.9)	676 (12.9)		
ไม่ได้ทำงาน	335 (6.4)	300 (5.7)	635 (12.1)		
นักเรียน/นักศึกษา	307 (5.9)	243 (4.6)	550 (10.5)		
อาชีพอื่นๆ	54 (1.0)	49 (0.9)	103 (2.0)		
รวม	3,181 (60.7)	2,062 (39.3)	5,243 (100.0)		

จากตารางที่ 19 พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

1.2.6 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,243 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,918 คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 74.7 หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ตามมุมมองของประชาชน ดังนี้

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน
จำแนกเป็นรายข้อ (n = 3,918)

ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	Mean	SD	ระดับ
1. กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีนโยบายที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม	4.35	0.59	มาก
2. กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่มีประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้	4.32	0.58	มาก
3. บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี	4.29	0.62	มาก
4. บุคลากรของกรมควบคุมโรคเป็นที่พึ่งให้แก่ประชาชน ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	4.32	0.61	มาก
5. กรมควบคุมโรคมีกระบวนการทำงานในการรับมือกับโรค และภัยสุขภาพที่คุ้มค่าอย่างแท้จริง	4.22	0.62	มาก
6. กรมควบคุมโรคมีการส่งเสริม ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ ประชาชนเรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.24	0.58	มาก
7. การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด	4.16	0.63	มาก
8. กรมควบคุมโรคมีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคที่เข้มแข็ง	4.23	0.65	มาก
9. กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค	4.16	0.64	มาก
10. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ทำให้ประชาชนปลอดภัย จากโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ	4.22	0.64	มาก
11. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ปกป้องประชาชนไม่ให้ ได้รับผลกระทบจากโรคและภัยสุขภาพที่มาจากนานาชาติ	4.24	0.67	มาก
12. กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศ ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ	4.33	0.66	มาก

จากตารางที่ 20 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่มีต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 1) กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีนโยบายที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.35$, $SD = 0.59$) และในประเด็น (ข้อที่ 7) การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด และ (ข้อที่ 9) กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 4.16$, $SD = 0.63$; $\bar{x} = 4.16$, $SD = 0.64$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค จำแนกตามระดับภาพลักษณ์เชิงบวก

ระดับของภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรค		กลุ่มตัวอย่าง (n = 3,918)	
ในมุมมองประชาชน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	(41 – 60 คะแนน)	3,798	96.9
ปานกลาง	(21 – 40 คะแนน)	120	3.1
น้อย	(12 – 20 คะแนน)	0	0.0
$\bar{x} = 51.10$, $SD = 5.70$, ระดับมาก			

จากตารางที่ 21 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.9 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.1 โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 51.10$, $SD = 5.70$)

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค		รวม	χ^2	P- value
	ในมุมมองของประชาชน				
	มาก	ปานกลาง			
เพศ					
ชาย	1,199 (30.6)	56 (1.4)	1,255 (32.0)	12.178***	<.001
หญิง	2,599 (66.3)	64 (1.6)	2,363 (68.0)		
รวม	3,798 (96.9)	120 (3.1)	3,918 (100.0)		
อายุ (ปี)					
18 – 25	806 (20.6)	33 (0.8)	839 (21.4)	8.008*	.046
26 – 45	1,154 (29.5)	44 (1.1)	1,198 (30.6)		
46 – 60	1,184 (30.2)	25 (0.6)	1,209 (30.9)		
60 ปีขึ้นไป	654 (16.7)	18 (0.5)	672 (17.2)		
รวม	3,798 (96.9)	120 (3.1)	3,918 (100.0)		

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมอง
ของประชาชน (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค		รวม	χ^2	P- value
	ในมุมมองของประชาชน				
	มาก	ปานกลาง			
ภูมิภาค					
ภาคเหนือ	796 (20.3)	19 (0.5)	815 (20.8)	11.051*	.026
ภาคกลาง	898 (22.9)	26 (0.7)	924 (23.6)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,342 (34.3)	40 (1.0)	1,382 (35.3)		
ภาคใต้	422 (10.8)	14 (0.4)	436 (11.1)		
กรุงเทพมหานคร	340 (8.7)	21 (0.5)	361 (9.2)		
รวม	3,798 (96.9)	120 (3.1)	3,918 (100.0)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	1,173 (29.9)	27 (0.7)	1,200 (30.6)	4.785	.310
มัธยมศึกษาตอนต้น	448 (11.4)	16 (0.4)	464 (11.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1,019 (26.0)	33 (0.8)	1,052 (26.9)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	282 (7.2)	9 (0.2)	291 (7.4)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	876 (22.4)	35 (0.9)	911 (23.3)		
รวม	3,798 (96.9)	120 (3.1)	3,918 (100.0)		

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมอง
ของประชาชน (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองของประชาชน		รวม	χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง			
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรวม	1,006 (25.7)	20 (0.5)	1,026 (26.2)	15.081*	.035
รับจ้างทั่วไป	686 (17.5)	29 (0.7)	715 (18.2)		
ค้าขาย	496 (12.7)	15 (0.4)	511 (13.0)		
พนักงานบริษัท	147 (3.8)	4 (0.1)	151 (3.9)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	595 (15.2)	29 (0.7)	624 (15.9)		
ไม่ได้ทำงาน	392 (10.0)	10 (0.3)	402 (10.3)		
นักเรียน/นักศึกษา	395 (10.1)	13 (0.3)	408 (10.4)		
อาชีพอื่นๆ	81 (2.1)	0 (0.0)	81 (2.1)		
รวม	3,798 (96.9)	120 (3.1)	3,918 (100.0)		

จากตารางที่ 22 พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์
ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง
การศึกษา กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ส่วนที่ 1.3 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ แหล่งข้อมูล ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ปัจจัย BH	PC	PS	SA	KL	IM
สคร. 1 (n ₁ = 400, n ₂ = 301)	.572**	.543**	.500**	.591**	.432**
สคร. 2 (n ₁ =400, n ₂ = 244)	.519**	.614**	.465**	.118*	.476**
สคร. 3 (n ₁ = 400, n ₂ = 270)	.516**	.584**	.354**	.444**	.460**
สคร. 4 (n ₁ = 401, n ₂ = 249)	.540**	.547**	.469**	.401**	.484**
สคร. 5 (n ₁ =440, n ₂ = 380)	.558**	.509**	.431**	.357**	.363**
สคร. 6 (n ₁ =400,n ₂ = 295)	.601**	.553**	.413**	.429**	.414**
สคร. 7 (n ₁ =400, n ₂ = 358)	.599**	.603**	.374**	.323**	.466**
สคร. 8 (n ₁ =400, n ₂ = 272)	.588**	.604**	.411**	.301**	.318**
สคร. 9 (n ₁ =400, n ₂ = 352)	.522**	.529**	.381**	.432**	.404**
สคร. 10 (n ₁ , n ₂ = 400)	.578**	.431**	.478**	.360**	.376**
สคร. 11 (n ₁ = 400, n ₂ = 219)	.536**	.498**	.353**	.384**	.401**
สคร. 12 (n ₁ = 400, n ₂ = 217)	.659**	.813**	.474**	.247**	.421**
สปคม. (n ₁ = 402, n ₂ = 361)	.441**	.486**	.311**	.340**	.291**

** $p < .01$

n₁ = จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่าง PC, PS, SA กับ BH

n₂ = จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่าง IM กับ BH

หมายเหตุ :

- PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
 PS = แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
 SA = ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค
 KL = ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ
 IM = ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน
 BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

จากตารางที่ 23 แสดงให้เห็นว่า

1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของทั้ง 13 พื้นที่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลาง โดยมีพิสัยความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .441 - .659
2. แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของทั้ง 13 พื้นที่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับสูง-ปานกลาง โดยมีพิสัยความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .431 - .813
3. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรคของทั้ง 13 พื้นที่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง-ต่ำ โดยมีพิสัยความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .311 - .500
4. ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของทั้ง 13 พื้นที่นั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ มีพิสัยความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .118 - .591
5. ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของทั้ง 13 พื้นที่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง-ต่ำ โดยมีพิสัยค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง .291 - .484

ส่วนที่ 1.4 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ แหล่งข้อมูล ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ปัจจัย IM	PC	PS	SA	KL	BH
สคร. 1 (n = 301)	.369**	.466**	.357**	.199**	.432**
สคร. 2 (n = 244)	.388**	.289**	.346**	.115	.476**
สคร. 3 (n = 270)	.253**	.365**	.295**	.235**	.460**
สคร. 4 (n = 249)	.328**	.471**	.275**	.281**	.484**
สคร. 5 (n = 380)	.231**	.296**	.405**	.128*	.363*
สคร. 6 (n = 295)	.315**	.343**	.350**	.202**	.414**
สคร. 7 (n = 358)	.338**	.341**	.412**	.107*	.466**
สคร. 8 (n = 272)	.279**	.330**	.339**	.225**	.318**
สคร. 9 (n = 352)	.119*	.197**	.264**	.089	.404**
สคร. 10 (n = 400)	.344**	.374**	.362**	.068	.376**
สคร. 11 (n = 219)	.263**	.268**	.323**	.115	.401**
สคร. 12 (n = 217)	.402**	.472**	.375**	.011	.421**
สปคม. (n = 361)	.144**	.154**	.302**	.110*	.291**

* $p < .05$, ** $p < .01$

หมายเหตุ :

PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

PS = แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

SA = ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค

KL = ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

IM = ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

จากตารางที่ 24 แสดงให้เห็นว่า

1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของทั้ง 13 พื้นที่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง-ต่ำ มีพิสัยความสัมพันธ์อยู่ที่ .144 - .402
2. แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของทั้ง 13 พื้นที่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง-ต่ำ มีพิสัยความสัมพันธ์อยู่ที่ .154 -.471

3. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรคของทั้ง 13 พื้นที่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง-ต่ำ โดยมีพิสัยความสัมพันธ์อยู่ที่ระดับ .264 - .412

4. ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพใน 8 พื้นที่ คือ สคร.1 สคร.3 สคร.4 สคร.5 สคร.6 สคร.7 สคร.8 และ สปคม. มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์กรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ โดยมีพิสัยความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .107 - .281 และไม่พบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค จำนวน 6 พื้นที่

5. ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของทั้ง 13 พื้นที่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง-ต่ำ โดยมีพิสัยค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง .219 - .484

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การดำเนินการวิจัยในส่วนนี้ใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะและยึดติดกับบริบท ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาในส่วนนี้จะช่วยให้นักวิจัยสามารถทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคภัยและสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยในเชิงลึก

ลักษณะผู้ให้ข้อมูลสำคัญและบริบทของพื้นที่วิจัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนไทยจาก 4 ภูมิภาคประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 5 พื้นที่ โดยดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยพื้นที่ละ 2 กลุ่ม รวมแล้วมีการประชุมกลุ่มย่อยทั้งหมด 10 กลุ่ม โดยพื้นที่ที่เป็นส่วนภูมิภาคนั้นจะทำการประชุมกลุ่มย่อยทั้งในพื้นที่ที่เป็นชุมชนเมือง และพื้นที่ที่เป็นชุมชนอยู่นอกเขตเมือง แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวนตั้งแต่ 6-10 คน โดยใช้เทคนิคการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วยประชาชนที่มีลักษณะ ดังนี้ (1) นักเรียนหรือเยาวชน (18-25 ปี) จำนวน 2 คน (2) วัยแรงงานตอนต้น (26-45 ปี) จำนวน 2 คน (3) วัยแรงงานตอนปลาย (46-60 ปี) จำนวน 2 คน (4) วัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2 คน จากการประชุมกลุ่มย่อยทั้งหมด 10 กลุ่ม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย อาชีพที่พบมากที่สุด คือ แม่บ้าน รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง และอาชีพอิสระ

สำหรับบริบทของพื้นที่วิจัยพบว่า การประชุมกลุ่มย่อยส่วนใหญ่จัดในสถานที่ราชการ โดยจัดที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด รองลงมา คือ ห้องประชุมของเทศบาล และมีบางกลุ่มจัดที่บริเวณพื้นที่ส่วนกลางของหมู่บ้าน และมี 1 กลุ่มที่จัดที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยการจัดสภาพพื้นที่ส่วนใหญ่จะจัดเป็นโต๊ะประชุมยาว มีผู้ดำเนินการประชุมนั่งที่หัวโต๊ะ และผู้เข้าประชุมนั่งอยู่บริเวณทั้ง 2 ด้านของโต๊ะ และมีผู้สังเกตการณ์จากกรมควบคุมโรค นั่งจดบันทึกและทำการสังเกตพฤติกรรมอยู่ประมาณ 3-4 คน

ส่วนที่ 2.1 แหล่งข้อมูลในการรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

จากการประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 10 กลุ่ม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทั้งในช่องทางที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งหมด 3 ช่องทางหลัก คือ สื่อมวลชน สื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ โดยข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ผลการวิจัยของทั้ง 10 กลุ่ม ได้ผลสอดคล้องกันคือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่อยู่ในช่วงวัยที่แตกต่างกันจะมีแหล่งข้อมูลข่าวสารในการรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นเยาวชนและนักศึกษา รวมถึงวัยแรงงานตอนต้นจะรับข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตซึ่งจัดเป็นสื่อเฉพาะกิจเป็นแหล่งข้อมูลหลัก ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่อยู่ในวัยแรงงานตอนปลาย และวัยสูงอายุ จะรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคลเป็นลำดับแรก รองลงมาคือ สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน ตามลำดับ

แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในช่วงวัยเยาวชนและแรงงานตอนต้น ซึ่งมีลักษณะเป็นสื่อเฉพาะกิจผ่านอินเทอร์เน็ต มีข้อความสนับสนุน อาทิ

“ก็เจอแต่ในเฟส ในเพจเป็นข่าว อะไรประมาณเนี้ย”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงเช้า)

“จากอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ ในกูเกิล ในยูทูบ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงเช้า)

แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในช่วงวัยแรงงานตอนปลายและวัยสูงอายุ ประกอบไปด้วยสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน

สื่อบุคคล มีข้อความสนับสนุน อาทิ

“หมอเขาจะมีออกหน่วยให้บริการคนไข้ เขาจะไป เขาจะมีความรู้ให้กับ อสม.”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

“ส่วนมากเวลามีประชุมหมู่บ้านประจำเดือนอะไร เจ้าหน้าที่ของอนามัยเขาก็จะลงมาชี้แจงกับทุกหมู่บ้าน”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“ก็มีแต่หมอนั่นแหละ หมอนั่นแหละ พูดให้ฟัง”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงเช้า)

“ก็ได้มาจากประสบการณ์ที่ว่าเราอายุมันเยอะเนอะ ก็ได้รับจากนั้นจากนี้ เพื่อนฝูงบ้าง อันนั้นบ้างอะไรบ้าง”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงเช้า)

สื่อเฉพาะกิจ มีข้อความสนับสนุน อาทิ

“แผ่นพับ ใบปลิว จากโรงพยาบาลค่ะ แล้วก็ชุมชน ข้อมูลจากชุมชน เสียงตามสาย”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

“ยูทูบก็เยอะแยะ ดูโทรศัพท์มือถืออย่างเนี้ย Social...(ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: เข้าไปดูในยูทูบได้?...ครับเพราะบางอย่างชุมชนเขาจะมีเหมือนไลน์กลุ่มของชุมชน”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

ปัจจัยเชิงสาเหตุของโรคไข้เลือดออก

จากการประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 10 กลุ่ม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดมีความเข้าใจตรงกันว่า โรคไข้เลือดออก มีสาเหตุมาจากยุงเป็นสัตว์พาหะ โดยยุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก คือ ยุงลาย ซึ่งมีลักษณะตัวลายๆ ซึ่งยุงลาย จะหากินเวลากลางวัน และชอบวางไข่ในน้ำนิ่ง และน้ำสะอาด ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ยุงลายอย่างเดียว ตัวมันจะลายๆ แล้วมันจะกัดกลางวัน อยู่ในน้ำสะอาด มันวางไข่”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

“ยุงกินเนอะ ยุงลาย ยุงกลางวันนะ ยุงกลางวัน ถ้ายุงกลางคืนไม่ค่อยมีปัญหา”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“ยุงลายที่ปากยาว ๆ กัดนี่นะไม่รู้สิกละเลียด อ้าวมีมึงมากัดกูเมื่อไหร่วะเนี่ย อ้าว...
กัดตอนกลางวัน อาศัยอยู่ในน้ำสะอาดน้ำนิ่งๆ”
(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

อาการของโรคไข้เลือดออก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ตรงกันว่า โรคไข้เลือดออกจะมีอาการไข้สูงไม่ลด คลื่นไส้ อาเจียน ตัวสั่น ปวดศีรษะ ตาแดงและมีจ้ำเลือด เลือดออกง่าย

“มีไข้สูง มีจ้ำเลือด คลื่นไส้ อาเจียน ตัวสั่นด้วย ปวดหัว เลือดออกง่าย ก็ถ้าขึ้นตาม
เขาเรียกอะไรนะ ตุ่ม”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

“ไข้ขึ้นสูง ปวดหัว ใจสั่น ตาแดง แล้วบางคนก็มีผื่นตามตัว บางคนก็ผื่นจุดแดง บางคน
ก็ตาแดง เพราะว่าเคยเจอคนเป็นค่ะ”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

“ตัวร้อนไข้ไม่ลด ผื่นแดงๆ เป็นผื่นแดงได้ผิวหนัง ต้องจับกดดู”
(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

การรักษาโรคไข้เลือดออก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีอันตรายสูง เพราะสามารถทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่กล่าวว่า ถ้าพบผู้เป็นโรคไข้เลือดออกนั้นควรจะพาไปพบแพทย์จะดีที่สุด เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยถามถึง ข้อห้ามในการปฏิบัติเฉพาะของคนเป็นโรคไข้เลือดออก พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่า ห้ามรับประทานยาแอสไพริน และพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1 กลุ่ม ที่กล่าวถึงการห้ามรับประทานอาหารที่มีสีแดงหรือสีดำ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ห้ามกินยาแอสไพริน...แนะนำให้ไปหาหมอก่อนนะคะ (หญิงวัยแรงงานตอนปลาย)...
งดอาหารดำ หรือแดง (หญิงวัยแรงงานตอนต้น)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

“รู้แต่ห้ามกินยาแล้วก็กินน้ำเย็น (หญิงวัยแรงงานตอนปลาย)...ห้ามกินยา ห้ามกินยา
แอสไพริน กินได้แต่ต้องพารา...ห้ามกินยาที่ตายสิ (ชายวัยแรงงานตอนปลาย)... ยังไม่ตายก่อน
ไปหาหมอ(หญิงวัยแรงงานตอนปลาย)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“วันแรกให้กินยาเนี้ยอ่อน ๆ ถ้า 2 วันแล้วไม่หายต้องไปโรงบาลคะ...แอสไพรินเขาไม่
เลือก เพราะทำให้ไขมันหลบใน สังกะตาคารไม่ได้”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

การป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เชื่อว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกคือ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฉีดพ่นหมอกควัน การคว่ำกระถางไม่ให้มีน้ำขัง การใช้ทรายอะเบท การดูแลบ้านไม่ให้รกเพื่อไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยของยุง และมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางกลุ่มอธิบายถึงการป้องกันตนเอง ด้วยการนอนกางมุ้ง การฉีดสมุนไพรกันยุงที่ตัว ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“คว่ำกระถางหรืออะไรที่มีน้ำขัง แล้วก็ใช้ทรายอะเบทก่อน ดูแลภายในบ้านของตัวเอง
ด้วยให้ปลอดโปร่ง ให้ไม่เป็นที่อยู่อาศัยของยุง”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

“นอนในมุ้ง แล้วก็กำจัดลูกน้ำยุงลายนี้แหละ ปล่อยปลาหางนกยูง

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

สำหรับประเด็นการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ในหัวข้อ 3 เก็บ 3 โรคนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดทุกกลุ่มกล่าวว่าไม่เคยได้ยินข้อความดังกล่าว แต่เคยได้ยิน 5 ป 1 ข ซึ่งแต่ละกลุ่มก็มีผู้ที่อธิบายได้ละเอียดแตกต่างกัน ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ปิด เปลี่ยน อะไรเนี่ย...ปิด เปลี่ยน ปรับปรุง แล้วก็ปล่อยปลา”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

“ต้องใช้ 4 ป ครบ ปิดภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด ปล่อยปลาให้กินลูกน้ำ เปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน ปรับปรุงสภาพภูมิทัศน์ อย่าให้รก”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

2.3.2 โรคพิษสุนัขบ้า

การประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 10 กลุ่ม จำนวน 5 พื้นที่นั้นปรากฏว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่กล่าวว่าตนรู้จักและมีความมั่นใจที่จะพูดในประเด็นที่เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อถามถึงโรคพิษสุนัขบ้าผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ มักจะนึกถึงสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคและอันตรายของโรค ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 เหมืองข้อมูลแสดงมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า

จากภาพที่ 5 แสดงมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ นึกถึงสัตว์พาหะนำโรค และเมื่อสอบถามเพิ่มเติมว่า สัตว์อะไรบ้างที่เป็นสัตว์พาหะนำโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ มักจะกล่าวถึงสัตว์เป็นประเภทๆ เช่น สุนัข แมว หนู กระรอก กระต่าย เป็นอันดับแรก จากนั้นจึงค่อยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนที่สรุปในรูปความคิดรวบยอด เช่น สัตว์มีเขี้ยวที่สามารถกัดได้ สัตว์เลี้ยง ลูกด้วยนม ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“หมาจรจัด แล้วก็แมว (หญิงวัยแรงงานตอนปลาย)...สัตว์เลี้ยง...หนูนี้ก็มีนะ...ไอ้ตัวที่ว่ากระรอก...(หญิงวัยแรงงานตอนต้น)...สัตว์ป่า พวกที่ชอบกินสัตว์ป่า พวกหมูป่า หมูอะไรนี่ (ชายสูงอายุ)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงบ่าย)

“หมาป่วย หมาขี้เรื้อน...หมาบ้า(ชายสูงอายุ)...แมวคะ (เยาวชนหญิง)...มีส่วนมากจะเป็นสัตว์หลายชนิดครับ ไม่ว่าจะเป็นสุนัข แมว หนู พวกนี้มีฟันที่กัดแล้วสามารถเป็นโรคติดต่อได้นะครับ (เยาวชนชาย)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

“มีส่วนมากจะเป็นสัตว์หลายชนิดครับ มีเชื้อโรคที่สามารถแพร่เชื้อได้เยอะครับ ไม่ว่าจะเป็นสุนัข แมว หนู พวกนี้มีฟันที่กัดแล้วสามารถเป็นโรคติดต่อได้แหละครับ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

นอกจากการตอบในลักษณะข้างต้นแล้ว ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนยังไม่แน่ใจ และยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสัตว์พาหะของโรคพิษสุนัขบ้า ดังนี้

“หนูถ้ามันกัดมันก็เป็นโรคเป็นอะไรเหมือนกัน(ชายวัยแรงงานตอนปลาย)...หนูถ้ามันกัดมันก็เป็นโรคฉี่หนู มันก็น่าจะร้ายแรงกว่าพิษสุนัขบ้าอีกมั้ง...(ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: หนูเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ไหมครับ พี่XXX)...มันก็ไม่แน่ ถ้าเชื้อบางตัวมันอาจจะมาผสมกัน มันก็ไม่แน่ (หญิงวัยแรงงานตอนปลาย)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“ก็จะมีหมา มีแมว มีหมู (ชายวัยแรงงานตอนปลาย)...ลิง? (หญิงวัยแรงงานตอนต้น)...เป็นนะเป็นสัตว์ (หญิงวัยแรงงานตอนปลาย)...ลิงไม่มี (ชายวัยแรงงานตอนปลาย)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

สำหรับอาการของสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า นั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ มักจะเลือกอธิบายถึงอาการของสุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า โดยอาการผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวถึงบ่อย ๆ คือ อาการทางตก วิ่งไปเรื่อย ๆ น้ำลายไหล กระวนกระวาย กลัวน้ำ รวมถึงการวิ่งไล่กัดคนหรือสัตว์โดยไม่มีสาเหตุ

การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยได้สอบถามถึงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า นั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่นึกถึงการนำสัตว์ไปฉีดวัคซีน หรือการฉีดวัคซีนให้สัตว์เป็นประเด็นแรก โดยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าการฉีดวัคซีนนั้นจะต้องฉีดทุกตัวทุกปี ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ฉีดทุกปี...ตัวเดิมฉีดทุกปี...เขามีประวัติ”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

“เอาหมาไปฉีดยา วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจะ ปีละ 1 ครั้ง รอบปีเขาจะมาฉีด
ครั้งที่แล้วก็มาฉีด ฉีดทุกปี”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงบ่าย)

ประเด็นน่าสนใจที่พบในการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ ยังมีความสับสนหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงของตนเองว่า สัตว์ชนิดใดบ้างที่ต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยยกหน้าที่ในการตัดสินใจนี้ให้กับสัตวแพทย์หรือปศุสัตว์ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“มีเลี้ยงวัว...ส่วนมากจะเลี้ยงวัวเยอะ ควายไม่ค่อยมี... (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย:
แล้วเอาไปฉีดยาไหมเอ่ย) ...ก็ต้องมีปศุสัตว์ ไม่รู้เขาเหมือนกันนะ คิดว่าเขาน่าจะได้ดีป้องกัน
... (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: ป้องกันอะไรครับ) ...ฉีดป้องกันโรคปากเท้าเปื่อย”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงบ่าย)

เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยถามถึง แนวทางการป้องกันด้วยวิธีการอื่น นอกเหนือจากการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการหลีกเลี่ยงไม่เข้าใกล้สุนัขเป็นสำคัญ ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่านก็เอ่ยในทำนองว่า การถูกสุนัขกัดเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะถ้าหากสุนัขจะมากัด แล้วเราเผลอ อย่างไรก็ตามเราก็ถูกกัด ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยจึงได้สอบถามถึง คาถา 5 ย. ที่เป็นประเด็นในการรณรงค์ พบแนวทางในการตอบเป็น 3 แนวทาง ดังนี้ 1) เคยได้ยินแต่ไม่ทราบว่าเป็นอะไร ซึ่งลักษณะนี้พบได้มากที่สุด 2) เคยได้ยิน และพยายามนึกหรือเดา แต่ตอบได้ไม่ครบถ้วน 3) ไม่เคยได้ยิน และพบว่าในกลุ่มผู้ไม่เคยได้ยินนั้นพบว่า ผู้สูงอายุบางท่านจะเข้าใจว่าเป็นคาถาสำหรับสวดเพื่อป้องกันไม่ให้สุนัขกัด ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เคยได้ยินค่ะ แต่ไม่รู้ว่าเป็นคาถาอะไร...แต่ไม่ได้คิดถึงว่านั่งสวดมนต์หรือ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

“คาถา 5 ย. อย่างงู อย่างอะไรนะ อย่างงูกับ...อย่างงู...อย่างงู”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

“คาถา 5 ย. แม่ไม่เคยได้ยิน แต่แม่ได้ยินผู้ใหญ่ สอนว่าให้ท่อง สุนัขกะตังๆ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

“ไม่เคย ไม่เคยใช้คาถา”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

การปฏิบัติตัวเมื่อโดนสัตว์กัดและการรักษาโรคพิษสุนัขบ้า

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่า เมื่อโดนสุนัขกัดจะต้องล้างแผลหลายๆ ครั้ง โดยส่วนมากแนะนำให้ล้างด้วยน้ำสบู่ ขณะที่บางท่านให้ล้างด้วยน้ำสะอาด หรือแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่แนะนำให้ใส่ยา ขณะที่ส่วนน้อยแนะนำให้ใส่ยา และผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดกล่าวว่า เมื่อโดนสุนัขกัดจะต้องไปฉีดยาให้ครบตามที่แพทย์บอก ไม่ว่าสุนัขตัวนั้นจะเป็นสุนัขที่เลี้ยงเองหรือไม่ เพราะผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังมีความไม่แน่ใจ และต้องการที่จะป้องกันไว้ก่อน นอกจากนี้บางกลุ่มยังมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวถึงการกักหมาเพื่อที่จะดูอาการด้วย

“ล้างน้ำสบู่ก่อน แล้วหาหมอที่โรงพยาบาล เพื่อที่จะฉีดยั้วคั่น (หญิงสูงอายุ)...ก็ต้องให้เขาใช้น้ำสบู่ล้าง ล้างสบู่บ่อยๆ ล้าง ถ้ามีด่างทับทิมก็ให้แช่ (ชายวัยแรงงานตอนปลาย)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

“ก็เวลาหมากัดก็ต้องล้างแผลแบบที่หมอบอกว่า ล้างสบู่ด้วย แล้วก็กักหมาไว้ดูอาการ น้ำลายจะฟุ้งปากหรือเปล่า ถ้าหมอบอกกักคนนี้อยู่ได้ไม่ถึงอาทิตย์ อาทิตย์หนึ่งก็ตาย”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงเช้า)

“ถ้าเจ้าของเขาบอกเราว่าฉีดยาแล้ว เราก็ต้องไปอยู่ค่ะ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

สำหรับประเด็นเรื่องการรักษาโรคพิษสุนัขบ้า นั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการรับรู้อันตรายของโรคพิษสุนัขบ้าออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่อันตรายรักษาไม่ได้ 2) โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่รักษาไม่ได้แต่ไม่ตายทันที และ 3) โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่รักษาได้ ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีการรับรู้อันตรายของโรคในลักษณะที่ 1 มากที่สุด ส่วนลักษณะที่ 2 และ 3 นั้นพบเป็นส่วนน้อย

“ตายลูกเดียว ไม่เห็นว่าเขาจะรักษาได้”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

“รักษาไม่ได้...ตาย...ไม่ไปหาหมอก็ตายเร็ว”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

จากการประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 10 กลุ่มจำนวน 5 พื้นที่ พบว่า เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยได้ทำการสอบถามถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่จะนึกถึงโรคเอดส์เป็นลำดับแรก โรคหนองในเป็นโรคที่ถูกกล่าวถึงเป็นลำดับสองรองจากโรคเอดส์ โรคที่อยู่ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นอันดับที่สาม คือ โรคซิฟิลิส ส่วนโรคอื่นๆ เช่น หูดหงอนไก่ เริม หูด เป็นโรคที่ถูกกล่าวถึงเฉพาะบางการประชุมกลุ่มย่อยเท่านั้น นอกจากประเด็นในเรื่องชื่อโรคแล้วยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนโดยเฉพาะผู้ที่เป็นผู้สูงอายุ กล่าวถึงโรค หรือข้อความที่แสดงเจตคติเกี่ยวกับโรคดังกล่าวเสริมมาด้วย เช่น โรคกระหรี โรคผู้หญิง มั่ว สำนอน ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 เหมืองข้อมูลแสดงแนวโน้มทัศนคติของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าโดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่ามีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มากที่สุด และพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์แตกต่างจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ การนำเสนอในครั้งนี้จึงขอนำเสนอข้อค้นพบเกี่ยวกับโรคเอดส์แยกจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ดังรายละเอียดที่จะนำเสนอต่อไปนี้

โรคเอดส์

จากการประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 10 กลุ่ม พบว่า เมื่อให้อธิบายถึงอาการของโรคเอดส์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายถึงอาการของโรคด้วยความมั่นใจ โดยพบว่าลักษณะการอธิบายอาการของโรคที่พบว่ามากที่สุด คือ การพูดถึงลักษณะภายนอกตามที่ตนได้รับรู้มา เช่น ตัวผอม ร่างกายอ่อนเพลีย มีน้ำเหลืองไหล ตัวดำ มีเม็ดมีตุ่ม

“จะมีตุ่มขึ้นตามร่างกาย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

“น้ำหนักลด เป็นไข้ อ่อนเพลีย ตัวผอม มีน้ำเหลือง ตัวดำ ผมร่วง ท้องร่วงมีตุ่มมีเม็ด”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

นอกจากอาการภายนอกดังกล่าวแล้ว ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่าน ยังอธิบายเพิ่มเติมว่า ลักษณะอาการของผู้ป่วยเอดส์อาจจะมีลักษณะแตกต่างกัน แบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1) เอดส์เปียก หมายถึง ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการแสดงในลักษณะของการมีตุ่มมีเม็ด และมีแผลพุพอง และ 2) เอดส์แห้ง หมายถึง ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้มีอาการแสดงเห็นแผล หรือมีตุ่ม มีเพียงอาการผอม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่านอธิบายเพิ่มเติมว่า สาเหตุของการเกิดโรคเอดส์เปียกและเอดส์แห้ง เกิดจากลักษณะของการติดโรค ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ที่รู้มาก็มี 2 ประเภท คือ เอดส์แห้งแล้วก็เอดส์ชนิดที่เป็นแผล...แต่ว่าไม่รู้วาระหว่างการใช้เข็มกับการมีเพศสัมพันธ์จะเป็นแบบไหนยังงี้”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงเช้า)

“เอดส์มีหลายชนิด เอดส์แห้ง เอดส์เปียก ถ้ามีตุ่มเรียกว่าเอดส์เปียก เอดส์แห้งจะแห้งไม่มีแผล”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าโรคเอดส์ในสมัยนี้เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ เช่น

“บางทีมันออกข้างนอกก็มี ความจริงมันอยู่ข้างใน บางทีไปหาหมอเห็นคนไข้เนาะ ทั้งๆ
ที่ไม่มีอาการเลยคะ รูปร่างดีดี หน้าตาดีดี ไม่มีอาการคะ...มันอยู่ข้างในไม่น่ากลัวอะไร ถ้าเป็น
คนที่ปฏิบัติตัวให้ดี ทานอาหารสดๆ อย่างทานของหมักดอง แล้วพวกแอลกอฮอล์เนี่ยไม่แตะ”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

“เอดส์ทุกวันนี้มันไม่เหมือนเมื่อก่อนนะ สมัยก่อนมันจะมีอาการ สมัยนี้มันไม่มีอาการ
เพราะว่ามันไม่ได้มีอาการ จะออกจริงก็ตอนใกล้ตายแล้ว”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

ด้านการติดต่อ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายถึงวิธีการติดต่อของโรคเอดส์ว่าเกิดจาก
ช่องทางหลัก 2 อย่าง คือ เพศสัมพันธ์ และการติดต่อทางสารคัดหลั่ง โดยในประเด็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น
พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ มีลักษณะการอธิบายประกอบความรู้สึกเป็นส่วนมาก โดยมองว่าผู้ติดโรคเอดส์
นั้นเกิดจากการสำส่อนทางเพศ

ประเด็นการติดต่อผ่านสารคัดหลั่งนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เข้าใจว่า บุคคลสามารถ
ติดเชื้อเอดส์ได้ผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำลาย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน รวมถึงการถ่ายเลือด ซึ่งพบว่า
ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการติดต่อผ่านสารคัดหลั่งเป็นอย่างดี แต่ยังพบผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
บางส่วนที่ยังสับสนว่า การติดต่อผ่านสารคัดหลั่งนั้นสามารถติดต่อผ่านวิธีการใดได้บ้าง

สำหรับประเด็นการติดต่อจากแม่สู่ลูกนั้นพบว่า ประเด็นนี้มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวถึงเพียงบางกลุ่ม
ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เพศสัมพันธ์ล่ะ แล้วก็เพศสัมพันธ์ แล้วก็เข็มฉีดยา...มันก็เกี่ยวกับเลือดล่ะ ถ้าเขา
เป็นแผล เราเป็นแผล ก็ติดได้”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงบ่าย)

“มั่ว การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูก แล้วก็น้ำลาย แล้วก็เลือด แล้วก็อาหาร ก็คืออย่ากิน
ซ้อนเดียวกัน”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

“คนที่มั่ว สำส่อน มั่วทางเพศสัมพันธ์ ไม่ใช่ยุ่งยางอนามัย เข็มฉีดยา แล้วก็แม่สู่ลูก”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

สำหรับประเด็นด้านอันตรายและการรักษาโรคเอดส์นั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่สามารถอธิบายถึงอันตรายได้ว่า โรคเอดส์ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีภูมิคุ้มกันต่ำและติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ส่วนการรักษาโรคเอดส์นั้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เข้าใจว่าในปัจจุบันนั้นมียาสำหรับโรคเอดส์ แต่ยังไม่แน่ใจว่าโรคเอดส์นั้นสามารถรักษาให้หายขาดได้แล้วหรือไม่ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“รักษาได้แต่ไม่หาย (ชายสูงอายุ)...ไม่ใช่ไม่หายนะ คนที่เขาหายมีแล้วตอนเนี่ย ยืนยันเลย ที่กระทรวงสาธารณสุข ของ(ชื่อจังหวัด)นะ (หญิงสูงอายุ)...อ้อ ต้องกินยาด้านอยู่ แสดงว่าไม่หาย (ชายวัยสูงอายุ)... หายคือเกร็ดเลือดเขาจะปกติ ค่ะ (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: แต่ยังมีเชื้ออยู่ไหม) ... เชื้อไม่มีแล้วค่ะ”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

“ถ้าเป็นแล้วนะไม่หาย นอกจากก็ต้องหายจากโลกนี้ไปเลย (หัวเราะ)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงเช้า)

“น่าจะหาย เพราะเหมือนได้ยินมาว่าหาย เพราะมันมียาด้านไวรัส”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

ด้านการปฏิบัติตัวกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ มองว่าเขาควรให้กำลังใจและไม่แสดงอาการรังเกียจผู้ติดเชื้อ อย่างไรก็ตามพวกเขาก็มีหน้าที่ในการระมัดระวังป้องกันตนเอง ไม่ให้ตนเองติดเชื้อ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“อยู่ร่วมได้ คุยได้ ถ้ากลายเป็นว่าเรารังเกียจเขาไปเลย เพื่อนก็จะเสียกำลังใจนะ มันป้องกันได้ เราป้องกันของเราได้ เหมือนเรารู้ว่าเราเป็นแผล เราจะถูกเขาเราก็ใส่ถุงมืออะไรได้”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“ว่าไม่กลัวก็ไม่กลัว ว่ากลัวก็กลัว คนที่เป็นโรคมารหาเรานี่ ให้กำลังใจเขา แต่ว่ากินข้าวร่วมกันนี่ แต่ว่าเขาก็รู้ดีว่าเขาเป็นแบบนี้ เวลาจะกินอะไรเขาก็จะให้แบ่งให้เขา กินข้าวก็ตัวใครตัวมัน ช้อนใครช้อนมัน”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงบ่าย)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การอธิบายถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ นอกเหนือจากโรคเอดส์นั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่รู้จักโรคหนองใน และโรคซิฟิลิสมากที่สุด ส่วนโรคอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ เช่น หูดหงอนไก่ เริ่ม พบว่ามีผู้รู้จักและกล่าวถึงเป็นส่วนน้อย

จากการเก็บข้อมูลโรคหนองใน พบว่า ลักษณะการอธิบายถึงโรคหนองในของผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มักจะอธิบายตามชื่อโรค และพบว่ายังมีการอธิบายถึงโรคนี้ในลักษณะที่เป็นความเชื่อหรือเชิงความคิดเห็น เช่น โรคกระหรี โรคผู้หญิง ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เกิดเป็นหนองข้างในออกมา จากอวัยวะเพศ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

“พวกโรคกระหรี มันเป็นหนองในแล้ว มันไปลำสอนนอนกับผู้ชาย”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงบ่าย)

“หนองในมันก็เป็นเหมือนหนองไหลออกมา จากของผู้ชายครับ... (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: ของผู้หญิงไม่เป็น?) ...ของผู้หญิงไม่เป็น เขาก็เป็นโรคอย่างอื่น เช่น มะเร็งปากมดลูก”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยได้สอบถามเพิ่มเติมถึงอาการของโรค และเมื่อถามถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ฝีมะม่วง เป็นโรคที่ไม่พบแล้วในปัจจุบัน ยิ่งไปกว่านั้นยังมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เหล่านี้ได้พัฒนาเป็นโรคเอดส์ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เพราะทุกวันนี้ไม่มีคำว่าอันนี้เป็นโรคหนองใน สมัยก่อนนี้เฮากามาต้มกิน อะไรกินทุกวันนี้ HIV เลย...คำว่าหนองใน หรือฝีมะม่วงไม่มีละ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

“เดี๋ยวนี้มันน่าจะหายไปนะ มันกลายเป็น มันน่าจะพัฒนาตัวเองเป็นไอ้เนี้ย ไอ้เชื้อพวกเนี้ย เดี่ยวนี้มันก็มี อย่างคนที่เป็นหนองในถามไม่มี มีก็จะมีเป็นเอดส์เลยนั่นละ โรคผู้หญิงไม่มี มีแต่เดี๋ยวนี้เป็นเอดส์เลย”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

“แต่ HIV มานี้ ไอ้หนองใน ไอ้หงอนไก่ อะไรนี้หมดฤทธิ์... (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: แปลว่าไม่เป็นแล้วเน่?) ...มันจะเป็นสมัยปี พ.ศ. 2516... (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: คุณลุงกำลังบอกว่า มันไม่เป็นแล้วหนองใน มันเป็น HIV แทนใช่เปล่า?) ...ใช่ ใช่ ครับ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

ประเด็นการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการใช้ถุงยางอนามัย และการไม่สำส่อนทางเพศ

2.3.4 โรคความดันโลหิตสูง

จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่รู้จักและมีความคุ้นเคยกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการวัดความดัน และมีความรู้เกี่ยวกับเลขแสดงระดับความดันโลหิต เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยสอบถามถึงการวัดความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตของผู้ให้ข้อมูลสำคัญพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละช่วงวัยมีความสนใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นนักเรียนหรือเยาวชน ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบค่าความดันโลหิตของตัวเองมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มนักเรียนและเยาวชนเป็นกลุ่มที่ไม่มีความสนใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพราะผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้มองว่าโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นเรื่องไกลตัว ลักษณะการตอบคำถามของกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักอธิบายว่า ตนเองเคยวัดความดันโลหิตมาบ้างแต่วัดนานแล้วทำให้จำไม่ได้ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เคย แต่จำไม่ได้ละ เคยวัดตั้งแต่ออกลูก ...ปีกว่า”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงเช้า)

“...ไม่ค่อยได้วัด วัดแต่น้ำหนักคะ (หัวเราะ)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงเช้า)

ขณะที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นวัยแรงงานตอนปลาย และกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะให้ความสำคัญ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า โดยพบว่า ลักษณะการตอบของผู้ให้ข้อมูลสำคัญสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ

1) กลุ่มที่ทราบระดับความดันโลหิตเฉพาะตัวบนหรือตัวล่าง ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบได้มากที่สุด เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยสอบถามถึงเลขแสดงค่าความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเลือกที่จะตอบเพียงค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเพียงเดียวหรือตัวล่างเพียงตัวเดียว และเมื่อถามถึงระดับค่าความดันอีกตัวหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักจะตอบว่าจำไม่ได้ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่จะทราบเลขระดับความดันโลหิตสูงเฉพาะตัวบนมากกว่า ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ตอนที่พี่เป็นความดันใหม่ๆ ข้างบนถึง 170 แต่ข้างล่างพี่จำไม่ได้ แต่ตอนนี้ที่พี่วัดเมื่อกี้
ช่วงที่จะเอาไปให้เขา ข้างบนของพี่ 130 ส่วนข้างล่างพี่ลืมดู แต่ข้างบนของพี่ 130”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงเช้า)

“...ก็ยังปกติ...ของพี่ประมาณ 120-119 ของข้างบน 120 บ้าง 119 บ้าง แต่ข้างล่างจำ
ไม่ได้ ข้างล่างจำไม่ได้เลย”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

2) กลุ่มที่ทราบระดับความดันโลหิต ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้จะตอบคำถามเกี่ยวกับค่าแสดง
ระดับความดันโลหิตของตนเองได้อย่างชัดเจน โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่เป็นวัยแรงงาน
ตอนปลายและกลุ่มผู้สูงวัยซึ่งยังมีอายุไม่มากนัก ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ของผมอยู่ที่ประมาณ 100 ไม่เกิน 120 นะครับ...ก็แล้วแต่ครั้งครับ ส่วนตัวล่างอยู่
ประมาณ 80-90 อะไรประมาณนี้ครับ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

“... ของพี่ 145 สูง ต้องกินยาละ”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

นอกจากกลุ่มที่ไม่สามารถตอบได้ และกลุ่มที่มีลักษณะการตอบดังที่แสดงข้างต้นแล้ว ยังพบผู้ให้ข้อมูล
สำคัญบางส่วนที่ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับเลขระดับความดันโลหิตที่มีความสับสน เช่น การให้ตัวเลขที่แตกต่างกันมากๆ
หรือการให้ตัวเลขที่เป็นระดับความดันโลหิตสูง แต่อธิบายว่าเป็นความดันโลหิตของตนเองยังอยู่ในระดับปกติ
ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“อ้อ บางครั้งก็ 89 บางครั้งก็ 133 (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: 89 กับ 133 อันไหน
คือ สูงไหมครับ อันไหน คือ ต่ำบน อันไหน คือ ต่ำล่างทราบไหมครับ) ...ตัวบนทั้ง 2 ตัว ตัวล่าง
จำไม่ได้”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

“ความดันผม 138 80 ครับ (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: 138 80 นี่ถือว่าเป็นความดัน
ในระดับปกติไหมครับ) ปกติครับ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยยังพบว่า มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนตอบว่าระดับความดันของตนเองนั้นปกติ แต่เมื่อ
ถามถึงเลขแสดงระดับความดันโลหิต พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่สามารถตอบได้ โดยพบว่ามี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1
ท่านที่มีอายุมาก และตอบว่าตนวัดความดันโลหิตทุกอาทิตย์ แต่ผู้วัด คือ อสม. ซึ่งบอกแล้วว่าความดันโลหิตตนปกติ

ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนอื่นๆ อธิบายว่า แพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้แจ้งว่าระดับความดันโลหิตของตนปกติ แต่ไม่ได้แจ้ง หรือตนไม่ได้สนใจที่จะจำว่าความดันของตนเท่าไร

สำหรับประเด็นเรื่องเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินว่าระดับความดันโลหิตเท่าไรถือว่าเป็นระดับความดันโลหิตที่สูงนั้น พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนในการประชุมกลุ่มย่อยทุกกลุ่มที่ยังตอบไม่ได้หรือยังไม่มั่นใจ แต่พบว่าในการดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยทุกกลุ่มจะมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญประมาณ 1-3 คนที่ทราบเกณฑ์ดังกล่าว และเมื่อถามถึงตัวเลขที่ชัดเจนนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักจะเลือกตอบตัวเลขที่เป็นเกณฑ์ความดันโลหิตสูงตัวบนเพียงตัวเดียว โดยคำตอบที่ได้รับมากที่สุด คือ 120 แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1 กลุ่มที่ตอบว่า 140

ปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จากการประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 10 กลุ่มใน 5 พื้นที่ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีแนวทางในการอธิบายถึงสาเหตุและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวข้องกัน เมื่อถามถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่จะนำเสนอแนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในลักษณะของการปฏิบัติตัวที่เป็นหัวข้อใหญ่ๆ และเมื่อถามถึงแนวทางในการป้องกันหรือรักษาโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ดำเนินการตอบในลักษณะที่ตรงข้ามกัน เช่น สาเหตุของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คือ ความเครียด ส่วนแนวทางในการป้องกันและรักษาผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ การไม่เครียด มีอารมณ์แจ่มใส เบิกบาน โดยพบประเด็นสำคัญที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ แนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังแสดงในภาพที่ 7



ภาพที่ 7 เหมืองข้อมูลปัจจัยเชิงสาเหตุ แนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จากการสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดังที่แสดงในภาพที่ 7 พบ ปัจจัยที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ ดังนี้

1) ปัจจัยจากการรับประทานอาหาร จากการประชุมกลุ่มย่อยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในทุกกลุ่มให้ข้อมูลว่า ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และเมื่อได้ทำการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยการไม่ทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด มันจัด รวมถึงอาหารที่มีโซเดียมเยอะ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนได้ขยายมุมมองการปฏิบัติไปถึงการรับประทานผัก การทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การกินอาหารเป็นยา การไม่รับประทานของหมักดอง การไม่ดื่มของมึนเมา น้ำอัดลม และเครื่องดื่มชูกำลัง ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“อย่ากินอาหารรสจัด (ชายวัยแรงงานตอนปลาย ท่านที่ 1) ...ควบคุมอาหาร ก็เวลา กิน เรากินข้าวอย่ากินเยอะ กินผักเยอะๆ (หญิงวัยแรงงานตอนต้น) ...อย่ากินหวานเกิน มันเกิน เค็มเกิน...อย่ากินรสจัดหนะ (ชายวัยแรงงานตอนปลาย ท่านที่ 2) ...กินจัดเกินก็ไม่ได้ (ชายวัยแรงงานตอนปลาย ท่านที่ 1)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงเช้า)

“คือ บางครั้งนะครับ การกินเนี่ย ถ้าเราได้กินแบบนั้นมานานแล้ว แต่เรามาตัดนิสัยของเราให้กิน บางครั้งมันก็ยากพอสมควร แต่เราต้องตัดนิสัยของเรา เพราะเรามีโรคประจำตัวของเรา ถ้าผิวนะครับ ถ้าผิวกิน ผิวนะโรค ก็ต้องมาหาหมอ ต้องมาหาหมออยู่ดี หมอก็คะให้เราลดหวาน มัน เค็มลง เราไปรักษาตัวหนะ มันก็จะเหมือนกันหนะ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

“ก็เหมือนกับว่าเหมือนกันถ้าอาหารที่เป็นพิษแบบเนี่ย เราก็จะดะคะ เหมือนกับพวกแบบไก่ทอดแบบเนี่ย กินเฉพาะแบบของที่มีประโยชน์คะ ของที่มีมันเป็นพิษต่อร่างกายเรา เราก็งดอย่างเนี่ยคะ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

2) ความเครียด จากการประชุมกลุ่มย่อยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกกลุ่มให้ความสำคัญกับความเครียด รองลงมาจากประเด็นเรื่องการรับประทานอาหาร โดยอธิบายว่า ความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีมุมมองว่า ปัจจัยด้านความเครียดเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตของบุคคล ยิ่งไปกว่านั้นผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่านยังเชื่อว่าระดับความเครียดจะส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตในทันที ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เครียด คิดมาก...ความดันส่วนมากมันจะเกิดจากความคิดมาก”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

“อารมณ์...อารมณ์แบบลดต่ำ อย่าไปตำลึงหลานมาก เครียด...เครียดแล้วเป็นเยอะ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงเช้า)

3) การพักผ่อนไม่เพียงพอ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพักผ่อน โดยมองว่าการพักผ่อนเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อระดับความดันโลหิต โดยเชื่อว่าการพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ ขณะเดียวกันผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่านยังมองว่า การพักผ่อนไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความเครียดและส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“พักผ่อนไม่เต็มที่ (หญิงวัยแรงงานตอนต้น)...น่าจะเกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ (ชายวัยแรงงานตอนต้น)”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงเช้า)

“จะ ถ้าวันไหนที่เรานอนดึก หรือว่าเราเครียด ความดันจะขึ้น พอขึ้นแล้วไม่ค่อยลดง่าย ๆ ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

4) การออกกำลังกาย ในด้านความถี่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่กล่าวถึง การออกกำลังกายพอๆ กับประเด็นในเรื่องของความเครียด แต่การให้ข้อมูลนั้นส่วนนี้เป็นการให้ความรู้ในลักษณะทั่วไป โดยไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดว่า การออกกำลังกายควรเป็นอย่างไร แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มักจะกล่าวว่าการออกกำลังกายไม่เพียงพอ หรือการไม่ออกกำลังกายส่งผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ก็จะเป็นเรื่องการออกกำลังกาย จะต้องออกกำลังกายสม่ำเสมอ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

“ออกกำลังกายไม่พอ”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงบ่าย)

5) กรรมพันธุ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่เชื่อว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มองว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดขึ้นจากพันธุกรรมมากกว่า ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เป็นพันธุกรรมอย่างพ่อแม่เป็น (หญิงวัยแรงงานตอนปลาย ท่านที่ 1) ...ไม่น่าจะเป็นนะคะ (เยาวชนหญิง)...ไม่เป็น (ชายวัยแรงงานตอนปลาย)...ไม่น่าเป็น...กรรมพันธุ์นี้มันเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคอะไรอย่างเนี่ยมีส่วนเกี่ยว ทุกวันนี้ถึงพ่อแม่ไม่เป็นความดัน แต่ลูกมีประวัติเป็นก็มี ความดันมันเกี่ยวกับการคุมอาหารไม่ได้ (หญิงวัยแรงงานตอนปลาย ท่านที่ 2)”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

“คิดว่าไม่เป็นพันธุกรรม มันเกิดจากกินเค็ม ไม่เป็นหรอก”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงบ่าย)

อาการแสดงและอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง

จากการประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 10 กลุ่มใน 5 พื้นที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่สามารถอธิบายได้ว่าอาการแสดงของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย อาการปวดศีรษะ โดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย อาการเวียนศีรษะ ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เจ็บหัว (ชายวัยแรงงานตอนต้น)...แน่น แน่นตรงท้ายทอย ปวดหัว ถ้าสูงมากๆ ก็แตก มือ เท้าชาเลยนะ (หญิงวัยแรงงานตอนต้น)”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“หมายถึง ว่ามีอาการปวดหัว เวียนหัว เหมือนสมองจะแตก ถือว่าความดันเริ่มสูงแล้วหมอแล้วมันก็จะรู้สึกว้าวายใจไม่ค่อยสะดวก”
(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

สำหรับประเด็นอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกกลุ่มมีความเข้าใจถึงอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง โดยอธิบายว่าโรคความดันเป็นพิษฆาตเงียบ และส่งผลให้เส้นเลือดในสมองแตก แต่ทำให้เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในที่สุด

“เส้นเลือดแตก บางคนล้มในห้องน้ำค่ะ...ที่นอนอยู่ที่โรงบาล อีกท่านหนึ่ง อันนี้ที่ผ่าน มาค่ะ เดือนที่ผ่านมาแล้ว แล้วก็ไปอยู่ที่โรงบาลXXX 4-5 คืน สุดท้ายก็แบบว่าครึ่งแล้ว (ผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย: ครึ่งแล้ว?) ...เส้นเลือดฝอยในสมองแตก ครึ่งตัวค่ะ เป็น ”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

“กลัวเส้นเลือดแตก...ซ็อก เส้นเลือดในสมองแตก เกิดเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“หมอบอกว่าเป็นเพศฆาตมิด คือ ไปแล้วไปเลย แล้วไปเร็ว ไปเร็วกว่าทุกโรค...มา จากความดันนี่ละ ไม่ได้มาจากอะไร จำพวกเป็นพิการมันก็มาจากความดันหมด มันเกี่ยวกับ เส้นเลือดเนี่ยมันจะไปหมด”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เข้าใจว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไป ด้วยปัจจัยหลัก 2 ส่วน คือ (1) การรับประทานยาตามที่หมอสั่ง และ (2) การควบคุมอาหาร โดยในประเด็นของ การทานยา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา โดยมองว่าการไม่รับประทาน ยาควบคุมความดันโลหิตอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

“คนหยุดยาความดัน ไม่กินยาความดัน พอหมอให้กิน แก่เลิกไปทีนี้แกก็ตายไ้”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงเช้า)

“ยาความดันไม่เล็ก มีแต่ลดตาลง”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

นอกเหนือจากประเด็นการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต และการควบคุมด้วยการคุมอาหารแล้ว ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ยังมีความไม่แน่ใจว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาหายได้หรือไม่

5. ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

5.1 การเป็นที่รู้จักของกรมควบคุมโรค

จากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้และเข้าใจว่ากรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่อยู่ประจำในแต่ละจังหวัด ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เปล่า คือที่ว่าเขามาเนี่ย เขามาครั้งแรกก็เขาบอกว่ามาจาก พระบาท สระบุรีนะ กรมควบคุมโรค”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

“อยู่ที่บางเขนครับ กรมควบคุมโรคติดต่อ”

(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

“เชียงใหม่”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงบ่าย)

“อยู่ในลี้ก ถนนในลี้ก วัดโพธิ์ในลี้ก เขต 11 สมต.”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงเช้า)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่านที่ไม่รู้จักกรมควบคุมโรค หรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางคนก็อธิบายว่า เคยได้ยินแต่ไม่รู้จักว่าอยู่ตรงไหน ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“เคยได้ยินค่ะ แต่ไม่ได้รู้ว่าอยู่ไหน”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคอีสาน ช่วงบ่าย)

“รู้จัก แต่ไม่มาก”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

5.2 หน้าที่ของกรมควบคุมโรค

จากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายถึงหน้าที่ของกรมควบคุมโรค โดยจากชื่อของกรมเป็นสำคัญ โดยมักจะอธิบายว่า กรมควบคุมโรคมีหน้าที่ในการควบคุมโรคระบาด ซึ่งทำได้โดยการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ และการออกประกาศ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่านยังอธิบายว่า กรมควบคุมโรคมีหน้าที่ทำงานวิจัยและปรังยา ดังข้อความสนับสนุน อาทิ

“ก็เนี่ยละควบคุมพวกโรค มาให้ความรู้อะไร ทำนองว่าการทำงานที่ว่าโรคเนี่ยมันจะต้องเป็นอะไรยังไง เขาก็เล่าให้ฟัง”

(ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลาง ช่วงบ่าย)

“รู้จักในแง่แบบกรมควบคุมโรคก็คือ ถ้าเกิดโรคระบาด หรือว่าเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร
ให้ประชาชนได้รู้ค่ะว่า โรคนี้โรคนี้เป็นอะไรยังไง ลักษณะการเกิดนะคะ ประมาณเนี่ยค่ะ”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

“ควบคุมโรคระบาด ไม่ให้ระบาด”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“ก็เวลามีโรคระบาดอะไร ก็เขาจะออกมาประกาศให้ควบคุม”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงเช้า)

“ลึกๆ แล้วยังไม่รู้ว่าเขาทำอะไรบ้างค่ะ แต่รู้ว่าเขาควบคุมโรค ทำวิจัยอะไรเนี่ย
แล้วก็ปรงยาค่ะ เรารู้ผ่านๆ แต่ยังไม่รู้ลึกค่ะ”
(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพมหานคร ช่วงเช้า)

5.3 ความน่าเชื่อถือของกรมควบคุมโรค

ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการควบคุมโรคเป็น
หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคโดยตรง ข้อมูลที่ได้จากกรมจึงเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ อย่างไรก็ตาม
ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนน้อยบางคนยังมองว่า ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคอาจไม่ได้เชื่อถือได้ทั้งหมด
เนื่องจากสภาพบริบทที่ตนเองอยู่อาจจะห่างไกลหรือแตกต่างจากข้อมูลที่กรมใช้ในการสื่อสาร ดังข้อความ
สนับสนุน อาทิ

“ก็คิดว่าน่าเชื่อถือที่สุด เพราะว่าจริงๆ แล้วกรมควบคุมโรคก็น่าจะมีหน้าที่ที่จะวิจัย
แล้วก็คือ รับข้อมูล น่าจะเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้อย่างแน่นอน”
(ประชุมกลุ่มย่อยกรุงเทพ ช่วงเช้า)

“ก็ต้องเชื่อถือได้ถูกไหม เขาคงไม่หลอกเราเนอะ”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคใต้ ช่วงบ่าย)

“สมมตินะครับ เหตุมันเกิดขึ้นที่(ชื่อจังหวัด) แล้วก็เอาข้อมูลตรงนั้นมาประชาสัมพันธ์
ออกตามทีวีไหม แต่วามันอยู่ไกลตัวเรา มันเรื่องของเขา ไม่ได้เกิดขึ้นกับเรา ก็จะเป็น
ในลักษณะนั้น”
(ประชุมกลุ่มย่อยภาคเหนือ ช่วงเช้า)

การศึกษาเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562” โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาในประเด็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2562 และศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 13 เขต ทั้งหมด 24 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน 5,243 ชุด และข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มย่อยจำนวน 10 ครั้งใน 4 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการนำเสนอข้อสรุป วิเคราะห์ผลการวิจัยและนำเสนอข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 ลักษณะทั่วไปทางประชากร

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.0 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 29.5 อยู่ในช่วงอายุ 46 – 60 ปี (อายุเฉลี่ย 44.29 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.11) ร้อยละ 30.5 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.9, 25.6 และ 17.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 18.3 และ 14.2 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

1.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.1 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 67.2, 29.6, 1.3 และ 1.9 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 14.96$, $SD = 3.95$) เมื่อพิจารณาในรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก โดยเรียงลำดับตามการได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือ โรคไข้เลือดออก รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ดังตารางที่ 4 และ 5)

1.3 ปัจจัยด้านแหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 51.8, 42.8, 4.9 และ 0.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 29.42$, $SD = 8.15$) แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 9 แหล่งข้อมูล เรียงตามลำดับได้ดังนี้ (1) บุคลากรสาธารณสุข (2) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (4) เพื่อน ญาติ พี่น้อง (5) วิทยู (6) ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนชาวบ้าน (7) สื่อสิ่งพิมพ์ (8) อินเทอร์เน็ต และ (9) หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ดังตารางที่ 6 และ 7)

1.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ภาพรวมในส่วนของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 4 โรค ร้อยละ 99.5 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 0.5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 12.96$, $SD = 1.98$) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารรายโรค โดยเรียงลำดับความพึงพอใจมากที่สุดคือ โรคไข้เลือดออก รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ โดยมีระดับความพึงพอใจในรายโรคอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ในทุกโรค นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ และภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา และอาชีพหลักกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค (ดังตารางที่ 8 และ 9)

ประเด็นความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 6 ประเด็นคุณภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 6 ประเด็นคุณภาพ ร้อยละ 99.7 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 0.3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 19.68$, $SD = 2.68$) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารรายประเด็นคุณภาพ โดยเรียงลำดับตามความพึงพอใจมากที่สุดคือ มีประโยชน์ รองลงมาคือ น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เข้าใจง่าย มีเนื้อหาพอเพียง และนำเสนอได้ทันเวลา โดยทุกประเด็นดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับ “พึงพอใจมาก” นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ และภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา และอาชีพหลักกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ (รายละเอียดดังตารางที่ 10 และ 11)

1.5 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.9, 29.6 และ 3.5 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 16.91$, $SD = 4.63$) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในทุกโรคอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ดังตารางที่ 13 และ 14)

1.6 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ภาพรวมเมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.7 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรค ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.2 โดยมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียงร้อยละ 0.1 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 110.05$, $SD = 19.85$) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรคพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยในระดับเหมาะสมมาก ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษาและอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ดังตารางที่ 16 และ 17)

พร้อมกันนั้นยังพบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพทั้ง 13 พื้นที่ ในระดับปานกลาง ด้านแหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพทั้ง 13 พื้นที่อยู่ในระดับสูง-ปานกลาง ด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค ด้านปัจจัยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพทั้ง 13 พื้นที่ในระดับปานกลาง-ต่ำ (ดังตารางที่ 21)

1.7 ปัจจัยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

จากการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,243 คน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,918 คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 74.7 หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน โดยในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.9 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.1 โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 51.10$, $SD = 5.70$) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน (ดังตารางที่ 19 และ 20)

พร้อมกันนั้นยังพบอีกว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในระดับปานกลาง - ต่ำ ส่วนความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์กรมควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ จำนวน 8 พื้นที่ (สคร.1 สคร.3 สคร.4 สคร.5 สคร.6 สคร.7 สคร.8 และ สปคม.) (ดังตารางที่ 22)

1.8 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.8.1 แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีช่วงวัยแตกต่างกันมีแหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน โดยผลการสำรวจพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นนักศึกษา เยาวชน รวมถึงวัยแรงงานตอนต้น มีแหล่งข้อมูลข่าวสารช่องทางหลัก คือ สื่อเฉพาะกิจ โดยเฉพาะการรับรู้ข่าวสารผ่านอินเทอร์เน็ต เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ แอปพลิเคชัน ยูทูบ ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในวัยแรงงานตอนปลาย และวัยสูงอายุ มีแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่หลากหลายกว่า โดยช่องทางที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือ สื่อบุคคล เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อน รองลงมา คือ สื่อเฉพาะกิจ เช่น เสียงตามสาย อินเทอร์เน็ต ยูทูบ และไลน์แอปพลิเคชัน และยังพบการใช้สื่อมวลชน โดยมีโทรทัศน์และวิทยุเป็นช่องทางหลัก

1.8.2 โรคความดันโลหิตสูง

ผลการเก็บข้อมูลด้วยการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า การรับรู้และความสนใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่แตกต่างกัน มีลักษณะต่างกัน คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นนักศึกษา เยาวชน และวัยแรงงานตอนต้นบางส่วน ไม่ทราบค่าระดับความดันโลหิตและไม่ได้ให้ความสนใจกับโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในวัยแรงงานตอนปลายและผู้สูงอายุจะให้ความสนใจกับระดับความดันโลหิต มีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า สำหรับประเด็นการทราบค่าความดันโลหิตในกลุ่มนี้นั้นยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ (1) ทราบระดับความดันโลหิตเพียงค่าเดียว ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักทราบระดับความดันโลหิตตัวบน (2) ทราบค่าระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่าง พบว่ามีผู้ทราบระดับความดันโลหิตในลักษณะนี้น้อยกว่าแบบแรก และส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (3) ผู้ที่ให้ข้อมูลสับสน ซึ่งพบได้น้อยกว่า 2 แบบแรก ด้านปัจจัยที่เป็นสาเหตุ การป้องกัน และการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านการปฏิบัติตัว เช่น การไม่รับประทานอาหารรสจัด การลดโซเดียม การจัดการความเครียด และการพักผ่อนเป็นสำคัญ และพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ไม่ค่อยทราบว่า กรรมพันธุ์เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ในส่วนของอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกือบทั้งหมด ทราบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้นมีความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โดยมีอาการนำ คือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นต้น

1.8.3 โรคพิษสุนัขบ้า

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีการรับรู้ มีความรู้ และมีแนวทางในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ด้านสาเหตุของโรคพิษสุนัขบ้า นั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังไม่เกิดความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสัตว์พาหะนำโรค โดยมีลักษณะการอธิบายโดยการกล่าวถึงสัตว์แต่ละ

ชนิดมากกว่าที่จะกล่าวสรุปเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม โดยสัตว์ที่ถูกกล่าวถึงมาก ได้แก่ สุนัข แมว หมู กระรอก กระต่าย วัวและควาย ในประเด็นนี้ยังมีความสับสนว่า สัตว์ที่มีเชื้อสามารถทำให้เกิดโรคพิษสุนัขบ้าได้ทุกชนิดหรือไม่ ด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้น้ำหนักความสำคัญไปที่การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่สัตว์เลี้ยง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการในการฉีดวัคซีนเป็นอย่างดีว่าต้องฉีดทุกตัวทุกปี ในด้านการรักษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อถูกสุนัขกัด โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้น้ำหนักความสำคัญไปที่การล้างแผลและการพบแพทย์เพื่อฉีดวัคซีน ส่วนการกักหมาเพื่อสังเกตอาการนั้นผู้ให้ข้อมูลสำคัญมักจะให้ความสำคัญรองลงมา สำหรับประเด็นการรักษาโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าโรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และอันตรายถึงชีวิต แต่ก็ยังพบผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่านที่อธิบายว่าโรคพิษสุนัขบ้าสามารถรักษาหายได้ และบางท่านกล่าวว่าไม่หายแต่มีชีวิตอยู่ได้นานไม่ตายในเวลาที่ยาวนาน สำหรับประเด็นข้อความสื่อสารเพื่อรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า คือ คาถา 5 ย. นั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ยังไม่ทราบ และคนที่ทราบก็ยังอธิบายได้ไม่ครบทั้ง 5 ย.

1.8.4 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการประชุมกลุ่มย่อยทั้งหมด 10 พื้นที่ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ออกเป็น 2 ประเด็น คือ โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า ด้านอาการแสดง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่า ผู้ป่วยเอดส์มี 2 ลักษณะ คือ เอดส์เปื่อยและเอดส์แห้ง โดยผู้ป่วยเอดส์เปื่อยจะมีตุ่ม มีแผลและน้ำเหลือง ขณะที่ผู้ป่วยเอดส์แห้งจะผอม ดำ แต่ไม่มีแผล นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญรับรู้ว่าการเป็นเอดส์เปื่อยหรือเอดส์แห้งนั้นขึ้นกับวิธีการติดต่อของผู้ป่วย ปัจจัยด้านสาเหตุของโรค พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการเน้นหนักในเรื่องสาเหตุของการติดต่ออยู่ 2 ประเด็น คือ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดต่อผ่านสารคัดหลั่ง เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การสัมผัสเลือด น้ำลาย สำหรับประเด็นการติดต่อจากแม่สู่ลูกนั้นพบผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวถึงเพียงบางกลุ่มย่อยด้านการรักษาโรคเอดส์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจว่า โรคเอดส์รักษาได้หรือไม่ แต่ก็พบผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนที่รับรู้ว่าการเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่สามารถที่จะกินยาเพื่อควบคุมได้ และพบผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนน้อยที่เชื่อว่าโรคเอดส์สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประเด็นด้านการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ มีการรับรู้ที่ไม่ควรแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย เพื่อเป็นการรักษากาลังใจ แต่ตนเองนั้นยังมีความกังวลและไม่แน่ใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า โรคหนองในเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวถึงมากที่สุด รองลงมาคือ ซิฟิลิส และมีการกล่าวถึงโรคอื่นๆ เช่น เริม หูดหงอนไก่ เพียงเล็กน้อย จากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ยังมีเจตคติที่ไม่ดีต่อโรคเหล่านี้ แสดงได้จากการกล่าวถึงโรคเหล่านี้ว่าเป็น โรคกระหรี โรคผู้หญิง และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ส่วนประเด็นการป้องกันและการรักษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่รับรู้ว่าการติดต่อทางเพศสัมพันธ์เหล่านี้หมดไปแล้ว เพราะเชื่อดังกล่าวได้พัฒนากลายเป็นโรคเอดส์

1.8.5 โรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการรับรู้ ความรู้ เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค โดยเฉพาะประเด็นเรื่องพาหะนำโรคเป็นอย่างดี โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกือบทั้งหมดอธิบายได้ว่า ยุงลายเป็นสัตว์พาหะนำโรค ซึ่งยุงลายเป็นยุงที่หากินในเวลากลางวัน และชอบวางไข่ในน้ำนิ่งและน้ำสะอาด ในด้านอาการ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่า โรคไข้เลือดออกมีอาการไข้สูงไม่ลด คลื่นไส้ อาเจียน ตัวสั่น ปวดศีรษะ ตาแดง และมีไข้เลือดออกง่าย การรักษาผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีอันตรายสูง เพราะสามารถทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่กล่าวว่า ถ้าพบผู้เป็นโรคไข้เลือดออกนั้นควรพาไปพบแพทย์ที่ดีที่สุด เมื่อผู้ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยถามถึงข้อห้ามในการปฏิบัติตัวเฉพาะของคนเป็นโรคไข้เลือดออกพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่า ห้ามรับประทานยาแอสไพริน ในประเด็นการป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เน้นไปที่การป้องกันลูกน้ำและยุงลาย ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเปลี่ยนน้ำ ปรับปรุงที่พักอาศัย การใช้ทรายอะเบท สำหรับประเด็นในการสื่อสารเพื่อรณรงค์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดไม่ทราบประเด็นในการรณรงค์ในหัวข้อ 3 เกือบ 3 โรค และทราบหัวข้อ 5 ป 1 ข

1.8.6 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

การประชุมกลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่อยู่ตามภูมิภาคต่างๆ และพบผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนที่ไม่รู้จักกรมควบคุมโรค สำหรับหน้าที่ของกรมควบคุมโรคพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเข้าใจว่ากรมควบคุมโรคมีหน้าที่ในการควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด ด้วยการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ออกประกาศ ในด้านภาพลักษณ์นั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเชื่อว่ากรมควบคุมโรคมีความน่าเชื่อถือ เพราะเป็นหน่วยงานของรัฐบาลที่มีหน้าที่ในการควบคุมโรคโดยตรง

2. บทวิจารณ์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้วางวิสัยทัศน์ไว้ว่า “ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลภายในปี 2580” ซึ่งการที่กรมควบคุมโรคจะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายดังกล่าวได้นั้น กรมควบคุมโรคจำเป็นต้องดำเนินการตามพันธกิจที่ตั้งไว้หลายประการ โดยพันธกิจที่สำคัญของกรมควบคุมโรคประการหนึ่งก็คือ “ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอดและเปลี่ยนความรู้ให้เครือข่ายและประชาชน” จากพันธกิจดังกล่าว กรมควบคุมโรคได้มีการดำเนินการเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้ มีความรู้ และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ปีงบประมาณ 2562 กรมควบคุมโรคได้ทำการเลือกโรคที่เป็นจุดเน้นในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในประเด็นต่างๆ สู่ประชาชน ประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ (1) โรคไข้เลือดออก (2) โรคพิษสุนัขบ้า (3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ (4) โรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลเพื่อนำไปสู่การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาในประเด็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูล ความคิดเห็น ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2562 และศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน โดยจากผลการวิจัยสามารถนำมาวิจารณ์ในประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.1 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 67.2, 29.6, 1.3 และ 1.9 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 14.96$, $SD = 3.95$) เมื่อพิจารณาในรายโรคพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก โดยเรียงลำดับตามการได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือโรคไข้เลือดออก รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพทั้ง 4 โรคเป็นอย่างดี ซึ่งลักษณะการรับรู้ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการเปิดรับข่าวสารของ McCombs and Becker, 1997 ที่อธิบายว่าข่าวสารที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมมีจำนวนมาก บุคคลไม่สามารถจะรับรู้ข่าวสารในสภาพแวดล้อมได้หมด บุคคลจึงเลือกที่จะรับรู้ข่าวสารที่ตรงกับความต้องการหรือสิ่งที่คิดว่ามีประโยชน์ ซึ่งการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชนเป็นการเลือกรับข่าวสารแบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยประชาชนต้องการข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนสามารถที่จะตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้ เมื่อพิจารณาผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นรายโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นรายโรคอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนโรคไข้เลือดออกมากที่สุด ตามด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ สาเหตุที่ประชาชนมีลักษณะการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคทั้ง 4 ในลักษณะนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพของผู้รับรู้ที่มีผลต่อการรับรู้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วบุคคลเลือกที่จะเปิดรับข้อมูลที่ตรงกับความเชื่อ เจตคติ และความสนใจเดิมของตน ซึ่งโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่อยู่ใกล้ตัว และมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของบุคคลทั่วไป บุคคลจึงมีความสนใจที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากกว่าโรคอื่นๆ

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2560, 2561) ที่พบว่าเพศ อายุ ภูมิภาคและอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยที่ทำให้บุคคลเปิดรับข่าวสาร (Hunt, Todd and Ruben Brent D., 1993) ที่อธิบายว่าประสบการณ์ นิสัย สภาวะ และความต้องการของบุคคลล้วนมีผลต่อการเลือกที่จะเปิดรับข้อมูลข่าวสาร โดยบุคคลที่มีลักษณะบางอย่างแตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ ที่อยู่อาศัย การศึกษา และอาชีพหลักที่แตกต่างกันย่อมมีประสบการณ์ นิสัย สภาวะและความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็ส่งผลให้บุคคลแต่ละคนมีการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

เมื่อพิจารณาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสารช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทาง จาก 9 แหล่งข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 51.8, 42.8, 4.9 และ 0.5 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 29.42$, $SD = 8.15$) แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 9 แหล่งข้อมูล เรียงตามลำดับได้ดังนี้ 1. บุคลากรสาธารณสุข 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3. โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 4. อินเทอร์เน็ต 5. วิทยู 6. เพื่อน ญาติ พี่น้อง 7. ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน 8. สื่อสิ่งพิมพ์ และ 9. หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร ตามลำดับ โดยการรับรู้

ข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุข โทรทัศน์/เคเบิลทีวี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับมาก ส่วนช่องทางอื่นมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เพราะบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีลักษณะร่วมกันคือเป็นสื่อบุคคล ซึ่งสื่อบุคคลในลักษณะนี้มีลักษณะบางอย่างร่วมกับผู้รับข้อมูลข่าวสาร เช่น เป็นคนชุมชนเดียวกัน มีความเชื่อคล้ายกัน หรือมีความสนใจคล้ายกันหรืออยู่ในชุมชนเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน ในด้านปัจจัยด้านสภาพความสัมพันธ์ทางสังคมที่กล่าวว่า บุคคลจะเปิดรับข่าวสารโดยอ้างอิงจากบุคคลที่ตนชื่นชอบหรือกลุ่มที่ตนสังกัด (Reference Group) หมายความว่า ถ้าข่าวสารใดที่ตรงกับความเชื่อหรือค่านิยมของกลุ่มที่ตนสังกัดอยู่บุคคลก็มีโอกาสที่จะเปิดรับข่าวสารดังกล่าวมากกว่าข่าวสารที่ไม่ตรงกับความเชื่อหรือค่านิยมของกลุ่ม ส่วนโทรทัศน์และเคเบิลทีวีเป็นสื่อหลักที่ได้รับความนิยมรองลงมา เนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีความประหยัด นอกจากนี้ลักษณะรายการโทรทัศน์ในยุคปัจจุบันยังมีการปรับตัวด้วยการย่อข่าวให้ง่าย และนำเสนอสาระสอดแทรกไปกับความบันเทิง ทำให้ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากช่องทางดังกล่าวได้ง่ายและรวดเร็ว ทำให้ประชาชนเกิดความชื่นชอบที่จะใช้โทรทัศน์เป็นสื่อหลักในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้สื่ออินเทอร์เน็ตมีอันดับเพิ่มขึ้นจากผลการวิจัยในครั้งก่อน เนื่องจากลักษณะการใช้อินเทอร์เน็ตมีการเปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันนี้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตได้ง่ายขึ้น และมีราคาถูก ทำให้ประชาชนหันมารับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ตมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อแหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับแหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ (the Uses and Gratifications Theory) ที่กล่าวว่าสื่อไม่ได้มีอิทธิพลต่อบุคคลในทางเดียวเสมอไป แต่บุคคลต่างหากที่เป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกใช้สื่อ โดยบุคคลจะเลือกใช้สื่อเพื่อตอบสนองความต้องการหรือความพึงพอใจส่วนบุคคล การที่บุคคลเลือกสนใจสื่อใดนั้นมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลมีความเชื่อว่า สื่อนั้นจะทำหน้าที่ตามที่ผู้ใช้สื่อต้องการได้ ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Kippax and Murray (1980) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นตัวกำหนดการใช้สื่อและการรับรู้คุณประโยชน์ของสื่อ โดยพบว่า คนที่มีอายุมากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้สื่อเพราะความสนใจที่จะรับรู้และเลือกตามความต้องการของตนเอง ส่วนคนที่มีการศึกษาจะมีการใช้สื่อหลายแหล่งมากกว่าคนที่มีการศึกษาน้อยกว่า และสื่อประเภทโทรทัศน์จะถูกเลือกใช้เป็นอันดับ 1 เพราะ กลุ่มเป้าหมายเห็นว่ามีความประโยชน์โดยให้ข้อมูลต่างๆที่เขาสนใจ และผลการวิจัยยังสอดคล้องกับผลการศึกษานักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค (2561) ที่พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักของประชาชน มีความสัมพันธ์กับแหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

3. ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมในส่วนของความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 4 โรค ร้อยละ 99.5 โดยไม่พึงพอใจมีเพียงร้อยละ 0.5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 12.96$, $SD = 1.98$) เมื่อพิจารณาในความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารรายโรค โดยเรียงลำดับตามการความพึงพอใจมากที่สุดคือ โรคไข้เลือดออก รองลงมา คือ

โรคความดันโลหิตสูง โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ โดยมีระดับความพึงพอใจในรายโรคอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ในทุกโรค เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า กรมควบคุมโรคได้ทำการสื่อสารอย่างต่อเนื่องประกอบกับมีหน่วยงานที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตที่ช่วยให้บุคคลสามารถค้นหาข้อมูลได้หลากหลายและตลอดเวลา

เมื่อพิจารณาในรายประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม 6 ประเด็นคุณภาพ ร้อยละ 99.7 มีกลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 19.68$, $SD = 2.68$) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าโรคและภัยสุขภาพดังกล่าวนี้เป็นเรื่องใกล้ตัวและมีแหล่งข้อมูลข่าวสารในประเด็นดังกล่าวสื่อสารออกมาอย่างต่อเนื่องและมีการรณรงค์ผ่านทางสื่อต่างๆ อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน จึงส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างด้วย เมื่อพิจารณาในรายประเด็นคุณภาพโดยสามารถเรียงลำดับตามความพึงพอใจมากที่สุด คือ มีประโยชน์ รองลงมาคือ น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เข้าใจง่าย มีเนื้อหาพอเพียง และนำเสนอได้ทันเวลาตามลำดับ ซึ่งทุกประเด็นคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับ “พึงพอใจมาก” เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจะเกิดขึ้นในทัศนะเชิงบวกเมื่อประชาชนมีความรู้สึกดี ความประทับใจ ชอบ ยินดี เต็มใจหรือมีความสุขที่มีต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับตามความต้องการหรือตามจุดมุ่งหมายที่ความคาดหวังไว้มาก ซึ่งโดยเฉพาะประเด็นโรคและภัยสุขภาพนั้นเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาในภาพรวม พร้อมทั้งข้อมูลข่าวสารนั้นยังเป็นการต้องการความปลอดภัย ซึ่งเป็นความต้องการที่จะนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้เพื่อความปลอดภัยจากอันตรายคือการไม่เกิดโรคและภัยสุขภาพขึ้นกับตนเอง เมื่อเกิดการสื่อสารในประเด็นเหล่านี้จะเกิดการตอบสนองต่อความต้องการทำให้เกิดความรู้สึกดี ความประทับใจ ชอบ และส่งผลต่อความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมตามมา ซึ่งในการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจที่ได้รับจากข้อมูลข่าวสารนั้น ผู้รับสารต้องมีความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งจากข่าวสารก่อน จึงจะมีการใช้ประโยชน์ และเกิดความพึงพอใจนั้นได้ (Katz et al., 1974) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสำรวจพฤติกรรมประชาชน ปี 2554 ในประเด็นเรื่องความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมควบคุมโรค พบว่า ประชาชน มีความคิดเห็นว่าคุณข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมควบคุมโรค มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน มากที่สุด รองลงไปมีความคิดเห็นว่าการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมควบคุมโรคมีความน่าสนใจ และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมควบคุมโรคมีความรวดเร็วทันเวลาต่อสถานการณ์ของโรค

จากผลการวิจัย พบว่า เพศ และภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 4 โรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kippax and Murray (1980) ที่กล่าวไว้ว่าปัจจัยด้านตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา เป็นตัวกำหนดการรับรู้ในคุณประโยชน์ของข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา วิชาญ ปาวัน และคณะ (2561) บางส่วนที่พบว่า เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก และภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ และผลการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ (2560) ที่พบว่า เพศ อายุ พื้นที่พักอาศัย การศึกษา อาชีพหลัก และภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

4. ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.9, 29.6 และ 3.5 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 4 โรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 16.91$, S.D. = 4.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก ส่วนความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมากเนื่องจากลักษณะของสังคมในปัจจุบันที่มีลักษณะเป็นสังคมแห่งการติดต่อสื่อสาร ทำให้ประชาชนสามารถที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้จากหลายแหล่ง และเกิดการรับรู้ได้ตลอดเวลา ประกอบกับการทำงานของกรมควบคุมโรคที่ดำเนินการสื่อสารในสื่อที่มีความหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ แพทย์ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้คนไทยมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาค้างนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก แต่ระดับความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายโรคจะพบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากที่สุด รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าทั้ง 2 โรคนี้มีค่าเฉลี่ยเลขคณิตที่ใกล้เคียงกัน สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโรคไข้เลือดออกและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความใกล้ชิดเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของประชาชนเป็นอย่างมาก ทำให้ประชาชนเห็นประโยชน์จากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคทั้งสอง แม้ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แต่พบว่ามีคะแนนใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าที่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากทั้งสองโรคมักมีกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะและมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของประชาชนทั่วไปน้อยกว่าโรคไข้เลือดออกและโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ (Katz et al., 1974) ที่เสนอว่า บุคคลจะเกิดการรับรู้ ถ้าเห็นประโยชน์ของการรับรู้ นั่นคือการรับรู้จะช่วยทำให้เขาสามารถทำความเข้าใจในเหตุการณ์ที่มีความสำคัญต่อชีวิตได้ การเห็นความสำคัญนี้เองทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ

ส่วนเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกัน ทำให้ความสนใจในการเปิดรับสารหรือตีความหมายข่าวสารจากสื่อมวลชนแตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะความแตกต่างทางด้านจิตวิทยาและบุคลิกภาพ ที่ส่งผลต่อการรับรู้และตีความข้อมูลข่าวสารที่บุคคลได้รับ นอกจากนี้ลักษณะส่วนบุคคลด้านการศึกษายังมีผลกระทบโดยตรงต่อทักษะทางปัญญาของบุคคลที่มีผลต่อการคิด การวิเคราะห์ การตัดสินใจซึ่งส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชนโดยตรง ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ วิชาญ ปาวันและคณะ (2559, 2560, 2561) ที่ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 ที่พบผลสอดคล้องกันว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.7 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 4 โรคในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.2 และมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียงร้อยละ 0.1 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 110.05$, SD = 19.85) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

และโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยในระดับเหมาะสมมาก ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเป็นเพราะว่า กรมควบคุมโรคได้ใช้ยุทธวิธีและกลยุทธ์ในการสื่อสารที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการใช้ช่องทางหลายอย่างร่วมกัน ทั้งการใช้สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคลร่วมกันเพื่อให้ข่าวสารไปถึงประชาชนในประเทศได้มากที่สุด อีกทั้งกรมควบคุมโรคยังมีแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่เป็นระบบและถูกจดจำได้ง่าย ในรูปของคำสำคัญที่เรียกว่า Key Message ซึ่งลักษณะการใช้คำสำคัญนั้นเหมาะสมกับคนในทุกระดับ สำหรับสาเหตุที่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงนั้นเป็นเพราะว่า โรคทั้ง 2 โรคดังกล่าวเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับประชาชนทุกคน ประกอบกับเป็นโรคที่ได้รับความสนใจและมีการสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่โรคพิษสุนัขบ้าและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า ประชาชนมีความรู้ในระดับปานกลางเพราะลักษณะของโรคมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า ทำให้ประชาชนบางส่วนมองว่าตนไม่มีความเสี่ยงจึงไม่ได้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคทั้งสอง

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพนั้น พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ (2559, 2560, 2561) ที่พบว่า ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยการศึกษาดังกล่าวข้างต้นได้อธิบายว่า ผู้รับสารแต่ละคนนั้นมีพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อที่แตกต่างกันออกไป การที่ผู้รับสารจะเปิดรับสารอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความต้องการ ซึ่งการเปิดรับสื่อที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้ผู้รับสารมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไปในที่สุด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพทั้งหมดและพบความสัมพันธ์ทุกพื้นที่วิจัย โดยพบว่า แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับสูงถึงปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันทนัช โสมนรินทร์ และณัฐชุตา วิจิตรจามรี (2555) ที่พบว่า การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ เจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่โทรทัศน์ โดยสามารถอธิบายถึงสาเหตุที่แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ว่า การรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรม ซึ่งผลการศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะของสิ่งเร้ามีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล ถ้าสิ่งเร้ามีความถี่ มีความต่อเนื่อง และความคล้ายคลึงกันมากเท่าไรบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้สิ่งเร้านั้นมากเท่านั้น ซึ่งที่ผ่านมากรมควบคุมโรคมีการใช้ช่องทางและสื่อที่หลากหลายในการสื่อสารความเสี่ยง แต่ขณะเดียวกันก่อนที่จะสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรคได้มีการจัดระบบความรู้ให้สามารถจำและเข้าใจได้ง่าย และมีการสื่อสารไปในทิศทางเดียวกันในทุกช่องทาง ผลการดำเนินการดังกล่าวย่อมส่งผลให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ ช่องทางที่หลากหลายเกิดความเชื่อมั่นต่อข้อมูลที่ตนได้รับมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคมากตามไปด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลาง ส่วนความพึงพอใจต่อข้อมูล

ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลางถึงต่ำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของสุพิดา เย็นโสภา (2553) ที่พบว่าการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ ที่อธิบายว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสื่อสารของกรมควบคุมโรคจึงทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของตน ทำให้ประชาชนมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ส่วนในประเด็นภาพลักษณ์กรมควบคุมโรคที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพนั้น เป็นเพราะว่าเมื่อประชาชนมีภาพลักษณ์ทางบวกต่อกรมควบคุมโรค เขายังมีความเชื่อถือในข้อมูลข่าวสารที่ตนได้รับมาจากกรมควบคุมโรคและส่งผลให้เขามีแนวโน้มในการนำเอาความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

6. ปัจจัยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

จากการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,243 คน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,918 คน ตอบว่าตนรู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 74.7 จากนั้นจึงทำการศึกษาความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,918 คนดังกล่าว ในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.9 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.1 โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 51.10$, $S.D. = 5.70$) ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวค่อนข้างมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า แม้ว่าจะมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่รู้จักรวมควบคุมโรค แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ที่รู้จักกรมควบคุมโรคมักจะอธิบายถึงกรมควบคุมโรคในแง่บวก เนื่องจากการรับรู้ว่าการควบคุมโรคเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาล กรมควบคุมโรคจึงเป็นหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคดังกล่าวนับเป็นการรับรู้ภาพลักษณ์ประเภทภาพลักษณ์ของสถาบันและองค์กร (Institutional image) ซึ่งการรับรู้ภาพลักษณ์ดังกล่าวอาจมีสาเหตุมาจากลักษณะการทำงานของกรมควบคุมโรคที่มีพันธกิจหลัก คือ ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ให้เครือข่ายและประชาชน ทำให้กรมควบคุมโรคต้องมีการดำเนินงานในด้านการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรค และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลดังกล่าวกรมควบคุมโรคจึงต้องดำเนินการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้กับประชาชนผ่านสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนย่อมเกิดการรับรู้เกี่ยวกับกรมควบคุมโรคในฐานะผู้ทำหน้าที่เผยแพร่ข่าวสารไป ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2560,2561) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาพลักษณ์ทางบวกเกี่ยวกับกรมควบคุมโรคทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากกรมควบคุมโรคนั้นมีการดำเนินการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องทำให้ข่าวสารเกี่ยวกับกรมควบคุมโรคปรากฏในสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อเฉพาะกิจ เช่น อินเทอร์เน็ต จนทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ด้านข้อมูลองค์กร และด้านผลสำเร็จของงานว่ากรมควบคุมโรคมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ที่จะทำให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ ซึ่งข่าวสารที่ปรากฏในสื่ออย่างต่อเนื่องเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ทางบวกต่อกรมควบคุมโรค

จากการศึกษาพบว่าเพศ อายุ ภูมิภาค และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการรับรู้ ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน ย่อมมีความสนใจ ความเชื่อ เจตคติ และความชอบที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ภาพลักษณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการผลการวิจัยของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2560) เพียงบางส่วนที่พบว่าอาชีพหลักและภูมิภาคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคแต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาพลักษณ์และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ ปาวันและคณะ (2561) ที่พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาคและอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค โดยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการรับรู้ภาพลักษณ์ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการทำงานของกรมควบคุมโรค เน้นให้ความสำคัญกับการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์และรณรงค์ในภาพรวมส่งผลให้ข่าวสารที่กรมควบคุมโรคทำการสื่อสารถูกย่อยให้เข้าใจได้ง่าย อีกทั้งการสื่อสารของกรมควบคุมโรคมักจะสื่อสารผ่านบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น แพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีความน่าเชื่อถือ ทำให้ประชาชนทั่วไปมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อกรมควบคุมโรค

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคนั้นพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคภัยสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในบางพื้นที่ และไม่พบความสัมพันธ์ในบางพื้นที่ ที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจจะเกิดจากสภาพสังคมในปัจจุบันที่ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย ทำให้ประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพจากหลายแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชนจึงไม่จำเป็นต้องมาจากกรมควบคุมโรคเพียงแหล่งเดียว

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรคและพฤติกรรมกำป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในระดับปานกลางถึงต่ำเหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักในการสื่อสารความเสี่ยง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก ดังนั้นเมื่อประชาชนได้รับข่าวสารดังกล่าว ประชาชนย่อมต้องการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย ว่ามีความน่าเชื่อถือเพียงใด ปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลให้ประชาชนรู้จักกรมควบคุมโรคในฐานะผู้ส่งสารไปโดยปริยาย ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ตามแนวคิดขั้นตอนของการเกิดภาพลักษณ์ ที่อธิบายว่าภาพลักษณ์มีกระบวนการเกิดอยู่ 4 ขั้นตอน (รัตนาวดี ศิริทองถาวร, 2546) คือ 1.เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมหมายถึง สถานการณ์เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับความสนใจจากสังคมในช่วงเวลาหนึ่งและ การสื่อสารความเสี่ยงของกรมควบคุมโรค ทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับกรมควบคุมโรค 2.ช่องทางการสื่อสาร ประชาชนแต่ละคนจะมีความสะดวก ความชอบและความถนัดในการรับรู้ข่าวสารในช่องทางที่แตกต่างกัน ดังนั้น การที่กรมควบคุมโรคใช้ช่องทางในการสื่อสารที่หลากหลาย ย่อมทำให้ประชาชนมีโอกาสรู้ข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น และการรับรู้ข่าวสารที่มากขึ้นย่อมทำให้ประชาชนเกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อ กรมควบคุมโรคมากขึ้นตามไปด้วย 3.องค์ประกอบเฉพาะบุคคล เนื่องจากบุคคลมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ทำให้แต่ละคนมีความสนใจและมีแนวทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามการที่กรมควบคุมโรค มีการดำเนินการในการสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ย่อมทำให้ประชาชนมีโอกาสรู้ภาพลักษณ์กรมควบคุมโรคในทางบวกมากยิ่งขึ้น และ 4.การรับรู้และความประทับใจภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถเกิดได้ทันที แต่เกิดจากการรับรู้และสัมผัสประสบการณ์ของบุคคล ดังนั้นการที่บุคคลมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมาก มีช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย และมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ตนได้รับย่อมทำให้เกิดการรับรู้และเจตคติที่ดี

ต่อกรมควบคุมโรคในฐานะที่เป็นผู้ส่งสาร และทำให้ประชาชนมีมุมมองทางบวก ต่อกรมควบคุมโรคในที่สุด และความประทับใจดังกล่าว ย่อมทำให้บุคคลเกิดความเชื่อถือในข้อมูลข่าวสารที่กรมควบคุมโรคได้ทำการประชาสัมพันธ์และทำให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นจากข้อมูลที่ได้รับ

3. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งเกิดภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่ดีได้โดย

1) นำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นฐานในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และการวางแผน การปฏิบัติการในการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยผลการวิจัยพบว่า ช่องทางในการสื่อสารที่หลากหลายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ดังนั้น การดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต จึงควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารความเสี่ยงด้วยการใช้ช่องทางที่หลากหลาย

2) นำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ การวางแผนกลยุทธ์ ในการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญในระดับชาติและนานาชาติ โดยเฉพาะ การกำหนดช่องทาง ประเภทของข้อมูล และเนื้อหาของข่าวสารเกี่ยวโรคและภัยสุขภาพให้ตรงกับลักษณะของ กลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้กรมควบคุมโรคยังควรวางระบบการติดตามประสิทธิภาพของการเลือกใช้สื่อ และลักษณะเนื้อหาของสื่อที่ได้ทำการสื่อสารออกไปเป็นระยะๆ เพื่อให้การใช้สื่อของกรมเป็นไปอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3) พัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และปัจจัยเชิงสาเหตุของ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคโดยการพัฒนาโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Model) โดยพัฒนาจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ร่วมกับการพัฒนาจากฐานทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ควรมีการตรวจสอบ ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้กระบวนการวิจัย เพื่อส่งผลทำให้สามารถนำผลการวิจัยไปสู่ การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3.2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ ในการพัฒนาในหน่วยงานที่ตนเองรับผิดชอบได้ ดังนี้

1) สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ควรมีการดำเนินการดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สื่อบุคคล คือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) เป็นสื่อที่ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากที่สุด ดังนั้นสำนักสื่อสาร ความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพควรพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงผ่านสื่อบุคคลให้มากขึ้น โดยจุดแข็ง ประการหนึ่งของการใช้สื่อบุคคลคือ สื่อบุคคลเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) ทำให้สื่อบุคคลสามารถอธิบายและทำความเข้าใจกับประชาชนได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้สื่อบุคคลยังสามารถ

เปลี่ยนแปลงไปได้ตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การใช้สื่อบุคคลจึงสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ในฐานะที่กรมควบคุมโรคเป็นกรมวิชาการ มีพันธกิจหลักที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรคจึงควรพัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับลักษณะของสื่อบุคคล ทำให้สื่อบุคคลสามารถนำสื่อเหล่านี้ไปใช้ได้ง่าย โดยสื่อที่พัฒนาขึ้นควรมีความหลากหลาย ครอบคลุมประเด็นการสื่อสารที่สำคัญ และมีความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ต่อ

ผลการวิจัยยังพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการรับรู้ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วเป็นอย่างมาก ดังนั้นกรมควบคุมโรคควรหันมาให้ความสนใจกับการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชน โดยเฉพาะการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากวัยดังกล่าวเป็นวัยที่มีอัตราการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นและวัยทำงานมีแนวโน้มที่จะใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเป็นช่องทาง ในการรับรู้ข่าวสารเพียงช่องทางเดียว โดยการนำเสนอผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตควรเป็นการนำเสนอข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญมีรายละเอียดไม่มากและจำง่าย เพราะสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่สามารถเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็ว การนำเสนอจึงควรสั้นกระชับเพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต

2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม) ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สื่อบุคคลโดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นสื่อที่ประชาชนเข้าถึงมากที่สุด ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ควรพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารผ่านระบบสื่อบุคคล โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ควรพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และสื่อสารได้อย่างทั่วถึง เพื่อให้สามารถสื่อสารข้อมูลได้อย่างทันสถานการณ์ ขณะเดียวกันสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองก็ควรให้ความสำคัญกับทักษะความสามารถในการสื่อสารความรู้และข้อมูลข่าวสารกับสื่อบุคคล โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายสุขภาพต่างๆ การพัฒนาสื่อบุคคลอาจจะแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การพัฒนาทักษะการสื่อสารทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้สื่อบุคคลดังกล่าวสามารถถ่ายทอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงจุด ขณะเดียวกันสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองก็ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่สื่อบุคคลเหล่านี้ เพื่อให้สื่อบุคคลเหล่านี้สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่อไปอย่างถูกต้อง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรดังกล่าวควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการเข้าไปสู่งานประจำ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด คำนึงถึงความเป็นไปได้ในด้านเวลา งบประมาณ กำลังคนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) ซึ่งการวิจัยในรูปแบบนี้มีข้อดี คือ ได้ผลการวิจัยที่มีความครบถ้วนทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพที่สามารถนำมาสอบทานกันได้ในเวลาอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามการวิจัยที่มีลักษณะเป็นการทำวิจัยคู่ขนานยังมีข้อจำกัดในการอธิบายข้อค้นพบที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรใช้การวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods research) แบบแผนเชิงอธิบาย (Explanatory Design)

ที่ทำวิจัยเชิงปริมาณก่อนแล้วค่อยทำความเข้าใจผลที่เกิดขึ้นเชิงปริมาณด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

2) การวิจัยในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจประเด็นเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นหลัก การวิจัยครั้งต่อไปควรให้ความสนใจกับการวิจัยเพื่อหาลักษณะของการสื่อสาร ลักษณะการออกแบบสื่อที่มีคุณภาพและตรงกับความต้องการของประชาชนด้วยการวิจัยอิงการออกแบบ (Design-based research) เพื่อให้ได้หลักการในการออกแบบสื่อที่มีประสิทธิภาพ และตรงกับความต้องการของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

3) การศึกษาในครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านการรับรู้โรคและภัยสุขภาพ ซึ่งการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่มีข้อจำกัดตรงที่ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หรือเปลี่ยนแปลงยาก ทำให้ยากต่อการนำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อยอด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรนำปัจจัยทางด้านพฤติกรรมศาสตร์หรือด้านจิตวิทยาที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพมาร่วมในการศึกษา เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ง่ายต่อการประยุกต์ใช้และนำไปพัฒนาต่อยอดได้จริง

4) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินการรับรู้ของประชาชน ซึ่งการรับรู้เป็นตัวแปรเชิงอัตวิสัย (Subjective) ทำให้ยากแก่วัดและการประเมินผล การวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาแบบวัดในรูปแบบแบบวัดมาตรฐาน หรือใช้เทคนิคมาตรวัดแบบแองเคอร์ริง วินเยตต์ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ช่วยปรับแก้ความลำเอียงของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการประเมินการรับรู้ที่เชื่อถือได้ และมีความเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

5) ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคลมากที่สุด การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาพหุระดับ (Multilevel) เพื่อหาปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญในระดับสื่อบุคคล ที่ส่งผลต่อการรับรู้ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อช่วยให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้แนวทางในการพัฒนาสื่อบุคคลได้อย่างตรงจุด มีประสิทธิภาพ และประหยัด

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2554). แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2554.

นนทบุรี : กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2556). แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2557). แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2557. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2558). แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2558. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2561). รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออกปี 2562. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)

กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2562). รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า ณ วันที่ 16 มกราคม 2562. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2562.], <http://www.dld.go.th/th/index.php/th/newsflash/status-report/rabies-menu/report-rabies-menu/18451-rabies-25620116-1>

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2559). แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัดทำ แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี : กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา)

ขวัญเรือน กิตติวัฒน์. (2531). พลศาสตร์ของการสื่อสาร. เอกสารการสอนชุดวิชาพลศาสตร์ การสื่อสารหน่วยที่ 2. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

จตุรธา ยืนยงสุวรรณ. (2557). ความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือ และป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารสื่อดิจิทัล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

จิราพร วีระหงส์. (2548). ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบและกระบวนการให้บริการของ กรุงเทพมหานคร เขตราชบุรีบูรณะ. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

จริยา ปันทังกูร. (2559). แนวทางการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารธรรมทรรศน์, 15(1): 55-63.

- เนลา ประเสริฐสังข์. (2542). **จิตวิทยาการเรียนการสอน**. จันทบุรี : คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏรำไพพรรณี.
- ชัชริภรณ์ เวฬุวนารักษ์. (2542). **การเปิดรับสื่อ ความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2552). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณัฐรี ไชยภักดี. (2553). **การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2559). **การรับรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง**. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 34(1): 83-92
- दारु้ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร. (2553). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 7(3): 121-126
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ. (2549). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ. (2554). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร**. KKU Res J., 16(6), 749-758.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาสน.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปรมะ สตะเวทิน. (2540). **หลักนิเทศศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- พัชนี เขยจรยา และคณะ. (2541). **แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : เยลโล่การพิมพ์.
- พีระ จิโรโสภณ. (2544). **“ทฤษฎีการสื่อสารมวลชน” เอกสารการสอนชุดวิชาหลักและทฤษฎีการสื่อสาร. หน่วยที่ 11**. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พีระ สมบัติดี และคณะ. (2558). **ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก**. ขอนแก่น : หน่วยสร้างเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์

- ภัทรภูมิ โพธิพงษ์. (2553). โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2562.], <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=147>
- ภนิดา ชัยปัญญา. (2541). การวัดความพึงพอใจ. กรุงเทพมหานคร : แสงอักษร.
- ภัสราวัลย์ ศีตีสาร และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขสุลลันนา, 9(2): 120-136.
- มุกดา สอนประเทศ. (2554). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ต.กุดกู่ อ.โนนสัถ จ.หนองบัวลำภู. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2561.] จาก <http://203.157.71.148/Information/center/research-55>
- ยุพารัตน์ อดกลั่น และคณะ (2559). การรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค กระดูกพรุน ของประชาชนในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการนวัตกรรมการสื่อสารสังคม, 4(1): 84-98
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2545). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญพัฒน์.
- รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์. (2558). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชน ในเขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์นี้เทศศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- รัตนา เกียรติเผ่า. (2558). ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(3): 405-412
- รัตนาวดี ศิริทองถาวร. (2546). การประชาสัมพันธ์ธุรกิจ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชาญ ปาวัน และคณะ. (2559). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษร กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- _____. (2560). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- _____. (2561). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ทอง.

- วัชรินทร์ เงินทอง และคณะ. (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิก ชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการ สถาบันการพลศึกษา, 6(2):51-63
- วรทัย ราวินิจ . (2549). ประสิทธิภาพของการใช้แนวคิดความรับผิดชอบต่องสังคมในการสร้างภาพลักษณ์ของบริษัท เครือเจริญโภคภัณฑ์ จำกัด.วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. (2551). การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วาสนา พงษ์พิงศ์สิทธิ์. (2544). การเปิดรับข่าวสาร ภาพลักษณ์ ความคาดหวัง และความพึงพอใจของประชาชนชาวกรุงเทพมหานครที่มีต่อการสื่อสารและการให้บริการของสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จีรวัดน์กุล. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์.
- สุจิตต์ แสนมมงคล. (2559). การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11,30(2): 105-114
- สุชาติ โสมประยูร และคณะ. (2545). สุขศึกษาภาคปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : เอ็มไทรเดค.
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- สำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2562). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย สัปดาห์ที่ 51 ปี 2561 วันที่ 3 มกราคม 2562. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2562.], <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2562/DHF%20%201.pdf>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

_____. (2561). ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูง ปี 2561. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2562.], http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%AB%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87_61.pdf

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2558). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: หจก.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซด์

_____. (2562). แนวคิดการรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อและเอดส์เนื่องในวันวาเลนไทน์ (14 กุมภาพันธ์ 2562) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2562.], https://ddc.moph.go.th/th/site/office_newsview/view/3504

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2548). การประเมินโครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100 % ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2548. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2562.], <http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/books/detail/97>

_____. (2550). การเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ ในกลุ่มพนักงานบริการ ปี 2550 ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักระบาดวิทยา

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2557) . การประเมินผลการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี 2557. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

_____. (2561). กรมควบคุมโรค เผยพบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าอีก 1 ราย แนะนำประชาชนให้ยึดหลัก “คาถา 5 ย.” ลดความเสี่ยงการรับเชื้อ. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2562.], <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/669>

_____. (2558). การรับรู้เรื่องโรคติดต่อไวรัสฮิบลาของประชาชนไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด.

_____. (2562). สรุปผลการคัดเลือกจุดเน้นในการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนประจำปี 2562. นนทบุรี : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (เอกสารอัดสำเนา)

- สนอง คล้าณิม. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของ
สมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและ
การจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุพิดา เียนโกคา. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของ
นักเรียนช่วงชั้น ที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก. วิทยานิพนธ์การศึกษา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2553). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 18 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภารัตน์ ม่วงศิริ. (2547). การศึกษาภาพลักษณ์ที่เป็นจริงที่พึงประสงค์ ของโรงเรียนอนุบาล สังกัดสำนักงาน
บริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร ตามความคิดเห็นของ
ผู้บริหารและผู้ปกครอง. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา ภาควิชานโยบาย
การจัดการและการเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ
ทั่วไป พ.ศ. 2555 (ปรับปรุง พ.ศ. 2558). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2562.],
<http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2542). พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง. ใน กิตติวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). เอกสารการสอน
ชุดวิชาสุขศึกษา (หน่วยที่ 1-7). พิมพ์ครั้งที่ 16. นนทบุรี : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมใจ จางวาง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และ
โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- สมนา บุญหลาย. (2550). การรับรู้ของพยาบาลในความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โรงพยาบาลศิริราช.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิชัย มงคล. (2545). ความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือและป้องกัน
ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 8, สุขภาพจิตกับยาเสพติด.

อรุณชาติ วงษ์ทับทิม. (2547). การรับรู้ของสมาชิกเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง:
ศึกษากรณีอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาวชิราลงกร.

Abraham Ayantunde, N T Welch and Simon L Parsons. (2007). A survey of patient satisfaction
and use of the Internet for health information. **International Journal of Clinical
Practice** 61(3): 458-62.

Atkin Charles K. (1973). **Anticipated Communication and Mass Media Information Seeking
Public Opinion Quarterly**. New York: Free Press.

Bloom. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**.
New York: Mcgraw – Hill.

Boulding, Kenneth E. (1975). **The Image**. Michigan: The University of Michigan Press.

Boorstin, D.J. (1973). **The New Atlantis**. American: Man of Books

Bureau of Disease Control and Veterinary Services. **Information System for rabies surveillance**.
[database on the internet]. 2016 [cited 2018 December 27]. Available from:
<http://www.thairabies.net/dashboard/default.aspx>.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). **Influenza Flu**. [database on the
internet]. 2018 [cited 2018 March 2]. Available from <https://www.cdc.gov/flu/index.htm>

Chaplin, J. P. (1968). **Dictionary of Psychology**. New York: Reaquin Book.

Garrison, K.C. , & Magoon, R.(1972). **Educational psychology**. Ohio: Charles E. Morrill Publishing
century-crofts.

Gilmer, Von Haller B. (1971). **Industrial psychology**. New York: McGraw-Hill.

Gochman. (1988). **Health Behavior : Emerging Research Perspective**.
New York: Plenum Press.

- Good, c. V. (Ed.) (1973). **Dictionary of education (3rd ed.)**. New York: McGraw-Hill, p 304, 588
- Herzberg, F. (1993). **The Motivation to Work**. New Brurawick: Transaction.
- Hunt, Todd and Ruben Brent D. (1993). **Mass Communication : Producer and Consumers**.
New York: Harper College Publishers.
- Jefkins, Frank. (1993). **Planned Press and Public Relations. 3 rd ed**. Great Britain : Alden Press
- Katz, E., Blumler, J. G., & Gurevitch, M. (1974). Utilization of Mass Communication by the
Individual. In J. G. Blumler, & E. Katz (Eds.), **The Uses of Mass Communications:
Current Perspectives on Gratifications Research** (pp. 19-31). Beverly Hills: Sage
Publications.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities”.
Educational and Psychological Measurement. 30(3): p.607-10.
- Kasl, S.V. and Cobb, S. 1966 . “Health behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior.”
Archives Environmental of Health. 12 (Feb 1966), 246 - 249.
- Kippax, S. and J. P. Murray. (1980). **Using the media: need gratification and perceived
utility**. Communication Research. Vol.7.
- Klapper, J. T. (1960). **The effects of mass communication**. New York: The Free Press.
- Kotler, E. L. and H. L. Armstrong. (2002). **Citizen evaluation and urban management:
Services delivery in an era of protest**. New York : Harper & Row.
- Loana Vid. (2016).**The Image Crisis of The Organization**. Professional Communication and
Translation Studies: West University Of Timișoara, Romania.
- McCombs, E. Maxwell and Becker, B Lee. (1979) **Using Mass Communications theory**.
New Jersey : Prentice Hall
- Melvin L. Defleur. (1970). **Theories of Mass Communication**. Second Edition, New York :
David Mckey Co.,.
- Millet, John D. (1954). **Management in the Public Service**. New York : McGraw Hill Book
Company.

- Morse, N. C. (1985). **Satisfactions in the white collar job**. Michigan: University of Michigan.
- 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.
- Schramm, Willbur. (1954). **Channels and Audience in Handbook of Communication**. Chicago: Rac Mc Nelly College Publishing Company.
- _____. (1973). **Men Messages and Media : A look at Human Communication**. New York : Harper& Row Publisher.
- Twaddle. A.C. (1981). **Sickness behaviors and the sick role**. Massachusett : Scheukmass publishing.
- Vroom, W.H. (1964). **Working and Motivation**, (New York: John Wiley and Sons, Inc 1964), p. 99.
- Wolman, Thomus E. (1973). **Education and Organizational Leadership in Elementary School**, Englewood Cliffs, (New Jersey: Prentice-Hall), p.384.
- World Health Organization (1990). "Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease". **WHO Wkly Epidem. Rec.** 65 (29): 221–228.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2011). Hypertension fact sheet. Retrieved July 29, 2018, from <http://www.searo.who.int/>
- _____. (2002). **Current WHO guide rabies pre- and post- exposure treatment in humans**. Geneva: WHO Press.
- _____. (2013). **A global brief on hypertension**. Retrieved July 29, 2018, from http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf/
- _____. (2017). **HIV/AIDS: Online questions**. [database on the internet].2017 [cited 2019 January 27]. <https://www.who.int/features/qa/71/en/>
- World Hypertension League. (2012). **Healthy Lifestyle Healthy Blood Pressure. World Hypertension Day 2012 brochure**. [database on the internet]. 2018 [cited 2018 July 29]. Available from: <http://www.worldhypertensionleague.org/>

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย)

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและ
ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562

โครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาอังกฤษ)

Evaluation of Perception of Information in Disease and Health Hazard, Prevention and
Control Behaviors of Disease and Image of the Department of the Thai People during B.E.
2019.

ผู้วิจัย: นายจักรกฤษณ์ พลราชม

หน่วยงานที่สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
สำหรับเอกสาร:

1. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เวอร์ชัน.....1..... ฉบับลงวันที่.....11 กุมภาพันธ์ 2562.....
2. แบบคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร เวอร์ชัน.....1..... ฉบับลงวันที่.....11 กุมภาพันธ์ 2562.....
3. แบบใบยินยอมให้ทำการวิจัยจากผู้ถูกวิจัย เวอร์ชัน.....1..... ฉบับลงวันที่.....11 กุมภาพันธ์ 2562.....
4. แบบบันทึกข้อมูล เวอร์ชัน.....1..... ฉบับลงวันที่.....11 กุมภาพันธ์ 2562.....
5. ประวัติผู้วิจัย

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิม
พระเกียรติ จังหวัดสกลนคร โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการ
ปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก 6 เดือน

ให้ไว้ ณ วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2562

ลงชื่อ.....

(ดร.ฉัฐวัฒน์ ลิ้มปัสร์พงษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ลำดับที่ ...023.../2562

เลขที่ : Kucsc.HE-61-023

วันหมดอายุ : 28 มีนาคม พ.ศ.2563

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

สำนักงานวิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร กองบริหารการวิจัยและบริการวิชาการ อาคารบริหาร ชั้น 2 โทร. (081) 3802403 โทรสาร (042) 725021

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
	เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้รับการวิจัย สำหรับผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (Participant information sheet)

เวอร์ชัน (Version) 1.0 ลงวันที่ เดือน ปี 21 มีนาคม พ.ศ. 2562 (สำหรับผู้วิจัยหลักกรอก)
--

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกคน

ชื่อโครงการวิจัย (ไทย)	การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562
ชื่อโครงการวิจัย (อังกฤษ)	Evaluation of Perception of Information in Disease and Health Hazard, Prevention and Control Behaviors of Disease and Image of the Department of the Thai People during B.E. 2019.
ผู้สนับสนุนการวิจัย	สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ผู้วิจัยหลัก	
ชื่อผู้วิจัยหลัก	นายจักรกฤษณ์ พลราชม
สังกัดหน่วยงาน	ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
โทรศัพท์	โทรศัพท์มือถือ 086-2574111, โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-4272-5023
ผู้วิจัยหลัก	
ชื่อผู้วิจัยหลัก	นายประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ
สังกัดหน่วยงาน	ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์และสังคม วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
โทรศัพท์	โทรศัพท์มือถือ 065-4940598
ผู้ร่วมวิจัย	
ชื่อผู้ร่วมวิจัย	นางนรินดา ศรีบุญทิพย์
สังกัดหน่วยงาน	สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์	โทรศัพท์มือถือ 083-7401771, โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2590-386-2
ผู้ร่วมวิจัย	
ชื่อผู้ร่วมวิจัย	นางสาวสุจิตรา บุญกล้า
สังกัดหน่วยงาน	สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์	โทรศัพท์มือถือ 085-0288753, โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2590-386-2

เรียนอาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกคน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นตัวแทนของประชาชนในการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562 ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วนเพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาสักถามจากผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของโครงการวิจัยนี้

1. เหตุผลความเป็นมา

ด้วยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดังนั้น ในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคจึงมีผลกระทบต่อนักประชาชนจำนวนมาก ข้อมูลการประเมินผลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวและสังคมในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562

3. อาสาสมัครผู้รับการวิจัย

อาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัยมาจากอาสาสมัครผู้รับการวิจัยทั่วประเทศไทย จำนวน 5,323 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 จำนวน 5,243 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 80 คน

4. วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

1. ในกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มที่ 1 จำนวน 5,243 คน ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม เรื่องการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562 โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 – 25 นาที

2. ในกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มที่ 2 จำนวน 80 คน ผู้วิจัยจะขอให้ท่านเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมสนทนา ประมาณ 60 – 90 นาที

5. ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านโดยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มด้วยความสัตย์จริง

6. ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือท่านอาจเกิดความไม่สบายใจเมื่อต้องตอบคำถามซึ่งท่านสามารถบอกถึงความไม่สบายใจหรือต้องการหยุดตอบคำถามในแบบสอบถามหรือหยุดในการสนทนากลุ่มได้ตลอดเวลา ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบทางลบใดๆ และการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัยของโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิใดๆ ทั้งสิ้น

7. ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ โดยตรงจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้จะนำไปสู่การออกแบบแนวทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวและสังคม ในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

8. ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลส่วนตัวของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้วิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

9. อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้วิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตราย อาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกายหรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้วิจัย แล้วผู้วิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย ยินดีจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น และการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นายจักรกฤษณ์ พลราชม โทรศัพท์มือถือ 086-2574111 ตลอด 24 ชั่วโมง

10. ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการวิจัยครั้งนี้

11. ค่าตอบแทนสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนหรือเงินใดๆ จากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ยกเว้นในอาสาสมัครกลุ่มที่ 2 จำนวน 80 คน ท่านจะได้รับค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ เสียเวลา เป็นจำนวนเงิน 200 บาท

12. การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยแล้วท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน

13. การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอโดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ 3 ปี สถานที่เก็บคือ ห้อง 102 อาคาร 2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร และจะทำลายภายใน 3 ปี

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่ นายจักรกฤษณ์ พลราชม โทรศัพท์มือถือ 086-2574111 ตลอด 24 ชั่วโมง หรือสถานที่ทำงานในประเทศไทย คือ ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ 59 หมู่ 1 ถนน วปรอ 366 ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมในโครงการวิจัยแล้วข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

14. สิทธิของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นอาสาสมัครผู้รับการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

- ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
- ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้
- ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
- ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับการวิจัย
- ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย
- ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลโดยท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
- ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้รับการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
- ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัยหรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้รับการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ อาคารสุวรรณวาจกกสิกิจ สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 50 ถนนงามวงศ์วาน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 โทรศัพท์ 0-2579-5547 โทรสาร 0-2561-1985

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
	หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (Informed consent form)

เวอร์ชัน (Version) 1.0 ลงวันที่ เดือน ปี 21 มีนาคม พ.ศ.2562 (สำหรับผู้วิจัยหลักกรอก)
--

โครงการวิจัย เรื่อง การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน
 ควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ.2562

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อาสาสมัครผู้รับการวิจัย ชื่อ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้รับการวิจัยที่แนบมาฉบับลงวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2562
 และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่พร้อมด้วย
 เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้รับการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้
 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือ
 อากาศที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอ
 ในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้วโดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น
 จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล
 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบโดยไม่
 จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอม
 จากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูล
 ของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะ
 เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้ายกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและ
 ต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการ
 ให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัย รวมถึงข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่าน
 กระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์
 และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้วยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจจึงได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้

..... ลงนามอาสาสมัครผู้รับการวิจัย
(.....) ชื่ออาสาสมัครผู้รับการวิจัยตัวบรรจง
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (ผู้วิจัย) ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้อาสาสมัครผู้รับการวิจัยตามนามข้างต้นได้รับทราบและมีความเข้าใจดีแล้วพร้อมลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้วิจัย
(.....) ชื่อผู้วิจัยตัวบรรจง
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

จังหวัด อำเภอ ตำบล

ชื่อผู้ประสานงาน

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

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

รหัส



แบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย
ประจำปี พ.ศ. 2562

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถาม โดยข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะ นำมาสรุปผลเป็นภาพรวมและจะเผยแพร่ในรูปแบบทางวิชาการเท่านั้น และจะใช้เป็นประโยชน์ในการ สื่อสารความเสี่ยงข้อมูลข่าวสาร กระบวนการทำงานของกรมควบคุมโรค เพื่อส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อประชาชนต่อไป ซึ่งข้อความใดที่ทำให้ท่านตอบแบบสอบถามแล้วไม่สบายใจหรือไม่ต้องการตอบท่าน สามารถไม่ตอบคำถามนั้นได้

โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความจริง โดยเลือกเพียงคำตอบ เดียวให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน	4	ข้อ
ตอนที่ 2	การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	4	ข้อ
ตอนที่ 3	แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	9	ข้อ
ตอนที่ 4	ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	10	ข้อ
ตอนที่ 5	ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	24	ข้อ
ตอนที่ 6	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	32	ข้อ
ตอนที่ 7	ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	จำนวน	13	ข้อ

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
คณะผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

1. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
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 (พ่อบ้าน แม่บ้าน)
☐ 7) นักเรียน /นักศึกษา ☐ 8) อื่น ๆ ระบุ

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด เช่น สถานการณ์ของโรค อาการของโรค สาเหตุของการเกิดโรค การรักษา หรือการป้องกัน

ที่	ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก					
2	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า					
3	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
4	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง					

ตอนที่ 3 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1	อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูบ อีเมล เป็นต้น)					
2	โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี					
3	วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น)					
4	หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร					
5	สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)					
6	บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)					

ที่	ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆครั้ง	ไม่เคยได้รับ
7	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)					
8	ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน					
9	เพื่อนญาติพี่น้อง					

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.1 ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาท่านมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพดังต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	พึงพอใจมาก	พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจมาก
1	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก				
2	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า				
3	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
4	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง				

4.2 ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาท่านมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	พึงพอใจมาก	พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจมาก
5	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ มีประโยชน์				
6	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ น่าสนใจ				
7	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ น่าเชื่อถือ				
8	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ เข้าใจง่าย				
9	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ มีเนื้อหาพอเพียง				
10	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ นำเสนอได้ทันเวลา				

ตอนที่ 5 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและสุขภาพของประชาชน

ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ ถูก หรือ ผิด หรือ ไม่ทราบ

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
โรคไข้เลือดออก				
1	ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกห้ามรับประทานยาแก้ปวดจำพวกแอสไพริน			
2	คนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วจะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกอีก			
3	โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นเฉพาะช่วงฤดูฝน			
4	เด็กหรือผู้ใหญ่ก็สามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้			
5	การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านหรือบริเวณบ้านเป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
6	ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหากปล่อยทิ้งไว้บางรายอาจเกิดอาการช็อคได้			
โรคพิษสุนัขบ้า				
7	โรคพิษสุนัขบ้าสามารถเกิดขึ้นได้กับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด			
8	การถูกสุนัขหรือแมวข่วนไม่สามารทำให้เป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้			
9	หากป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว ไม่สามารถรักษาได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย			
10	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่สัตว์เลี้ยงเพียงเข็มเดียวป้องกันโรคนี้ได้ตลอดชีวิต			
11	สัตว์ที่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะต้องมีการอาการดุร้าย หรือเปลี่ยนแปลงไปทุกตัว			
12	หากถูกสุนัขกัดและฉีดวัคซีนเข็มแรกแล้วไม่จำเป็นต้องไปรับวัคซีนให้ตรงตามนัดก็ได้			
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
13	ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าผู้อื่น			
14	เมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้วรีบไปทำการรักษาจะทำให้ผู้ติดเชื้อยังคงมีสุขภาพดี			
15	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ แสดงว่าไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
16	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการดูแลยังไม่มีอาการก็สามารถแพร่กระจายเชื้อสู่คนอื่นได้			
17	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ทำให้เสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีได้			
18	ผู้หญิงที่เป็นหูดหงอนไก่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้			
โรคความดันโลหิตสูง				
19	คนที่มีความดันโลหิตอยู่ที่ระดับ 120/80 มิลลิเมตร/ปรอท จัดว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง			
20	คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม			
21	อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง คือ การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ			

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
	ไต่สาย อัมพาต			
22	การรับประทานอาหารเค็มจัดหรือโซเดียมสูงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง			
23	ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีไม่จำเป็นต้องตรวจความดันโลหิตสูง			
24	การออกกำลังกายลดโอกาสในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้			

ตอนที่ 6 พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยทำในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย	ไม่เกี่ยวข้อง
โรคไข้เลือดออก							
1	ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกได้ตามที่ท่านต้องการ						
2	ท่านเคยศึกษาความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก						
3	ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ผู้อื่น						
4	ท่านป้องกันตนเองและบุตรหลานไม่ให้ถูกยุงกัด						
5	ท่านกำจัดลูกน้ำยุงลาย						☐ ที่บ้านไม่มีลูกน้ำยุงลาย
6	ท่านจัดบ้าน/ที่พักให้ปลอดโปร่งปราศจากจุดอับชื้น						
7	ท่านกำจัดเศษภาชนะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง						☐ ไม่มีเศษภาชนะ
8	ท่านปิดฝาภาชนะเก็บน้ำไม่ให้ยุงวางไข่						☐ ไม่มีภาชนะเก็บน้ำ
โรคพิษสุนัขบ้า							
9	ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าได้ตามที่ท่านต้องการ						
10	ท่านเคยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า						
11	ท่านเคยศึกษาความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า						
12	ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้อื่น						
13	ท่านทำให้สุนัขโมโท โกรธ หรือตกใจ						

ที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย	ไม่ เกี่ยวข้อง
14	สุนัขหรือแมวของท่านได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า						☐ ไม่ได้เลี้ยง สุนัข/แมว
15	ท่านชอบเล่นกับสุนัขหรือแมว						
16	ท่านปรึกษาแพทย์เมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัดหรือข่วน						
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
17	ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามที่ท่านต้องการ						
18	ท่านเคยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
19	ท่านเคยศึกษาความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
20	ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ผู้อื่น						☐ ไม่เคยมี เพศสัมพันธ์
21	ท่านป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสวมถุงยางอนามัย						
22	ท่านปรึกษาแพทย์ เมื่อมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
โรคความดันโลหิตสูง							
23	ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ตามที่ท่านต้องการ						
24	ท่านเคยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง						
25	ท่านเคยศึกษาหาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง						
26	ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้อื่น						
27	ท่านเคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต						
28	ท่านชอบรับประทานอาหารหวานจัด หรือมันจัด หรือเค็มจัด						
29	ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละประมาณ 30 นาที						
30	ท่านสูบบุหรี่						
31	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						
32	การดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ท่านเครียด						

ตอนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ท่านรู้จัก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือไม่

☐ 1) ไม่รู้จัก (จบการทำแบบสอบถาม)

☐ 2) รู้จัก ทำแบบสอบถามต่อ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในประเด็นต่อไปนี้อย่างไร

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีนโยบายที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม					
2	กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่มีประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้					
3	บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี					
4	บุคลากรของกรมควบคุมโรคเป็นที่พึ่งให้แก่ประชาชนในด้านการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ					
5	กรมควบคุมโรคมีกระบวนการทำงานในการรับมือกับโรคและภัยสุขภาพที่คุกคามอย่างทันการณ์					
6	กรมควบคุมโรคมีการส่งเสริม ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ประชาชนเรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
7	การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด					
8	กรมควบคุมโรคมีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคที่เข้มแข็ง					
9	กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค					
10	กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ทำให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ					
11	กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ปกป้องประชาชนไม่ให้ได้รับผลกระทบจากโรคและภัยสุขภาพที่มาจากนานาชาติ					
12	กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ					

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี 2562

.....

วัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่ม

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อศึกษาแหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
4. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
5. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
6. เพื่อประเมินภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

คำชี้แจงการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

1. การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้ให้ประเด็นในการสนทนา เพื่อให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้งทุกคน

2. ขั้นตอนของการสนทนากลุ่ม

- 2.1 ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) แนะนำตนเองและทีมงาน
- 2.2 อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตในการบันทึก
แถบเสียง
- 2.3 เริ่มคำถามในแนวทางการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ตามประเด็น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน
ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น
- 2.4 สรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ประชาชนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่สามารถให้ข้อมูลได้
โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล
2. กลุ่มพื้นที่ภาคกลาง
3. กลุ่มพื้นที่ภาคใต้
4. กลุ่มพื้นที่ภาคเหนือ
5. กลุ่มพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. ไม่ทราบว่าคุณเคยได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ (โรคไข้เลือดออก, โรคพิษสุนัขบ้า, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, และโรคความดันโลหิตสูง) หรือไม่ ถ้าได้รับช่วยบอกด้วยว่าคุณได้รับข่าวสารจากช่องทางไหน
2. ช่วยอธิบายเพิ่มเติมว่า ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ (โรคไข้เลือดออก, โรคพิษสุนัขบ้า, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, และโรคความดันโลหิตสูง) ว่าอย่างไร ท่านพึงพอใจหรือไม่กับข้อมูลที่ท่านได้รับ
3. ขอให้ท่านช่วยอธิบายว่า โรคไข้เลือดออก มีอาการอย่างไร มีสาเหตุมาจากอะไร ท่านสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างไร และมีวิธีการรักษาอย่างไร
4. ขอให้ท่านช่วยอธิบายว่า โรคพิษสุนัขบ้า มีอาการอย่างไร มีสาเหตุมาจากอะไร ท่านสามารถป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างไร และมีวิธีการรักษาอย่างไร
5. ขอให้ท่านช่วยอธิบายว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีอาการอย่างไร มีสาเหตุมาจากอะไร ท่านสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างไร และมีวิธีการรักษาอย่างไร
6. ขอให้ท่านช่วยอธิบายว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอาการอย่างไร มีสาเหตุมาจากอะไร ท่านสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างไร และมีวิธีการรักษาอย่างไร
7. ในประเด็นเกี่ยวกับโรคทั้ง 4 โรค มีโรคไหนบ้างที่ท่านคิดว่าท่านมีข้อมูลเพียงพอกับการป้องกันตนเองแล้ว และมีโรคไหนบ้างที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ให้ช่วยบอกด้วยว่าท่านมีคำถามอะไร
8. ท่านรู้จักกรมควบคุมโรคหรือไม่ ถ้ารู้จักให้ช่วยเล่าว่าท่านรู้จักกรมควบคุมโรคได้อย่างไร
9. ในความเข้าใจของท่านกรมควบคุมโรคทำหน้าที่อะไร และท่านพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจการทำงานของกรมควบคุมโรค ให้เล่าด้วยว่าท่านพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในประเด็นใด (องค์กร บุคลากร กระบวนการทำงาน และผลสำเร็จ)

แผนผังการจัดที่นั่งการสนทนากลุ่ม

พื้นที่ กลุ่มที่ จังหวัด.....
วัน..... ที่ เดือน พ.ศ. 2562 เวลา
ณ

- หมายเหตุ
- M หมายถึง ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator)
 - N หมายถึง ผู้จดบันทึก (Note-Taker)
 - O หมายถึง ผู้สังเกตการณ์ (Observer)
 - P1 หมายถึง Participant คนที่ 1
 - P2 หมายถึง Participant คนที่ 2
 - P3 หมายถึง Participant คนที่ 3
 - P4 หมายถึง Participant คนที่ 4
 - P5 หมายถึง Participant คนที่ 5
 - P6 หมายถึง Participant คนที่ 6
 - P7 หมายถึง Participant คนที่ 7
 - P8 หมายถึง Participant คนที่ 8

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค
และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562

กลุ่มที่ จังหวัด.....

ที่	ประเด็นการสนทนา	บันทึกข้อสนทนาผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม	หมายเหตุ

ลงชื่อ ผู้จัดบันทึก
(.....)



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

