

อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรม
การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง



นางสาวนิยะนันท์ สำเภาเงิน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

INFLUENCES OF RISK PERCEPTION ON HEALTH BEHAVIOR AND COMMUNICATION
GUIDELINES FOR PREVENTIVE BEHAVIOR ON NON-CONTAGIOUS SYNDROMES OF
RISK GROUP

Miss Niyanan Sampao-ngern



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Communication Arts

Faculty of Communication Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมกำป้องกันโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง

โดย

นางสาวนิยะนันท์ สำเภาเงิน

สาขาวิชา

นิเทศศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ชาติประเสริฐ

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

.....คณบดีคณะนิเทศศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล ชาติประเสริฐ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.จิริยุทธ์ สิ้นธุ์พันธ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ชาติประเสริฐ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สรารุจ อนันตชาติ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ อวยพร พานิช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ อินทร์ทัศน์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ จุมพล รอดคำดี)

นิยมนันท์ สำเภางเงิน : อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมกำบังกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง. (INFLUENCES OF RISK PERCEPTION ON HEALTH BEHAVIOR AND COMMUNICATION GUIDELINES FOR PREVENTIVE BEHAVIOR ON NON-CONTAGIOUS SYNDROMES OF RISK GROUP) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ดวงกมล ชาติประเสริฐ, หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาพัฒนาเป็นชิ้นงานสื่อส่งเสริมพฤติกรรมกำบังกันโรคและศึกษาอิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคของกลุ่มเสี่ยง โดยทำการศึกษา 2 กรณีได้แก่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจ แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะเวลา ระยะที่ 1 ศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจกรณีศึกษาละ 400 คนรวม 800 คนโดยประมวลผลด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์ถดถอยพหุ และการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปร ระยะที่ 2 ศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก 23 คนและวิเคราะห์ผลโดยวิธีสรุปจากข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ภาพรวมของทั้ง 2 โรคการรับรู้ตัวแปรในกลุ่มแนวโน้มส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงมากกว่าการรับรู้ตัวแปรในกลุ่มภัยร้าย

การรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจมีความแตกต่างกันอย่างตรงกันข้าม โดยกลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเสี่ยงของ 2 โรคเป็นคนละชุดตัวแปรกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความคุ้นเคย และการรับรู้ความน่ากลัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยง กรณีโรคหัวใจคือ การรับรู้ความใกล้ การรับรู้การควบคุมได้ด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในตน และการรับรู้ความสูญเสียมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการกำบังกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจเป็นตัวแปรเดียวกันคือการรับรู้ความสามารถในตน ทั้งนี้กรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความสามารถในตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในลักษณะเป็นเงื่อนไขกับตัวแปรความคุ้นเคยและความน่ากลัวแต่กรณีโรคหัวใจไม่พบว่า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในลักษณะเป็นเงื่อนไข

ระยะที่ 2 นำตัวแปรการรับรู้ความสามารถในตนมาใช้เป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมกำบังกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจพบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสื่อสารแนวทางการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถในตนเนื่องจากรู้สึกได้รับกำลังใจทำให้อยากปฏิบัติพฤติกรรมกำบังกันมากกว่าแนวทางการสื่อสารที่ไม่มีการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถในตน

สาขาวิชา นิเทศศาสตร์

ลายมือชื่อนิติต

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5185103528 : MAJOR COMMUNICATION ARTS

KEYWORDS: HEALTH BEHAVIOR / PREVENTIVE BEHAVIOR / HEALTH
COMMUNICATION / NON-CONTAGIOUS SYNDROMES / RISK PERCEPTION

NIYANAN SAMPAO-NGERN: INFLUENCES OF RISK PERCEPTION ON HEALTH BEHAVIOR AND COMMUNICATION GUIDELINES FOR PREVENTIVE BEHAVIOR ON NON-CONTAGIOUS SYNDROMES OF RISK GROUP. ADVISOR: ASST. PROF. DUANGKAMOL CHARTPRASERT, Ph.D., pp.

The objective of this research was to study influences of risk perception on health behavior and to study communication guidelines for preventive behavior on non-contagious syndromes of risk group in 2 case studies; Colorectal Cancer and Heart Disease. The study was divided into 2 phases. The first phase was survey research comprising Correlation Analysis, Multiple Regression Analysis, and 3-way ANOVA on 800 cases (400 cases for each disease). The second phase was a qualitative research, collecting data by in-depth interview with 23 key informants and analyzing through grounded theory method.

The result found that at the first phase, risk perception factors in Probability aspect has more influence on health behavior than risk perception factors in Hazard aspect for both case studies. In detail, risk behaviors are affected by different factors. For Colorectal Cancer, risk behaviors are affected by perceived familiarity and perceived dread. But Heart Disease, risk behaviors are affected by perceived nearness, perceived control by self, perceived self-efficacy and perceived loss.

Perceived self-efficacy is the most effective factors on risk behavior. For Colorectal Cancer, perceived self-efficacy affects risk behavior by conditional relationship with perceived familiarity and perceived dread.

At the second phase, as a communication guideline, self-efficacy message increases not only positive attitude but also preventive intention in both cases of high risk group.

Field of Study: Communication Arts

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีอาจสำเร็จลงได้โดยผู้วิจัยเพียงลำพัง ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่เคยให้ความรู้ โดยเฉพาะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ชาติประเสริฐ ผู้เปี่ยมล้นด้วยจิตวิญญานความเป็นครู ผู้ให้แสงสว่างทางปัญญาแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการทุกท่านเป็นอย่างสูงสำหรับโอกาสและคำแนะนำที่เต็มไปด้วยความปรารถนาดีได้แก่ อาจารย์ ดร.จिरุทธิ์ สินธุพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สรารุช อนันตชาติ รองศาสตราจารย์ อวยพร พานิช รองศาสตราจารย์ จุมพล รอดคำดี และรองศาสตราจารย์ ดร.กมลรัฐ อินทรทัศน์

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในวาระต่างๆ จากบุคคลจำนวนมากที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ เช่น น้องๆ ผู้ช่วยเก็บข้อมูลอาจารย์ที่ปรึกษาด้านสถิติ เจ้าหน้าที่ห้องสมุด เจ้าหน้าที่บริการการศึกษาคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และบุคลากรของสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดลที่ช่วยให้งานนี้สำเร็จลงได้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.วรทัย ราวินิจ ดร.ชนัญสรุ อรณพ ณ อยุธยา และอาจารย์ ดร. ศศิธร ยุวโกศล ผู้ซึ่งคอยช่วยเหลือให้สามารถผ่านพ้นภาวะคับขันและยังหมั่นให้กำลังใจกันเสมอมาจนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ทันเวลา และขอขอบคุณการสนับสนุน ความช่วยเหลือด้านต่างๆ และกำลังใจจากทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณแม่ พี่ชาย และสามีที่รักยิ่ง อาจารย์ ดร.เพชร สุวรรณภานันท์ หากปราศจากความรักอันบริสุทธิ์และกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวแล้ว ผู้วิจัยไม่อาจอดทนและฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ระหว่างการศึกษาและระหว่างทำวิทยานิพนธ์นี้ได้เลย

ผู้วิจัยขอขอบคุณพระเจ้าที่ประทานประสบการณ์ของการเป็นญาติผู้ป่วยมะเร็งกว่า 30 ปี ซึ่งสร้างแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ด้านการสื่อสารสุขภาพ และถึงแม้ว่าพ่อจะจากไปก่อนลูกสำเร็จการศึกษาแต่ลูกตระหนักดีว่าพ่อรับรู้ว่าคุณต้องทำสำเร็จเพราะมีศรัทธาและมีพ่อเป็นตัวอย่างของความอดทน พ่อยังคงเฝ้าดูจากเพียงเรียนรู้และให้กำลังใจลูกเสมอ วิทยานิพนธ์เล่มนี้ลูกขออุทิศแด่คุณพ่อ

ท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังว่าประโยชน์ใดๆ ที่อาจมีจากผลวิจัยครั้งนี้ขอจงบังเกิดแก่ทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้ ส่วนข้อบกพร่องทุกอย่าง ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
สารบัญภาพ.....	ง
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
นิยามตัวแปร.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
1. การสื่อสารสุขภาพ.....	9
2. ความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยง มุมมองและทฤษฎีการประเมินความเสี่ยง.....	13
- ความเสี่ยง.....	13
- การรับรู้ความเสี่ยง.....	14
- มุมมองและทฤษฎีการประเมินความเสี่ยง.....	15
3. ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ.....	34
- ตัวแปรพื้นฐาน.....	35
- ด้านสุขภาพ.....	37
- ด้านการสื่อสาร.....	41
- ด้านวัฒนธรรม.....	42
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	46
1. การวิจัยเชิงสำรวจ.....	46
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
- เครื่องมือในการวิจัย.....	50

- ความเที่ยงของเครื่องมือวัด	51
- ความตรงของเครื่องมือวัด	52
- การวิเคราะห์ข้อมูล	54
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ	54
- ผู้ให้ข้อมูลหลัก	55
- เครื่องมือเก็บข้อมูล	55
- วิธีการเก็บข้อมูล	56
- วิธีการวิเคราะห์และนำเสนอ	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
ผลการวิจัยระยะที่ 1 ผลวิจัยเชิงปริมาณ	58
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม	59
- กลุ่มตัวอย่างกรณีโรคมะเร็ง	59
- กลุ่มตัวอย่างกรณีโรคหัวใจ	63
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	66
ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์	66
ผลวิเคราะห์การถดถอย	69
ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร	69
ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์	74
ผลการวิเคราะห์การถดถอย	76
ผลการวิจัยระยะที่ 2 ผลวิจัยเชิงคุณภาพ	76
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก	76
- กรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	81
- กรณีโรคหัวใจ	87
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
ระยะที่ 1 การสำรวจ (Survey Research) การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ	95
สรุปผลการวิจัย	95
อภิปรายผล	104

ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์เจาะลึกอิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ กลุ่มเสี่ยง.....	115
สรุปผลวิจัย.....	115
อภิปรายผล	117
ข้อเสนอแนะสำหรับการสื่อสารสุขภาพ	125
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	128
รายการอ้างอิง	130
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	173



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 แสดงลักษณะของคนทั้ง 4 กลุ่มตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของ Douglas (1970).....	32
ตารางที่ 3.1 แสดงตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่จำแนกตามองค์ประกอบการรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	48
ตารางที่ 3.2 แสดงตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่จำแนกตามองค์ประกอบการรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจ.....	49
ตารางที่ 3.3 แหล่งที่มาของเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ.....	50
ตารางที่ 3.4 แสดงค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของข้อคำถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	51
ตารางที่ 3.5 แสดงค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของข้อคำถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจ.....	52
ตารางที่ 3.6 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	57
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามเพศ.....	59
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามอายุ.....	59
ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามระดับน้ำหนักร่างกาย.....	59
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	60
ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	60
ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามอาชีพ.....	61
ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามรายได้.....	61
ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามการอยู่อาศัยประจำ.....	62
ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามเพศ.....	62
ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามอายุ.....	62

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามระดับน้ำหนัก.....	64
ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนก ตามสถานภาพสมรส.....	64
ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนก ตามระดับการศึกษา.....	64
ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามอาชีพ.....	65
ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามรายได้.....	65
ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามการอยู่อาศัยประจำ.....	66
ตารางที่ 4.17 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับ พฤติกรรม ของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	67
ตารางที่ 4.18 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง กับพฤติกรรมกลุ่มย่อย ของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	68
ตารางที่ 4.19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบ Stepwise ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง กับพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	69
ตารางที่ 4.20 ผลการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรความน่ากลัว (dr) ความคุ้นเคย (fa) และความมั่นใจ (sef) ที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	70
ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เกิดจากผลเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ระหว่างความน่ากลัว (dr) ความคุ้นเคย (fa) และความมั่นใจ (sef).....	72
ตารางที่ 4.22 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่ที่เกิดจากผลเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ระหว่างความน่ากลัว (dr) ความคุ้นเคย (fa) และความมั่นใจ (sef) รายคู่.....	72
ตารางที่ 4.23 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson ระหว่างตัวแปรการ รับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ.....	74
ตารางที่ 4.24 ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับ พฤติกรรมกลุ่มย่อยของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ.....	75
ตารางที่ 4.25 ตารางวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบ Stepwise ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ.....	76

ตารางที่ 4.26 ผลโดยภาพรวมของสารที่มีและไม่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของผู้ให้ข้อมูลกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	81
ตารางที่ 4.27 ผลของสารที่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	82
ตารางที่ 4.28 ผลของสารที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	86
ตารางที่ 4.29 ผลโดยภาพรวมของสารที่มีและไม่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ.....	88
ตารางที่ 4.30 ผลของสารที่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ.....	89
ตารางที่ 4.31 ผลของสารที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ.....	93
ตารางที่ 5.1 แสดงตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่ได้รับอิทธิพลจากระดับความเกี่ยวพัน.....	111

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่างๆ.....	21
ภาพที่ 2.2 สรุปการจำแนกคนในสังคมออกเป็น 4 กลุ่มตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของ กลุ่มและระดับการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม.....	31
ภาพที่ 2.3 สรุปกรอบการวิจัย.....	44
ภาพที่ 4.1 โปสเตอร์โฆษณาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความ มั่นใจ.....	77
ภาพที่ 4.2 โปสเตอร์โฆษณาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีข้อความกระตุ้นความ มั่นใจ.....	78
ภาพที่ 4.3 โปสเตอร์โฆษณาพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจ.....	79
ภาพที่ 4.4 โปสเตอร์โฆษณาพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจที่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจ.....	80
ภาพที่ 5.1 สรุปกระบวนการวิจัย.....	96
ภาพที่ 5.2 ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	100
ภาพที่ 5.3 ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โรคหัวใจ.....	103
ภาพที่ 5.4 แสดงผลวิเคราะห์การรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งและโรคหัวใจ.....	110
ภาพที่ 5.5 ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพฤติกรรมป้องกันโรค.....	119
ภาพที่ 5.6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในสถานการณ์จริง.....	120
ภาพที่ 5.7 กระบวนการคัดกรองข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของ ตนเอง.....	122

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเด็นเรื่องสุขภาวะได้รับความสนใจจากนักวิชาการอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับปัจเจกบุคคลและสังคม ในระดับปัจเจกบุคคลนั้น ผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและประกอบกิจการต่างๆ ได้ตามที่ตนเองต้องการ มีความพร้อมในการรักษาอารมณ์และรักษาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตนเอง ในทางกลับกัน ความเจ็บป่วยนอกจากจะก่อให้เกิดภาระการรักษาในระยะยาวแล้ว อาจส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เช่น Okumura & Ito ระบุว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดมีภาวะไขมันสูง อาจเกิดสภาวะเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความทุกข์ ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (Okumura & Ito, 2013) ส่วนประสบการณ์ความเจ็บป่วยในโรคมะเร็งทุกชนิดในคนทุกเพศ วัย และวัฒนธรรมขัดขวางความรู้สึกด้านดีที่เคยมีต่อตัวตนและยังเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไปในทางที่แยกลง (Hordern & Street, 2007)

ในระดับสังคมนั้น ประชากรที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นกำลังแรงงานสำคัญในการพัฒนาประเทศ Ekwueme กล่าวว่า แรงงานที่ไม่เจ็บป่วยทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง แต่หากประชากรวัยทำงานกลายเป็นผู้ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตั้งแต่วัย 30-40 ปี จะก่อให้เกิดความสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน เนื่องจากการหยุดงานการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และทำให้ประชากรวัยทำงานเหล่านี้สูญเสียโอกาสและช่วงชีวิตที่สามารถสร้างรายได้ในอนาคต (Ekwueme et al., 2014) นอกจากนี้ การที่ประชากรมีสุขภาพดีสามารถลดความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศได้อย่างมหาศาล ดังที่ประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชนต้องแบกรับภาระงบประมาณด้านสุขภาพและรายจ่ายสุขภาพของเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 303, 853 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2550 เป็น 434,237 ล้านบาทใน พ.ศ. 2554 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556) จากเหตุผลข้างต้น การดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพดี จึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับทุกสังคม

เมื่อกล่าวถึงการมีสุขภาพดีนั้น คนมักจะนึกถึงระบบการรักษาโรครักษาไข้เจ็บ แต่ที่จริงแล้ว สิ่งสำคัญยิ่งกว่าคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรครักษาไข้เจ็บตั้งแต่ต้น ที่ผ่านมาสังคมไทยยังขาดความระมัดระวังในการป้องกันความเสียหาย น้อยกว่าการแก้ปัญหาเมื่อเกิดผลเสียหายแล้ว ดังการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรไทย พ.ศ. 2553 เปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขี่มอเตอร์ไซค์หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ พ.ศ. 2553 (ร้อยละ 52.6) ลดลงจากพ.ศ. 2550 (ร้อยละ 54.0) เช่นเดียวกับการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ที่คิดเป็นร้อยละ 66.8 ลดลงจากร้อยละ 69.2

ส่วนพฤติกรรมการกินผักผลไม้ในปริมาณเพียงพอต่อการป้องกันโรค (5 หน่วยมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน) เพียงร้อยละ 21.7 ลดจากร้อยละ 22.5 หรือการเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 82.2 ลดจากร้อยละ 92.5 (สำนักโรคไม่ติดต่อและศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554: 727-732) สถิติพฤติกรรมป้องกันด้านต่างๆ ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าสังคมไทยยังมีได้ตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพมากเท่าที่ควร

ในเมื่อการส่งเสริมสุขภาพในเชิงป้องกันมีความสำคัญดังที่กล่าวมา ผู้ที่จะมีส่วนสำคัญในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บที่แท้จริงก็คือ ปัจเจกบุคคลเหล่านั้น ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติของปัจเจกบุคคลและกลุ่มอ้างอิงในสังคมเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดว่าปัจเจกบุคคลจะมีพฤติกรรมใดๆ หรือไม่ (Fishbein & Ajzen, 1975) ดังนั้น การให้ความรู้และการเสริมสร้างทัศนคติที่เหมาะสมกับปัจเจกบุคคลและสมาชิกของสังคมในวงกว้างจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้คนในสังคมมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันสุขภาพอย่างแพร่หลาย ดังนั้น การสื่อสารสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อประสิทธิผลในการส่งเสริมด้านการป้องกันสุขภาพ

การศึกษาการสื่อสารสุขภาพที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นแนวทางเน้นผู้ส่งสาร (sender-oriented approach) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนส่วนกลางไปยังสังคมวงกว้างตามแนวทฤษฎีกลุ่มการสื่อสารมวลชน (Mass Communication Theories) ได้แก่ ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovations) ทฤษฎีการตลาดเพื่อสังคม (Social marketing) ทฤษฎีการให้ความรู้ร่วมกับความบันเทิง (Edutainment) ทฤษฎีการเรียกร้องผ่านสื่อ (Media Advocacy) และการสื่อสารสาธารณะ (Public debate) เช่นการศึกษาศักยภาพสื่อมวลชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและกระบวนการกำหนดประเด็นรณรงค์อาทิประเด็นอุบัติเหตุ โรคเอดส์ พฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มสุราโดยใช้วิธีวิจัยสัมภาษณ์แบบ ethnographic future research (ปารีชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กันภัย, พัฒนพงศ์ จาติเกตุ, & ปิยะนารถ จาติเกตุ, 2546) และสถานภาพการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของสื่อมวลชนท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น วิทยุกระจายเสียงประจำจังหวัด วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย และ เคเบิลทีวี โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกและวิเคราะห์เนื้อหา (ดวงพร คำณวนวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภาเงิน, & สุนิดา ศิวปฐมชัย, 2548)

ส่วนการวิจัยการสื่อสารสุขภาพตามแนวทางเน้นผู้รับสาร (audience-oriented approach) จำนวนมากศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร (Media exposure) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดรับสื่อมวลชนโดยศึกษาตามกรอบทฤษฎี KAP เช่นศึกษาความรู้ ทัศนคติ ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา (การสูบบุหรี่ โรคเอดส์ ยาบ้า สมุนไพร ไข่เสียดอก) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันของผู้รับสารอย่างไร เป็นต้น (ปารีชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ, 2546) นอกจากนี้ยังมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้กรอบแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication) การเสริมพลัง (Empowerment) และวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) พัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพท้องถิ่นโดยการสร้างนักสื่อสารสุขภาพและขยายเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพให้เกิดขึ้นในท้องถิ่น (ดวงพร คำณวนวัฒน์, นิยะนันท์

สำเนาเงิน, & สุนิดา ศิวปฐมชัย, 2550, 2551) และการเพิ่มศักยภาพของผู้รับสารโดยเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ส่งสารเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ (ดวงพร คำบุญวัฒน์, พรทิพย์ อุศุภรัตน์, & นิยะนันท์ สำเนาเงิน, 2550; ยินดี จรรย์สมบูรณ์, ดวงพร คำบุญวัฒน์, นิยะนันท์ สำเนาเงิน, & ชมกุล เศรษฐรัตน์, 2548)

ความรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพในปัจจุบันยังขาดการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อเข้าใจผู้รับสารในเชิงจิตวิทยาสุขภาพ (Health psychology) ทั้งนี้ผู้รับสารในบริบทสุขภาพเป็นกลุ่มคนที่มีความซับซ้อนและอ่อนไหวด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Sowattanangoon, Kotchabhakdi, & Petrie, 2009) ผู้รับสารที่เปิดรับข้อเท็จจริงมักได้รับอิทธิพลจากกลไกธรรมชาติของการรับรู้คัดกรองสารสนเทศออกจากระบวนการรับรู้โดยใช้อคติเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ข้อเท็จจริงจึงไม่ได้รับการใส่ใจเนื่องจากมองว่าตนปลอดภัยกว่าคนอื่น (underestimate) ทำให้ไม่ว่าสื่อรายงานว่าผลตรวจร่างกายจะเสี่ยงสูงมากเพียงใดรายงานก็เพียงใด หากบุคคลผู้นั้นมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อโรคก็จะไม่ใส่ใจสารเหล่านั้นและละเลยการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การมองว่าสิ่งใดเป็นความเสี่ยงจึงไม่ใช่เกิดจาก “ข้อเท็จจริง” แต่เกิดจากการที่มนุษย์ “ตีความ” ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพ กระแสหลักที่ละเลยปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) ของผู้รับสารในการรับรู้และตีความหมายความเสี่ยงจึงยากที่จะนำพาผู้รับสารสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การสื่อสารสุขภาพจึงจำเป็นต้องหันกลับมาทำความเข้าใจผู้รับสารในเชิงจิตวิทยามากยิ่งขึ้น ทั้งนี้การตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นการตัดสินใจภายใต้สภาวะความเสี่ยง (Decision under risk) ซึ่งมีความไม่แน่นอน (uncertainty) เป็นองค์ประกอบ และปัจเจกบุคคลประมวลสารสนเทศและตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยงโดยใช้สารสนเทศที่ผ่านการรับรู้จากสัมผัสทั้ง 5 มาตีความร่วมกับความรู้สึกที่รับรู้ภายใน (cognitive perception) (Fuller & Vassie, 2004) ดังนั้นการนำทฤษฎีในกลุ่มความเสี่ยง (risk) การรับรู้ความเสี่ยง (risk perception) และจิตวิทยาการตัดสินใจ (Decision Psychology) มาศึกษาการสื่อสารสุขภาพในแนวทางเน้นผู้รับสาร (audience oriented approach) จึงอาจขยายมุมมองแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสื่อสารสุขภาพและผู้สื่อสารซึ่งมาจากสหสาขาและมีความเข้าใจ “ปัญหาสุขภาพ” อย่างลึกซึ้งขึ้นในฐานะ “ความเสี่ยง” และอาจนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารความเสี่ยงในระบบสาธารณสุข (Risk Communication for Public Health) เพื่อสร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

สำหรับปัญหาสุขภาพในประเทศไทยมีลักษณะสอดคล้องกับปัญหาของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่สังคมเมืองและอุตสาหกรรมเติบโตอย่างรวดเร็วจนส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชากร (Ramachandran, Snehalatha, & Ma, 2013) คือโรคกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นโรคมะเร็งและโรคหัวใจและโรคในระบบหลอดเลือดอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เช่นโรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาโรคหัวใจอย่างเดียวมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 5 เท่าและอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 6 เท่า คนไทยจึงมีอัตราป่วยและเสียชีวิตด้วย

โรคหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ, 2556) ทั้งนี้กลุ่มผู้หญิงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (Buatee, Siriwatanamethanon, & Sindhu, 2012) ส่วนโรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553) สถานการณ์โรคหัวใจกับโรคมะเร็งในประเทศไทยจึงมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในเขตเมืองและชนบทที่มีวิถีชีวิตเป็นแบบเมือง อย่างไรก็ตามทั้งสองโรคเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยต้องอาศัยการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองจึงควรนำมาเป็นประเด็นในการศึกษาครั้งนี้

คำถามวิจัย

1. การรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร
2. แนวทางการสื่อสารเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไม่ติดต่อของกลุ่มเสี่ยง

นิยามตัวแปร

1. การรับรู้ความเสี่ยง คือ การประเมินแนวโน้มการป่วยที่อาจเกิดกับตนเองและความใส่ใจโดยพิจารณาจากสารสนเทศทั้งที่เป็นข้อเท็จจริง ความรู้ ความเชื่อ ความรู้สึกที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมและจากภายในสมอง การรับรู้ความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ปัจจัยสองส่วนคือ 1. ภัยร้าย (โรคหัวใจและโรคมะเร็ง) (hazard) กับ 2) แนวโน้ม (probability) ประกอบด้วย

การรับรู้ภัยร้าย (perceived hazard) หมายถึงการรับรู้

1. ความน่ากลัวของโรค (dread) หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา และผลข้างเคียงที่มีต่อที่แสดงถึงระดับความรุนแรงของโรค

2. ความสูญเสีย (loss) หมายถึง สิ่งที่คาดว่าจะสูญเสียจากการป่วยทั้งในเชิงการเงิน สังคมและจิตใจ

การรับรู้แนวโน้ม (perceived probability) หมายถึงการรับรู้

ด้านการคุกคาม (threat) ประกอบด้วย

1. ความใกล้ (perceived nearness) หมายถึง การคาดคะเนว่าตนเองมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคในอนาคต

2. ความคุ้นเคย (perceived familiarity) หมายถึง ประสบการณ์การรู้เห็นจดจำเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรค เช่น ผู้ป่วย อาการ วิธีการรักษา วิธีป้องกัน

ด้านการควบคุมได้ (perceived controllability) ประกอบด้วย

1. ความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมการเกิดโรคได้ด้วยตนเอง (controllable by myself) ที่ไม่ใช่ด้วยสิ่งอื่นที่อยู่เหนือการกระทำของมนุษย์เช่น ผลจากพันธุกรรม พรหมลิขิตหรือเคราะห์ร้าย เป็นต้น

2. ความสามารถในตน (self-efficacy) หมายถึงความเชื่อว่าตนเองสามารถทำพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำเร็จแม้มีอุปสรรค

2. พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

2.1 กลุ่มพฤติกรรมการกิน ได้แก่ การกินผักผลไม้ธัญพืช การกินอาหารไขมันสูง การกินอาหารไขมันต่ำ การกินอาหารปรุงแต่ง/ถนอมอาหาร การกินอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ/โซเดียม การกินเนื้อแดง การกินปลา การกินผักพื้นบ้าน การกินอาหารหวาน

2.2 กลุ่มพฤติกรรมการรับพิษ ได้แก่ การมีความเครียด การสูบบุหรี่/รับควันบุหรี่จากผู้อื่น ดื่มแอลกอฮอล์ การกินอาหารปิ้งย่าง และการรับสารพิษ

2.3 กลุ่มพฤติกรรมการใช้กำลังกายระดับปานกลางและการจัดการความเครียด ได้แก่ การทำงานออกแรง การออกกำลังกายแบบแอโรบิค การพักผ่อนหย่อนใจ การปฏิบัติสมาธิ

3. แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกัน หมายถึง ข้อความในโปสเตอร์ (printed ad.) ขนาด เอ 3 ที่ใช้ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในตน (self-efficacy) เป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม

4. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ไม่ติดต่อด้วยเชื้อโรค มีระยะเวลาก่อโรคและเจ็บป่วยเป็นเวลายาวนาน ในงานวิจัยนี้หมายถึงโรคหัวใจและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

4.1 โรคหัวใจ (Coronary Heart Disease: CHD) หมายถึง โรคหัวใจที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุล เช่น การกินอาหารไขมันสูง การออกกำลังกายน้อย ไม่ใช่สาเหตุจากการติดเชื้อหรือพิการแต่กำเนิด

4.2 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Large Intestine Cancer) หมายถึงมะเร็งที่ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากพฤติกรรมการกินอาหารไม่สมดุล เช่น กินเนื้อสัตว์ กินอาหารไขมันในปริมาณสูง กินผักและผลไม้ในปริมาณไม่เพียงพอ

5. กลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลทั่วไป (laypersons) ที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือที่ถูกผู้เชี่ยวชาญระบุว่า มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัยเสี่ยง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ขยายมุมมองในการศึกษาการสื่อสารสุขภาพในแนวทางเน้นผู้รับสาร
2. เพิ่มองค์ความรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพในมุมมองใหม่ที่ใช้ความเสี่ยงในการพิจารณาปัญหาสุขภาพกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. ช่วยเพิ่มความเข้าใจการรับรู้ของคนทั่วไปที่มีต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในฐานะความเสี่ยง
4. ได้แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารเชิงป้องกันที่เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและสอดคล้องกับธรรมชาติการรับรู้ของมนุษย์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารสุขภาพเชิงป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง ใช้กลุ่มทฤษฎีการตัดสินใจภายใต้ภาวะความเสี่ยง (Decision making under risk) ในการพัฒนาโจทย์วิจัย เนื่องจากประเด็นสำคัญของความเสี่ยงคือ ความไม่แน่นอน (uncertainty) ซึ่งทำให้มนุษย์ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างสมบูรณ์ แต่ธรรมชาติของมนุษย์ก็ต้องการตกอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือภาวะที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้เพราะทำให้รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ด้วยเหตุนี้มนุษย์ตั้งแต่ยุคโบราณถึงปัจจุบันจึงใช้ความพยายามตลอดมาเพื่อทำนายและจัดการความไม่แน่นอน แต่การที่มนุษย์จะหันมาจัดการสิ่งใดๆ เพื่อลดความไม่แน่นอน (เช่น ป้องกันโรค) ต้องเกิดจากทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพที่สอดคล้องกับพฤติกรรม ดังนั้น จึงนำทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่อธิบายการก่อตัวของทัศนคติและนำไปสู่พฤติกรรมมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ทฤษฎีการกระทำที่มีการวางแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) (Ajzen, 1985, 1991)

TPB อธิบายว่าตัวแปรการรับรู้สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมี 3 ปัจจัยคือ 1) เขามองพฤติกรรมในทางบวกหรือทางลบ (behavioral attitude) 2) คนสำคัญต่อบุคคลนั้น (เช่น พ่อแม่ ภรรยา สามี คนรัก) มองพฤติกรรมในทางบวกหรือทางลบ (subjective norm) และ 3) เขามองว่าเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมได้หรือไม่ (perceived behavioral control) ซึ่งตัวแปรที่ 3 นี้มีความเกี่ยวข้องกับความมั่นใจ (self-efficacy) ของ Bandura

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่ Ajzen นำเข้ามาในโมเดลนี้คือตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมล่วงหน้าแม้ว่ามีอุปสรรค (Self-efficacy Theory) จากทฤษฎี Social Cognitive Theory (Bandura, 1977a) ซึ่งอธิบายว่า self-efficacy เป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุด (precondition) ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ ทั้งนี้ ยังมีบุคคลมี self-efficacy สูงยิ่งเกิดพฤติกรรมมาก ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มี self-efficacy ต่ำยิ่งเกิดพฤติกรรมน้อย ดังนั้น นอกจาก behavioral attitude, subjective norm, perceived behavioral control มีส่วนในการสร้างหรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติและนำไปสู่พฤติกรรมแล้ว self-efficacy ยังเป็นตัวแปรสำคัญยิ่งต่อการเกิดพฤติกรรมในสถานการณ์จริง

การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการทำพฤติกรรมหนึ่งๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมายและมองว่าคุณสามารถก้าวข้ามความยากลำบากในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดในสถานการณ์เฉพาะ (self-efficacy) เป็นหนึ่งในตัวแปรหลักของทฤษฎี Social Cognitive Theory (SCT) ที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมว่าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัย คือพฤติกรรม (behavior) สิ่งแวดล้อม (environment) และความคิดของคุณ (cognition) คือพฤติกรรมสามารถมีอิทธิพลต่อความคิดและสิ่งแวดล้อม

เช่นเดียวกับที่ความคิดและสิ่งแวดล้อมสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ทั้งนี้นอกจาก self-efficacy แล้วยังมีตัวแปรหลักที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมตามกรอบทฤษฎี SCT คือ การเรียนรู้จากการสังเกต จากตัวแบบ (observational learning/modeling) การคาดหวังผลลัพธ์ (outcome expectations) การตั้งเป้าหมาย (goal setting) และการควบคุมตนเอง (self-regulation) (Bandura, 1986)

โดยทั่วไปเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลจนพัฒนาความตั้งใจ (intention) ในการปฏิบัติ/เปลี่ยนพฤติกรรมแต่ความตั้งใจนั้นอาจไม่เกิดการปฏิบัติเรียกว่าช่องว่างระหว่างความตั้งใจกับพฤติกรรม (intention-behavior gap) คือแม้ว่าเกิดการพัฒนาความตั้งใจทำพฤติกรรมในระดับมาก (โดยอาจมีความพยายามในการวางแผนเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) แต่กลับไม่เกิดเป็นพฤติกรรมขึ้นจริงๆ Bandura (1986) พบว่าการที่บุคคลจะทำพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือไม่เป็นผลจากความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติสิ่งนั้นได้หรือไม่ (self-efficacy) (AbuSabha & Achterberg, 1997) Self-efficacy จึงเป็นเงื่อนไขหรือทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างความตั้งใจ (intention) กับพฤติกรรม (behavior) ให้เกิดขึ้นจริง

การที่มนุษย์ทำกิจกรรมต่างๆ สำเร็จได้นั้นเกิดจากความเชื่อว่าตนเองควบคุมสิ่งเหล่านั้นได้ ดังนั้นผู้ที่เชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ (self-efficacy) จะนำไปสู่การปฏิบัติได้มากกว่าคนที่ไม่มี ความเชื่อเช่นนั้น โดยมีการกำกับตนเอง (self-determine) ให้ไปสู่เป้าหมายนั้นได้ในที่สุด ความคิดว่าตนเองสามารถทำได้นี้เองสะท้อนความรู้สึกในการควบคุมสถานการณ์ที่ท้าทายโดยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนบริบทที่ตนประสบ (ซึ่งมักต่างจากคนอื่น) ให้เข้ากับพฤติกรรมใหม่

ระดับ self-efficacy คือตัวแปรที่อธิบายความแตกต่างของการแสดงพฤติกรรมว่าเหตุใดคนที่มี ความรู้สึก (feel) ความคิด (think) เหมือนกันจึงแสดง/ไม่แสดงพฤติกรรม คนที่มีคะแนน self-efficacy สูงจะไม่ซึมเศร้า (depression) ความกังวลใจ (anxiety) และความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) และติดอยู่กับความคิดแง่ร้ายว่าตนจะทำสำเร็จหรือไม่แต่สามารถตัดสินใจได้อย่างมี คุณภาพและแสดงพฤติกรรมได้สำเร็จในทุกสถานการณ์ โดยเมื่อกระบวนการตัดสินใจดำเนินมาถึง ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมจะทำพฤติกรรม self-efficacy จะเป็นองค์ประกอบหลักของ กระบวนการจูงใจ ดังนั้น ระดับ self-efficacy จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริม (enhance) หรือกีดขวาง (impede) แรงจูงใจ บุคคลที่มีระดับ self-efficacy จึงเลือกกิจกรรมทำที่ท้าทาย เนื่องจากเขา ตั้งเป้าหมายไว้สูงและทำตามเป้าหมายนั้น สมองจะวางกรอบการกระทำภายใต้ระดับ self-efficacy ที่มีอยู่ โดยผู้มี self-efficacy สูงจะใช้ความพยายามและเกาะติดกับสิ่งนั้นมากกว่าคนที่มี self-efficacy ต่ำและหากประสบความล้มเหลว คนที่มี self-efficacy สูงจะฟื้นตัวได้เร็วกว่าและยังคง รักษาเป้าหมายไว้ได้ ดังนั้นคนเหล่านี้จึงไม่เลิกล้มแผนการต่างๆ ลงง่ายๆ แต่จะเลือก ค้นหาและสร้าง บริบทใหม่ๆ เสมอ (Schwarzer, Bäßler, Kwiatek, Schröder, & Zhang, 1997)

Self-efficacy เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ ดังผลวิจัยจำนวนมากรายงานว่าผู้ที่มีระดับความมั่นใจในตนเองสูงต่อพฤติกรรมที่ศึกษา มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมนั้นมากกว่าผู้ที่มีระดับความมั่นใจในตนเองต่ำกว่า เช่น การตรวจสอบงานวิจัยพบว่า Self-efficacy เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพเช่นการกินอาหารตามหลักโภชนาการ (nutrition-related behavior) (AbuSabha & Achterberg, 1997) ส่วนการศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกายในกลุ่มคนที่มีความพร้อมในการปฏิบัติต่างกันตามทฤษฎี transtheoretical model (Prochaska & DiClemente, 1983) พบว่ากลุ่มลงมือปฏิบัติแล้ว (คือผู้ทำพฤติกรรม (Actors) และผู้รักษาพฤติกรรมไว้ได้ (maintainers)) มีค่าเฉลี่ยความมั่นใจในตนเอง self-efficacy สูงกว่ากลุ่มที่ยังไม่ลงมือปฏิบัติคือกลุ่มที่ยังไม่เห็นปัญหา (Precontemplation) และกลุ่มที่เห็นปัญหาแล้วแต่กำลังพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับพฤติกรรม (Contemplation)) (deVries & Backbier, 1994) ลักษณะเช่นนี้พบในพฤติกรรมลดไขมันในอาหารเช่นกันคือ self-efficacy มีความสัมพันธ์กับการเริ่มพฤติกรรมลดไขมัน (taking action) และมีความสัมพันธ์กับการรักษาพฤติกรรมใหม่นี้ไว้ (Sporny & Contento, 1995) จากงานวิจัยดังกล่าวจึงชี้ให้เห็นว่า self-efficacy เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญและทรงพลังในการอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในสถานการณ์จริง

ทั้งนี้ การสื่อสารในฐานะเครื่องมือหนึ่งที่ทรงอิทธิพลต่อสร้างการรับรู้หรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้านสุขภาพของคนในสังคมจนก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมป้องกันโรค ดังนั้นการศึกษอิทธิพลของการรับรู้ “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในฐานะ “ความเสี่ยงใหม่” ในสังคมปัจจุบันที่จะนำไปสู่ความเข้าใจพฤติกรรมของผู้รับสารในฐานะกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและนำไปสู่แนวทางในการสื่อสารกับคนกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องทบทวนความรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพ ความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยง และมุมมองของทฤษฎีต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงตลอดจนปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรม 3 ส่วนดังต่อไปนี้

- 1.) การสื่อสารสุขภาพ
- 2.) ความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยง และทฤษฎีการประเมินความเสี่ยง
- 3.) ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

1. การสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพคือกระบวนการแลกเปลี่ยนสารสนเทศสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อสร้างสุขภาวะของประชาชนในสังคมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การสื่อสารสุขภาพเกิดจากการรวมกันของ “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ” โดยมีจุดเริ่มต้นจากกลุ่มบุคลากรสายสุขภาพต้องการถ่ายทอดข้อมูลทางการแพทย์ไปยังสาธารณชน ทั้งนี้การสื่อสารสุขภาพตามแบบดั้งเดิมถูกแบ่งกว้างๆ ออกเป็น 2 สาขาคือการสื่อสารข้อมูลทางการรักษา (health care delivery) กับการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) แต่ปัจจุบันขอบเขตของการสื่อสารสุขภาพเริ่มไม่ชัดเจนเนื่องจากสภาพสังคมและสถานการณ์โรคเปลี่ยนแปลงไปจึงส่งผลให้การสื่อสารสุขภาพเริ่มปรับเปลี่ยนสู่แนวทางสหวิทยาการ (interdisciplinary approach) (McKeever,

2014) การสื่อสารสุขภาพจึงเป็นมโนทัศน์ที่กว้างขวางและแทรกตัวอยู่ในการจัดการด้านสุขภาพดังปรากฏในนิยาม เช่น

“ศิลปะและเทคนิคในการแจ้งข้อมูล (informing) การโน้มน้าวใจ (influencing) และการกระตุ้นพฤติกรรม (motivating) ของผู้รับสารสาธารณะในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งอาจเป็นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างนโยบายสุขภาพและธุรกิจสุขภาพรวมทั้งการกระตุ้นคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคลในชุมชน” (Healthy People, 2010: 11-20)

“ศิลปะและเทคนิคในการแจ้งให้ทราบ การมีอิทธิพลเหนือ และการจูงใจผู้รับสารที่เป็นปัจเจกบุคคล สถาบัน และสาธารณชนในประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ขอบเขตของการสื่อสารสุขภาพมีตั้งแต่การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและนโยบายการรักษาสุขภาพ ธุรกิจ รวมทั้งการเพิ่มคุณภาพชีวิตและสุขภาพของปัจเจกบุคคลในสังคม” (Ratzan et al., 1994)

“การสร้างสรรค์ การส่งสารและกลยุทธ์โดยมีพื้นฐานจากการวิจัยผู้รับสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน” (Roper, 1993)

“วิธีการอันหลากหลายและเป็นวิธีการแบบสหสาขา (multidisciplinary approach) ในการเข้าถึงผู้รับสารที่มีความแตกต่างและแบ่งปัน (share) สารสนเทศสุขภาพที่มีเป้าหมายในการมีอิทธิพล (influencing) การเข้าถึง (engaging) และการสนับสนุน (supporting) ปัจเจกบุคคล ชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ กลุ่มสนใจพิเศษ ผู้ออกนโยบาย และสาธารณชน ในการสนับสนุน แนะนำ รับผิดชอบหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การปฏิบัติหรือนโยบายที่จะปรับปรุงสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี หรือกลไกใดๆ ที่สารสุขภาพ (health messages) ถูกส่งไปจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขไปยังประชาชนที่จะได้รับความช่วยเหลือจากสารเหล่านั้น” (Schiavo, 2007)

จากนิยามที่พบ ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพมีสองสายสำคัญคือรักษาคือสื่อสารเพื่อแจ้ง (inform) กับป้องกันคือเพื่อมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรม (influence) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มการตัดสินใจของปัจเจกบุคคลในการปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) แต่สภาพสังคมและสถานการณ์โรคที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจากโรคระบาดลดน้อยลงแต่กลับเกิดโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมดำเนินชีวิต ทำให้จุดเน้นเดิมที่เน้นการควบคุมการแพร่ระบาดและรักษาโรคมามากที่สุดเน้นใหม่ด้านการป้องกันรักษาสุขภาพมิให้เจ็บป่วย (Coreil, 2010) การสื่อสารสุขภาพซึ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมป้องกัน จึงต้องการกำลังความรู้จากสหวิทยาการ ทั้งด้านโครงสร้างสังคม การสื่อสารระดับต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตวิทยา ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมผู้รับสารในบริบทสุขภาพและสามารถใช้เป็นแนวทางการสื่อสารกับคนเหล่านี้ต่อไป

ที่ผ่านมามีการสื่อสารสุขภาพส่วนใหญ่เน้นการส่งสารไปยังสังคมวงกว้างเพื่อสังคมโดยรวมเกิดความตื่นตัวด้านสุขภาพเช่นการกำหนดวาระข่าวสาร (Agenda setting Theory) การผลักดันนโยบายสุขภาพ (Media Advocacy) แต่ยังคงขาดการศึกษาการสื่อสารสุขภาพตามแนวทาง Audience based ทำให้การสื่อสารสุขภาพไปยังสาธารณะส่วนใหญ่เป็นไปอย่างผิดฝาผิดตัว คือสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันแต่ใช้เทคนิคแนวทางการสื่อสารสายรักษา ความพยายามในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรครจึงทำได้เพียงเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างพฤติกรรมป้องกันในเกิดขึ้นในจิตสำนึกของคนในสังคมโดยรวมเท่าที่ควร เช่น

การใช้สูตรสำเร็จด้วยการแจ้งให้ผู้รับสารรู้ (inform) ข้อมูลทางการแพทย์หรือประเด็นสุขภาพที่เคยเป็นวิธีที่ได้ผลในยุคที่คนในสังคมถูกคุกคามด้วยโรคติดต่อ (เช่น อหิวาตกโรค ไข้เลือดออก วัณโรค) ที่ระบาดกว้างขวางและมักทำให้คนจำนวนมากตายเฉียบพลัน การสื่อสารตามแนวทางเช่นนี้ทำให้นโยบายหลัก (key message) เช่น สาเหตุ พาหะนำโรค อาการบ่งชี้ วิธีการป้องกัน วิธีสังเกตอาการ การรักษาเบื้องต้น ที่สื่อสารออกไปถูกรับไปปฏิบัติตามอย่างรวดเร็วเพราะคนทั่วไปรู้สึกว่าการประเมินโรครุนแรงกว่าความจริง (overestimate) แต่เมื่อนำวิธีการดังกล่าวมาสื่อสารในกรณีของโรคไม่ติดต่อที่เป็นภัยเงียบทำให้คนมองว่าโรคไม่รุนแรงนัก (underestimate) การสื่อสารแบบเดิมในสถานการณ์โรคที่เปลี่ยนไปไม่สามารถทำให้คนทั่วไปหยุดพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง ทำให้การสื่อสารแบบเดิมทำให้ถูกมองว่ากำลังถูกบงการชีวิตส่วนตัวหรือบังคับให้ไม่มีโอกาสเลือก จึงทำให้คนส่วนใหญ่สมัครใจที่จะปฏิบัติตามเช่นเดิม การสื่อสารสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับบริบทสุขภาพและการรับรู้ของมนุษย์จึงยังไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงของคนส่วนใหญ่

ประเด็นเนื้อหาสุขภาพยังไม่สามารถเข้าถึงความรู้สึกของผู้รับสารเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความซับซ้อนทางเทคนิคแม้ถูกทำให้ดูง่ายแต่ยังคงต้องใช้ความเข้าใจทางสถิติคณิตศาสตร์และความรู้ทางการแพทย์ในการแปลความหมายเช่น “โอกาสเกิดโรคเกิดขึ้นได้ 1 ในแสนราย” “อายุหัวใจเทียบเท่ากับคนอายุ 60 ปี” “การดื่มไวน์ 1 แก้วต่อวันเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 6” (Leiss, 1996; นันทิกา สุนทรไชยกุล, 2550) ทำให้ผู้รับสารไม่เข้าใจเนื่องจากมีความรู้ในเรื่องสุขภาพ (low health literacy) และมีความถนัดน้อยในการแปลความหมายตัวเลข (low number literacy) (Webster & Heeley, 2010) ดังนั้น ข้อมูลเหล่านี้จึงไม่ทำให้คนหันมาป้องกันโรคเนื่องจากมนุษย์ไม่ได้ตัดสินใจโดยใช้ข้อเท็จจริงเพียงอย่างเดียว (Renn, 2004) แต่มักใช้อคติ ความรู้สึกและความเชื่อเข้ามาตัดสินด้วย เช่น เมื่อไปตรวจสุขภาพแล้วถูกระบุว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง คนส่วนใหญ่ก็กลับมองโลกแบบเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ว่าเรื่องร้ายๆ น่าจะเกิดกับคนอื่นมากกว่าตน (Davison, 1983) ดังนั้นแม้หลังการตรวจจะได้รับคำแนะนำมากมายให้กลับไปปฏิบัติแต่คนส่วนใหญ่ก็ยังคงปฏิบัติตนเสี่ยงเช่นเดิมเพราะไม่ยอมรับความจริงว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เป็นต้น การสื่อสารด้วยข้อมูลทางการแพทย์ที่ผ่านการวิเคราะห์วิจักษณ์มาเป็นอย่างดีจึงไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการรับรู้และเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติการรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์จึงทำได้เพียงเพิ่มความรู้แต่ยังไม่สามารถกระตุ้นการปฏิบัติได้มากนัก

เมื่อการสื่อสารแนวทางเน้นเนื้อหาสุขภาพไม่ประสบความสำเร็จในการลดพฤติกรรมเสี่ยงเท่าที่ควร ได้มีความพยายามนำแนวทางที่สำเร็จในการสร้างพฤติกรรมการบริโภคสินค้ามาใช้ในการสื่อสารสุขภาพเพื่อตอบปัญหาว่าการสื่อสารในบริบทสุขภาพควรใช้วิธีการสื่อสาร “อย่างไร” และใช้เนื้อหาหลัก “อะไร” พบว่ามีการเปลี่ยนจากการแจ้งให้รู้ (inform) มาสู่การโน้มน้าวชักจูงใจ (persuade) ให้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ ซึ่งแม้ว่าหันมาสนใจผู้รับสารโดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับสารมากขึ้นมากกว่าการสื่อสารแบบที่เน้นเนื้อหาทางการแพทย์ แต่ก็ยังขาดการใส่ใจว่าแท้จริงแล้วผู้รับสารมีความรู้สึกนึกคิดอย่างไรเกี่ยวกับโรค ที่สำคัญยังขาดความตระหนักว่าผู้รับสารด้านสุขภาพมีความแตกต่างจากผู้รับสารที่เป็นผู้บริโภค (Leiss, 1996) ความแตกต่างนี้เองได้ทำให้เกิดการตีความหมายสารสุขภาพอย่างหลากหลาย ทั้งนี้สูตรสำเร็จในการโน้มน้าวใจที่นิยมนำมาใช้แต่ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้รับสารสุขภาพ เช่น

การสื่อสารด้วยวิธีการชักชวนให้ปฏิบัติตามมักเน้นเทคนิคการผลิตสื่อมากเกินไป เช่น การปรับแต่งภาพให้ดูรุนแรงหรือสวยงามเกินจริงแต่ทำให้ผู้รับสารรู้สึกไม่เชื่อถือและยังทำให้ผู้รับสารเบนความสนใจไปจากการลดพฤติกรรมเสี่ยง (Leiss, 1996)

การใช้ความกลัวก่อผลเสียต่อสภาพจิตใจของกลุ่มผู้รับเสี่ยง เช่น เครียดยิ่งกว่าเดิม สมองหยุดชะงักในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและตอบสนองช้าลงทำให้ต้องทบทวนหลายครั้ง (Bottorff, Ratner, Johnson, Lovato, & Joab, 1998; Leshner, Vultee, Bolls, & Moore, 2010) เนื่องจากผู้รับสารมีปัจจัยเสี่ยงเช่น กรรมพันธุ์ อาการใกล้เคียง รู้สึกกลัวโรค มีความอ่อนไหวและรู้สึกกังวลใจในสุขภาพของตนและอนาคตของตนเองเป็นทุนเดิมแต่ต้องหาทางจัดการกับโรคของตน เมื่อรับสารเช่นนี้ทำให้ยิ่งเกิดผลเสียต่อสภาพจิตใจ การสื่อสารแนวทางนี้จึงขาดประสิทธิภาพในการโน้มน้าวใจคนบางกลุ่มเช่นกลุ่มเสี่ยงที่มีกังวลใจและความกลัวโรคสูงมากอยู่แล้ว (Muthusamy, Levine, & Weber, 2009; Okumura & Ito, 2013; Sowattanagoon, et al., 2009) การนำแนวทางการตลาดเช่นการใช้ความน่ากลัวมาเป็นประเด็นหลัก (key message) ในการสื่อสารจึงอาจเป็นแนวทางที่เข้ากันไม่ได้กับการสื่อสารสุขภาพ (Slovic & McGregor, 1994)

จากการทบทวนการสื่อสารสุขภาพดังที่กล่าวมาทำให้พบว่า การสื่อสารสุขภาพส่วนใหญ่ใช้แนวทางทางสื่อสารไม่เหมาะกับลักษณะของผู้รับสาร กล่าวคือยังคงใช้แนวทางการสื่อสารแบบมุ่งเน้นการควบคุมโรคติดต่อมาใช้ในการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ส่วนการปรับเปลี่ยนมาใช้เทคนิคการสื่อสารใหม่ๆ กลับทำให้เกิดผลเสียหลายด้านต่อผู้รับสาร การสื่อสารสุขภาพในปัจจุบันจึงไม่สอดคล้องกับธรรมชาติการรับรู้และการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อทำให้เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพต่อไป เพื่อจะเข้าใจผู้รับสารว่ารับรู้ “โรค” ที่คุกคามชีวิตในอนาคตในฐานะ “ความเสี่ยง” ซึ่งเป็นความไม่แน่นอนที่บุคคลไม่สามารถคาดเดาและไม่อาจควบคุมได้อย่างสมบูรณ์แต่ต้องยอมรับและจัดการกับมัน (Taghavifard, Damghani, & Moghaddam, 2009) ในลำดับต่อไปผู้วิจัยจะทบทวนวรรณกรรมด้านความเสี่ยง จากมุมมองของ

ทฤษฎีต่างๆ ซึ่งจะช่วยสร้างความเข้าใจว่าความเสี่ยงถูกประเมินและคาดการณ์ด้วยวิธีไหนอันจะทำให้เข้าใจผู้รับสารที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพนั้น เมื่อต้องการสื่อสารให้เขาหันมาป้องกันโรค เราควรจะสื่อสารกับเขาด้วยสารแบบไหน จึงจะสอดคล้องกับการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยง

2. ความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยง มุมมองและทฤษฎีการประเมินความเสี่ยง

- ความเสี่ยง

ความเสี่ยงคือภัยร้ายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นในอนาคต ชีวิตมนุษย์จึงเผชิญกับความเสี่ยงต่างๆ รอบตัวโดยไม่รู้ล่วงหน้าว่าภัยอันตราย เหตุร้ายหรือความเจ็บป่วยรูปแบบต่างๆ จะเกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่และจะเกิดเมื่อใดจึงได้ก่อให้เกิดความพยายามรูปแบบต่างๆ ในการศึกษาความเสี่ยงเพื่อพยากรณ์แนวโน้มเพื่อจะได้ป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยงเหล่านั้น ทำให้ความเสี่ยงได้รับความสนใจศึกษาอย่างกว้างขวางในศาสตร์สหสาขาอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ให้คำนิยามความเสี่ยงไว้ เช่น

Short Jr (1984 cited in Sjoberg, Moen, Rundmo, 2004: 7) นิยามว่าแนวโน้มที่ปัจเจกบุคคลจะได้รับประสบการณ์จากผลของอันตราย

Donald G. MacGregor (1994:5) กล่าวว่าความเสี่ยงคือสิ่งที่มีความเป็นไปได้ที่อาจทำให้เกิดความโศกเศร้า (suffering) ทำให้บาดเจ็บ (harm) หรือความสูญเสีย (loss) ตลอดจนสัญญาณของอันตรายและความไม่แน่นอน

Sandman (2012) กล่าวว่า ความเสี่ยงคือสิ่งที่เป็นอันตราย (hazard) ที่อาจเกิดขึ้นและความเป็นไปได้ที่จะส่งผลเสียหรือเกิดความเสียหาย (outrage) (Sandman, 2012)

จากนิยามต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงมีองค์ประกอบหลัก 2 ด้านคือ 1.) ภัยร้าย (hazard) ที่มีมิติด้านความรุนแรง (magnitude) ของผลที่เกิดจากภัยร้าย 2.) ความไม่แน่นอน/แนวโน้ม (uncertainty/) ความเสี่ยงจึงเป็นภัยร้ายรูปแบบต่างๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้นและมีความไม่แน่นอน (uncertainty) ซึ่งหากเกิดขึ้นเมื่อใดจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อความปลอดภัยและสุขภาพของมนุษย์ เป็นต้น

องค์ประกอบด้านความไม่แน่นอนนี้เองที่ทำให้มนุษย์ตั้งแต่ยุคโบราณจนถึงปัจจุบันยังคงใช้ความพยายามในการจัดการกับความเสี่ยงโดยการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดภัยร้ายหรือไม่ เพื่อให้สามารถเอาชีวิตรอดจากความเสี่ยงตามธรรมชาติโดยการใช้เครื่องมือที่ติดตัวมาแต่กำเนิดคือประสาทสัมผัสทั้ง 5 ความคิด ความรู้สึก และญาณหยั่งรู้ ต่อมาเมื่อองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์รุ่นหน้าทำให้มนุษย์ต้องจัดการทั้งความเสี่ยงตามธรรมชาติและความเสี่ยงที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์เอง ความเสี่ยงในปัจจุบันจึงมีความซับซ้อนและซ่อนเร้นสูงและทำนายยากกว่าในอดีต (Beck, 1986) อย่างไรก็ตาม ในยุคปัจจุบันมนุษย์ใช้ความรู้และเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เป็นเครื่องมือหลักในการตรวจจับ

และวิเคราะห์ประเมินระดับความรุนแรง (magnitude) ของความเสี่ยงแบบต่างๆ และนำไปสู่ความพยายามใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ในการจัดการและควบคุมมิให้ภัยร้ายเกิดขึ้นหรือพยายามลดความรุนแรงของภัยร้ายลง (Recchia, 1999; Schmidt, 2004) ความเสี่ยงจึงเป็นภัยต่อสวัสดิภาพของมนุษย์และมีลักษณะของความไม่แน่นอนของสถานการณ์ธรรมชาติหรือการกระทำของมนุษย์ (Rimal & Lapinski, 2009)

- การรับรู้ความเสี่ยง

ความเสี่ยงประกอบด้วย 2 ด้านคือด้านที่มันเป็น (objective risk) กับด้านที่ถูกมนุษย์รับรู้ (subjective risk) ดังนั้นไม่ว่าความเสี่ยงจะเกิดขึ้นจากความเป็นไปตามธรรมชาติหรือจากการกระทำของมนุษย์ มนุษย์จะ “รับรู้” จากภัยร้ายที่มีอยู่จริงๆ (existing hazard) การรับรู้ความเสี่ยงจึงเป็นการประเมินแนวโน้มของภัยร้ายที่กำลังจะเกิดขึ้นว่าจะส่งผลเสียต่อตนเองหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ การรับรู้ความเสี่ยงจึงมีอารมณ์ความรู้สึก (affects) เข้ามาเกี่ยวข้องในการประเมิน ดังที่ Morgan (2009) กล่าวว่าสิ่งใดที่ทำให้บุคคลรู้สึกกลัวสิ่งนั้นจะถูกผู้มองว่าเป็นความเสี่ยง ดังนั้นในกระบวนการรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์โดยทั่วไปจึงใช้ความรู้สึกของตนเองในการคาดการณ์อนาคตมากกว่าใช้ข้อเท็จจริงและส่วนใหญ่ประเมินผิดพลาดจากข้อเท็จจริง (Renn, 2008b)

การรับรู้ความเสี่ยงของคนทั่วไป (laypersons) การรับรู้ความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของมนุษย์เป็นรวบรวมสารสนเทศและคาดเดาด้วยความรู้สึกว่าภัยร้ายนั้นในสักวันหนึ่งจะเกิดขึ้นตัวเราหรือไม่จึงเป็นการใช้ความรู้สึกส่วนตัว (subjective assessment) แนวโน้มภัยร้ายและตัดสินใจว่าภัยนั้นที่จะเกิดกับตนหรือไม่ (Sjoberg, Moen, Rundmo, อ้างแล้ว หน้า 8) (Renn, 2004; Sjoberg, 1999; Wachinger, Renn, Begg, & Kuhlicke, 2012) กล่าวคือ การประเมินความเสี่ยงของปัจเจกบุคคลจะเป็นไปอย่างไรนั้นเป็นเรื่องของความคิดความรู้สึกของแต่ละบุคคลในการประกอบสร้างความหมายทางสังคม (social construct) จึงทำให้คนทั่วไปส่วนใหญ่ประเมินความจริงผิดพลาด (Green, Grant, Hill, Brizzolara, & Belmont, 2003) และการที่มนุษย์คาดคะเนผิดนี้เองทำให้มนุษย์ปฏิบัติตนผิดพลาด ยกตัวอย่างเช่น ภัยร้ายที่รอการปะทุทำให้มนุษย์ไม่เล็งเห็นถึงภัยอันตรายที่อาจเกิดกับตนเองในอนาคตจึงละเลยการป้องกัน ดังนั้นการมีทักษะในการรับรู้ความเสี่ยงอย่างถูกต้องตามข้อเท็จจริงจะช่วยให้มนุษย์ลดความผิดพลาดในการดำเนินชีวิตและสามารถเอาชีวิตรอดในสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Matieu-Rosay, J. 1985 cited in Recchia, 1999)

วัฒนธรรมมีบทบาทสำคัญต่อการตีความหมายของมนุษย์ ความรู้สึกที่มนุษย์มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดมิได้เกิดขึ้นจากความคิดความรู้สึกของมนุษย์เพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากการเรียนรู้และถ่ายทอดถึงกันภายในสังคมโดยมีวัฒนธรรมเป็นตัวบอกให้มนุษย์กลัวสิ่งใด ความเสี่ยงของคนในแต่ละสังคมวัฒนธรรมจึงมีความหมายแตกต่างกัน ความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ที่มีต่อความเสี่ยงจึงไม่อาจเกิดขึ้นโดยตัดขาดจากสังคม แต่สถาบันทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเลือกให้ความสนใจ ให้ความสำคัญและทำหน้าที่อุปถัมภ์ให้การรับรู้ความเสี่ยงเช่นนั้นดำรงอยู่ (Tansey & O'Riordan, 1999) โดยการรับรู้ความเสี่ยงค่อยๆ ก่อร่างขึ้นจากหลายปัจจัยร่วมกันเช่น การให้เหตุผลโดยใช้สามัญสำนึก (common

sense reasoning) ประสบการณ์ส่วนบุคคล การสื่อสารในสังคม ขนบประเพณี สัญญา ประวัติศาสตร์ และอุดมการณ์ ทำให้หล่อหลอมความคิดของปัจเจกบุคคลในการมองสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าเป็นความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์ในแต่ละกลุ่มสังคมและวัฒนธรรมจึงแตกต่างกันไปตามอิทธิพลจากวิถีชีวิตและค่านิยมของกลุ่มและไม่อาจเป็นอิสระจากสังคมและวัฒนธรรม (Short, 1989: 405 cited in Renn, 2008: 197) (Brehmer, 1987; Drottz-Sjoberg, 1991; Pidgeon et al., 1992, Pidgeon, 1998 อ้างใน Renn อ้างแล้ว) (Weinstein, 1989 cited in Sjoberg et al., อ้างแล้ว) การรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์จึงเป็นกิจกรรมทางสมองของมนุษย์ที่ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรม

ความเสี่ยงจึงเป็นมโนทัศน์ที่มีความซับซ้อนและประกอบด้วยหลายมิติ (multifacet) ทั้งนี้ ในปัจจุบันมีวิธีการประเมินความเสี่ยง 2 แนวทางหลัก คือ

- มุมมองและทฤษฎีการประเมินความเสี่ยง

กลุ่มที่ 1 แนวทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและเทคนิคซึ่งมองความเสี่ยงอย่างที่มีนัยเป็น

กลุ่มที่ 2 แนวทางเศรษฐศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งมองความเสี่ยงในแบบที่มองความเสี่ยงอย่างที่ปัจเจกบุคคลและสังคมให้ความหมาย มีรายละเอียดโดยสังเขปต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 แนวทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและเทคนิค (Natural and Technical Science Perspective) มีจุดยืนในการแสวงหาความจริง (Epistemological position) คือมองว่าความเสี่ยงเป็นภัยอันตรายที่จับต้องได้ (objective hazard) ซึ่งภัยคุกคามหรืออันตรายเป็นสิ่งที่มีความอยู่ และสามารถถูกวัดได้อย่างเป็นอิสระจากกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมแต่อาจถูกบิดเบือนหรือเจือปนด้วยอคติจากกรอบการตีความทางสังคมและวัฒนธรรม ประเด็นที่แนวทางนี้สนใจเช่นความเสี่ยง (ที่วัดได้) คืออะไร เราควรจัดการความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างไร และสนใจว่าคนทั่วไปตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างไร (Lupton, 1999: 35) ประกอบด้วย 3 แนวทางคือ

1.1 การวิเคราะห์ทางสถิติ (Actuarial Analysis)

เป็นแนวทางที่ใช้ข้อมูลสถิติในการทำนายแนวโน้มความเสี่ยง ให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณที่วัดได้และคำนวณได้เป็นค่าสถิติแบบต่างๆ แนวทางนี้มองว่าความเสี่ยงคือสิ่งต่างๆ ที่คุกคามทางร่างกายของมนุษย์ หรือระบบนิเวศ (เช่น สารพิษ) ซึ่งสามารถสังเกตได้และวัดได้ว่าเป็นวัตถุวิสัยด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ การพยากรณ์ว่าความเสี่ยงจะเกิดหรือไม่และมีแนวโน้มเกิดขึ้นมากเพียงใดจะคำนวณจากตัวอย่างหรือข้อมูลในอดีตที่เก็บได้อย่างเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ทั้งนี้จำเป็นต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าภายในช่วงเวลาที่เกิดขึ้นตัวแปรต้นนั้นตัวแปรต้องมีความคงที่ ดังนั้นการอธิบายว่าความเสี่ยงคืออะไรและมีแนวโน้ม (probability) เกิดความเสี่ยงมากน้อยเพียงใดตามฐานคิดของแนวทางนี้จึงใช้วิธีการเชิงปริมาณซึ่งมีความละเอียดและแม่นยำ (เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ) โดยแนวโน้มการเกิดปรากฏการณ์ความเสี่ยงจะถูกลดทอนรายละเอียดแล้วแสดงเป็นภาพรวม (เช่น นำเสนอเป็นแผนภาพหรือกราฟ) ที่อาจเกิดกับคนทั่วไปและอ้างอิงไปยังคนทุกกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของบริบท พื้นที่และ

ช่วงเวลา แนวทางนี้แม้จะใช้ข้อมูลอดีตในการทำนายอนาคตแต่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางสถิติมากขึ้นไปจึงมีลักษณะเป็นมิติเดียวที่แยกเป็นอิสระจากบริบททางสังคม ตัวอย่างที่ชัดเจนเช่น การประกันภัยซึ่งนำสถิติอุบัติเหตุในภาพรวมในอดีตมาคำนวณเบี้ยประกันโดยไม่คำนึงปัจจัยส่วนบุคคล (Renn, 2008b)

1.2 โมเดลเชิงเหตุและผล (Causal Model of Risks)

เป็นแนวทางที่เชื่อมั่นในความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลว่าปรากฏการณ์ความเสี่ยงล้วนเป็นไปตามหลักความสัมพันธ์ดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยยังคงมีฐานคิดตลอดจนแนวปฏิบัติด้านการคำนวณค่าแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณและนำเสนอเป็นข้อมูลเชิงสถิติในภาพรวมเช่นเดียวกับการวิเคราะห์ทางสถิติแต่เพิ่มความซับซ้อนยิ่งขึ้นโดยมองว่าในความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (เช่น ถ้าสูบบุหรี่จัดมีแนวโน้มเกิดโรคมะเร็ง) อาจมีตัวแปรตัวอื่นเข้ามามีอิทธิพลร่วมซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น ในบางรายอาจไม่เป็นโรคมะเร็งเพราะไม่มีสาเหตุด้านพันธุกรรมหรือไม่มีความเครียดเป็นตัวแปรแทรกเป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่ายังมีปัจจัยต่างๆ ในวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลเพิ่มมากขึ้นที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อโรคแต่ยังไม่ถูกค้นพบมากเท่าที่ควร

แนวทางนี้สร้างโมเดลวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงความสัมพันธ์โดยใช้ข้อมูลสถิติที่คำนวณได้ในการแสดงระดับความเสี่ยงต่ำสุดที่ทำให้เกิดความสูญเสีย (threshold value) ซึ่งให้สารสนเทศสำหรับสื่อสารกับคนในสังคมโดยการเตือนภัยมิให้รับความเสี่ยงเกินขนาด (dose) เช่น “สูบบุหรี่เกินวันละ 10 ซองมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปอด” แต่ยังคงแยกจากความรู้อีกของมนุษย์และบริบททางสังคมเช่นเดียวกับแนวทางการวิเคราะห์ทางสถิติ เนื่องจากความเสี่ยงแต่ละตัวส่งผลต่อกันและกันแต่แนวทางนี้แยกวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นเชิงเดี่ยวจึงอาจทำให้ประเมินความเสี่ยงคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง นอกจากนี้ เนื่องจากแนวทางนี้วัดความเสี่ยงเป็นเชิงปริมาณและสรุปข้อมูลเป็นภาพรวมและเสนอเป็นโมเดลแสดงความสัมพันธ์แต่ทำให้เป็นจุดด้อยที่ทำให้ไม่สามารถตอบคำถามของปัจเจกบุคคลได้ว่าท่ามกลางความเสี่ยงสำหรับมนุษย์คนหนึ่งนั้น ณ จุดใดจึงจะเรียกว่าปลอดภัย

1.3 การประเมินแนวโน้มความเสี่ยง (Probability Risk Assessment: PRA)

แนวทางนี้อธิบายในกรณีที่มีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการคำนวณค่าแนวโน้มความเสี่ยง ผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิศวกรความปลอดภัยนิยมใช้แนวทางนี้ในการประเมินแนวโน้มความเสี่ยงเพื่อพยายามทำนายแนวโน้มว่าระบบเทคโนโลยีอันซับซ้อนมีความเสี่ยงหรือปลอดภัย โดยมองว่าความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ผิดพลาดของเทคโนโลยีที่ซับซ้อนและของมนุษย์ในการควบคุมระบบดังกล่าว (ยกตัวอย่างเช่น การควบคุมเตาปรมาณู เป็นต้น) กลุ่มนี้พัฒนาและใช้ความรู้ทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างต้นเหตุของความเสี่ยงกับผลลัพธ์ของความเสียหายรวมทั้งใช้ในการอธิบายไม่แน่นอนของความเสี่ยง ใช้เครื่องมือเช่นแผนภูมิต้นไม้แสดงข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ความเสี่ยง (fault and event trees) เทคนิคการสร้างสถานการณ์จำลอง

(simulation techniques) และโมเดลแสดงการกระจายข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ เช่น การแสดงสถานการณ์เลวร้ายที่สุดของการเกิดน้ำท่วม และดาวหางพุ่งชนโลก เป็นต้น

แนวทางการประเมินแนวโน้มความเสี่ยงเน้นการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงที่ทำงานภายใต้สถานการณ์ที่มีข้อมูลจำกัดโดยใช้ความรู้ที่เกิดจากข้อมูลเชิงปริมาณในการระบุว่าจะอะไรคือความเสี่ยงและคำนวณสารสนเทศเพื่อทำนายแนวโน้มความเสี่ยงว่าอาจเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดในอนาคต รวมทั้งคำนวณผลลัพธ์ (ทั้งดีและไม่ดี) ของความเสี่ยง โดยใช้ข้อมูลจากตัวแปรต่างๆ แล้วนำเสนอเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

แนวทางการศึกษาความเสี่ยงของกลุ่ม Natural and Technical Science ทั้ง 3 แนวทางข้างต้นมีลักษณะคล้ายคลึงกันมาก กล่าวคือต่างก็มองว่าความเสี่ยง (ผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา) คือภัยที่กระทบต่อร่างกายมนุษย์และระบบนิเวศโดยความเสี่ยงอาจเกิดจากภัยธรรมชาติและเกิดจากผลผลิตที่มนุษย์สร้างขึ้น มีจุดยืนในการแสวงหาความจริง (epistemological position) ที่มองว่าความเสี่ยงมีมิติเดียวคืออันตรายเชิงวัตถุวิสัย (objective hazard) เป็นสิ่งที่มีอยู่ (out there) ที่มีความคงที่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล นำข้อมูลเชิงปริมาณเหล่านั้นมาคำนวณได้ ตลอดจนสามารถควบคุมความเสี่ยงได้ (โดยนักวิทยาศาสตร์หรือผู้เชี่ยวชาญ) กลุ่มนี้ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณโดยเฉพาะอย่างยิ่งความถี่เชิงสัมพัทธ์หรือ ค่าความเป็นไปได้ที่คำนวณได้ (estimated probabilities) ทั้งจากการสังเกตและที่เป็นโมเดลในการระบุแนวโน้มการเกิดความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงในเชิงเทคนิคเหมาะกับการจัดการกับเทคโนโลยีเพื่อป้องกันภัยโดยสามารถใช้ในการเปิดเผย หลีกเลี่ยง หรือปรับเปลี่ยนสาเหตุที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาเช่นสร้างมาตรฐานและปรับปรุงระบบเทคโนโลยีให้มีความเที่ยงตรงปลอดภัยและบรรเทาความเสียหายที่เกิดจากความเสี่ยง (Renn, 2008 :52) จัดเป็นแนวทางเชิงบรรทัดฐาน (normative approach) ซึ่งมองความเสี่ยงอย่างอุดมคติว่ามนุษย์ควรกลัวอะไรและควรจัดการกับความเสี่ยงอย่างไร การมองความเสี่ยงตามทัศนะนี้จึงมองว่ามีความเสี่ยงอะไรที่ปรากฏ (What risk exist?) และเรา (ผู้เชี่ยวชาญ เช่น วิศวกรความปลอดภัย แพทย์ พยาบาล และนักการสาธารณสุข) ควรจัดการความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างไร (Lupton, 1999)

เนื่องจากความเสี่ยงส่วนใหญ่ใช้ในแนวทางแบบวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและเทคนิคในการแสวงหาความจริง เช่น การนิยาม การกำหนดนโยบาย การจัดการและการสื่อสารความเสี่ยง ทั้งที่นอกจากมิติด้านวัตถุวิสัย (objective) แล้ว ความเสี่ยงยังประกอบด้วยมิติด้านอัตวิสัย (subjective) (Bradbury, 1989; Rayners & Cantor, 1987) กล่าวคือความเสี่ยงมีทั้งภาวะที่สัมผัสได้ถึงความรุนแรงของความเสียหายและวัดค่าได้จริง (เช่น ปรากฏการณ์น้ำท่วมสามารถวัดปริมาณน้ำ ระดับความสูงของน้ำและระยะเวลาที่น้ำท่วม) และด้านความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อความเสี่ยงซึ่งอาจถูกประกอบสร้างความหมายบางอย่างที่เกินความคาดหมายเนื่องจากการรับรู้และตีความแตกต่างกัน (เช่น พระเจ้าลงโทษ ฆะตกรรม การฟาดเคราะห์ การปรับตัวให้อยู่รอดจากภัยพิบัติ) ความเสี่ยงจึงมีฐานะเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมซึ่งมีความซับซ้อนเกินกว่าจะอธิบายโดยใช้กระบวนการทัศน์เดียว (Renn, 1992) มุมมองของแนวทางนี้จึงถูกโต้แย้งว่าแท้จริงแล้วมนุษย์มิได้มองและประเมินค่า

(judge) สิ่งต่างๆ และรับรู้ความเสี่ยงอย่างเป็นวัตถุวิสัย ในทางตรงกันข้าม มนุษย์มองและตัดสินใจสิ่งต่างๆ ด้วยความรู้สึกของตน เช่น ความชอบ (preference) และการมองว่าสิ่งใดเสี่ยงหรือไม่ล้วนได้รับอิทธิพลจากสังคมผ่านค่านิยม (value) (Dietz et al., 1996 อ้างใน Renn, 2008: 52)

กลุ่มที่ 2 แนวทางสังคมวัฒนธรรม

แนวทางการมองความเสี่ยงในกลุ่มนี้ประกอบด้วยทฤษฎีเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วย 8 ทฤษฎีได้แก่

2.1 ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์

2.2 ทฤษฎีจิตวิทยาการรับรู้

2.3 ทฤษฎีสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย 2.3.1 แนวคิดการเลือกโดยใช้เหตุผล 2.3.2 ทฤษฎีผลสะท้อนจากความทันสมัยและแนวทางสังคมแห่งความเสี่ยง 2.3.3 ทฤษฎีระบบ 2.3.4 ทฤษฎีวิพากษ์ 2.3.5 แนวคิดหลังสมัยใหม่นิยม 2.3.6 ทฤษฎีวัฒนธรรม

2.1 ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์คลาสสิกมองมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่ตัดสินใจอย่างมีหลักการ โดยมีหลักพื้นฐานเกี่ยวกับการประเมินคุณค่าระหว่างต้นทุนที่ต้องเสีย (cost) เปรียบเทียบกับกำไร (benefit) (Schmalhofer, 1987) อาทิ การที่มนุษย์จะตัดสินใจเลือกทำอะไรหรือเสียเงินซื้อสิ่งใหม่มาทดแทนสิ่งเดิมนั้นมนุษย์คาดหวังบางอย่าง (expected value) เช่น จ่ายเงินมากกว่าจะต้องได้สินค้าที่ดีกว่าสินค้าที่จ่ายเงินน้อยกว่า เป็นต้น หมายความว่าสิ่งที่มนุษย์เลือกต้องมีรรถประโยชน์ (utility) เป็นรูปธรรมบางอย่างสูงกว่าสิ่งที่เขาไม่เลือก

แนวทางเศรษฐศาสตร์ประยุกต์หลักการดังกล่าวมาอธิบายความเสี่ยงในเชิง “ได้/เสีย” โดยเปลี่ยน “ต้นทุน” เป็น “ความเสี่ยง” และเปลี่ยน “กำไร” เป็น “ประโยชน์” (cost/benefit and risk/utility valuations) (Bouder, 2008) เมื่อประยุกต์ในการอธิบายความเสี่ยงจึงเปลี่ยนประโยชน์ (utility) ทางรูปธรรมเป็นนามธรรมคือความพึงพอใจ (satisfaction) ซึ่งเป็นประโยชน์ด้านความรู้สึกที่จับต้องไม่ได้ที่หมายถึงความพึงพอใจเฉพาะบุคคล (subjective preference) ที่เขาจะได้รับจากการเลือกโดยการใช้เกณฑ์คุณค่าส่วนตัว (subjective value) คือการพิจารณาทางเลือกทุกคุณสมบัติย่อยนั้นให้ครบทุกตัวเลือก (Schmalhofer อ้างแล้ว) แล้วจึงประเมินผลลัพธ์ของแต่ละทางว่าสร้างความพอใจมากกว่าการลงทุน (ที่อาจเป็นตัวเงิน ความพยายาม การเลิกพฤติกรรมที่ชอบ) หรือไม่ หากทางเลือกนั้นสร้างความพึงพอใจมากกว่าความเสี่ยงหรือความสูญเสีย มนุษย์มีแนวโน้มตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ให้ความพึงพอใจนั้น

การพิจารณาแต่ละคุณสมบัติย่อยที่ผู้ตัดสินใจใช้เกณฑ์ส่วนตัวในการให้คะแนน (subjectively specified by an individual) เพื่อประเมินคุณค่า (value) หรือพิจารณาประเมิน (judge) ว่าอะไรเป็นความเสี่ยงหรือไม่จึงมีลักษณะเด่นที่เป็นความรู้สึกส่วนตัว (subjective choice) เนื่องจากการมองความพอใจหรือไม่พอใจในคุณสมบัติของแต่ละตัวเลือกล้วนสัมพันธ์กับความเชื่อ

(beliefs) ของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับแนวโน้มการเกิดผลลัพธ์ ดังนั้นเมื่อแต่ละคนมองผลจากการตัดสินใจที่จะกระทบต่อตนเองแตกต่างกัน จึงส่งผลให้แต่ละคนเลือกทางเลือกที่แตกต่างกันออกไป (Renn, 2008b)

อย่างไรก็ตามการพิจารณาแต่ละทางเลือกในสถานการณ์ที่มีตัวเลือกมากและแต่ละตัวเลือกมีคุณสมบัติหลากหลายเป็นงานที่ค่อนข้างหนักสำหรับสมองมนุษย์เนื่องจากมีข้อจำกัดในการประมวลข้อมูลจำนวนมาก คนส่วนใหญ่จึงมักใช้วิธีคิดแบบทางลัด (อ้าง) ในทำนองเดียวกัน การนำ utility เข้ามาแทน physical harms ทำให้เกิดวิธีคิดแบบ “เกณฑ์กลาง” (“common exchange”) ในการพิจารณาแต่ละทางเลือกที่เรียกว่าความพึงพอใจโดยรวม (overall satisfaction) สำหรับให้ปัจเจกบุคคลพิจารณาตัดสินใจความเสี่ยงในสถานการณ์ต่างๆ เช่นประเมินว่าสิ่งใดเสี่ยงหรือไม่เสี่ยงและควรตัดสินใจทำอะไรเพื่อลดความเสี่ยงหรือไม่ แนวทางนี้จึงสามารถตอบโจทย์ที่ว่า “ณ จุดใดจึงจะไม่เสี่ยง” (“How safe is safe enough?”) ที่ Natural and Technical Science ไม่สามารถให้คำตอบได้ โดยแนวทางเศรษฐศาสตร์ได้ให้หลักสำคัญ 2 ข้อในการตอบคำถามดังกล่าวคือความเสี่ยงจะเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ทันทีเมื่อ 1) ข้อดีของสิ่งนั้นมี utility หรือความพึงพอใจสูงกว่าความเสี่ยง 2) เลือกตัวเลือกที่มีความเสี่ยงต่ำสุดแต่ได้ประโยชน์ (benefits) เทียบเท่ากับตัวเลือกอื่นๆ (Renn อ้างแล้ว) ดังนั้น หากมนุษย์ชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงกับความพึงพอใจโดยรวมแล้วพบว่าระดับความเสี่ยงน้อยกว่าระดับความพึงพอใจ มนุษย์อาจพอใจที่จะเลือกอยู่กับความเสี่ยงนั้น

แม้ว่ากลุ่มเศรษฐศาสตร์มีความใกล้เคียงอย่างมากกับกลุ่ม Natural and Technical Science ในด้านการมองว่ามนุษย์คิดและกระทำอย่างมีเหตุผล แต่กลุ่ม Natural and Technical Science มองความเสี่ยงว่าเป็นอันตรายต่อกายภาพ (physical harm) ในขณะที่แนวทางเศรษฐศาสตร์มองความเสี่ยงในเชิงความรู้สึกพึงพอใจที่คาดหวัง (expected utility) อย่างไรก็ตามเมื่อนำความรู้สึกพึงพอใจที่คาดหวัง (expected utility) ของปัจเจกบุคคลรวมกับแนวโน้มความเสี่ยงในความคิดของปัจเจกบุคคล (subjective probabilities) พบว่าคนส่วนใหญ่ตัดสินใจจัดการความเสี่ยงแตกต่างกัน เนื่องจากการมีทัศนคติพื้นฐาน (basic attitudes) ต่อการยอมรับความเสี่ยงที่แตกต่างกัน (Renn, 2008b)

2.2 ทฤษฎีจิตวิทยาการรับรู้

การรับรู้ความเสี่ยงได้รับคุณูปการจากการศึกษาค้นคว้าอย่างกว้างขวางตามกระบวนทัศน์ทางจิตวิทยา (psychology paradigm) โดยการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงด้วยเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา (psychometrics) และจิตวิทยาการรู้คิด (cognitive psychology) จึงให้พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเสี่ยงในมุมมองของคนทั่วไป (Recchia, 1999; Renn, 2006b; WHO, 2002) แนวทางจิตวิทยาการรับรู้จึงขยายพรมแดนความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยเกณฑ์ส่วนบุคคล (subjective judgment) เกี่ยวกับธรรมชาติของความเสี่ยงและระดับความรุนแรง (magnitude) ของความเสี่ยงที่แนวทางเศรษฐศาสตร์ อธิบายแต่ในหลายสถานการณ์ที่ควรตัดสินใจด้วยเหตุผลกลับพบว่าคนส่วนใหญ่กลับยอมรับความเสี่ยงทั้งที่คาดว่าจะพบกับประโยชน์เพียงเล็กน้อย

(Renn, 2008b) จิตวิทยาการรับรู้ได้ทำให้เข้าใจว่าสิ่งที่อธิบายพฤติกรรมดังกล่าวคืออคติ (bias) ดังที่พบว่างานวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับการรับรู้แนวโน้มในการตัดสินใจระบุว่าการมีอคติรุนแรงเบี่ยงเบนการตัดสินใจด้วยเหตุผลที่เต็มไปด้วยข้อมูลแนวโน้ม (Renn, 2008: 55)

องค์ความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้การศึกษาความเสี่ยงในยุคนี้เริ่มแยกออกเป็น 2 ทิศทางคือ 1) การประเมิน (assessment) ระดับความรุนแรงและผลลัพธ์ของความเสี่ยงว่าจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยหรือไม่เพียงใดและมีแนวโน้มถึงแก่ความตายหรือไม่ กับ 2) การจัดการ (management) เพื่อลดความไม่แน่นอน (uncertainties) ในยุคนี้ผู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเริ่มให้ความสำคัญในประเด็นการจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อควบคุมโรคติดต่อ (communicable disease) โดยนำความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในบริบทสุขภาพมาสู่การปฏิบัติการลดความเสี่ยงทำให้การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อค้นหาคำอธิบายว่ากระบวนการทางสมอง (mental process) ของมนุษย์ประมวลสารสนเทศเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างไรและปัจจัยภายใน (internal factors) ใดที่ทำให้มนุษย์มองความเสี่ยงต่างกันและนำไปสู่พฤติกรรมต่างกัน (Slovic, 1987: 281) การสื่อสารความเสี่ยงซึ่งผสมผสานในการจัดการความเสี่ยงจึงได้รับคุณูปการอย่างมากจากการศึกษาตามแนวทางจิตวิทยา กล่าวคือ ทำให้พบว่ารอบตัวมนุษย์มีปัจจัยต่างๆ จำนวนมหาศาลที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการเลือกรับรู้ของแต่ละบุคคล (Recchia, 1999: 6) ดังแผนภาพ 2.2 แสดงให้เห็นว่าชีวิตมนุษย์ในสังคมสมัยใหม่มีความเสี่ยงต่างๆ เป็นจำนวนมากซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มปัจจัยที่มนุษย์เองสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ (observable/not observable) กับกลุ่มปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ (controllable/uncontrollable) (Slovic, 1987) ความเสี่ยงเหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ส่งสารให้เข้าใจภาพรวมของการรับรู้ปัญหาของคนทั่วไปว่านอกจากความเสี่ยงในประเด็นที่ผู้ส่งต้องการถ่ายทอดไปยังผู้รับสารแล้ว ยังมีความเสี่ยงอีกเป็นจำนวนมากปรากฏในวิถีชีวิตของผู้รับสารโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมสารสนเทศที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสารไหลเวียนอย่างไร้ขีดจำกัดและประชาชนอยู่ในภาวะสับสนก่อให้เกิดความรู้สึกว่าข้อมูลถาโถมและท่วมท้น และขาดความเชื่อมั่น (trust) ในหน่วยงานรับผิดชอบ (Lofstedt, 2004)

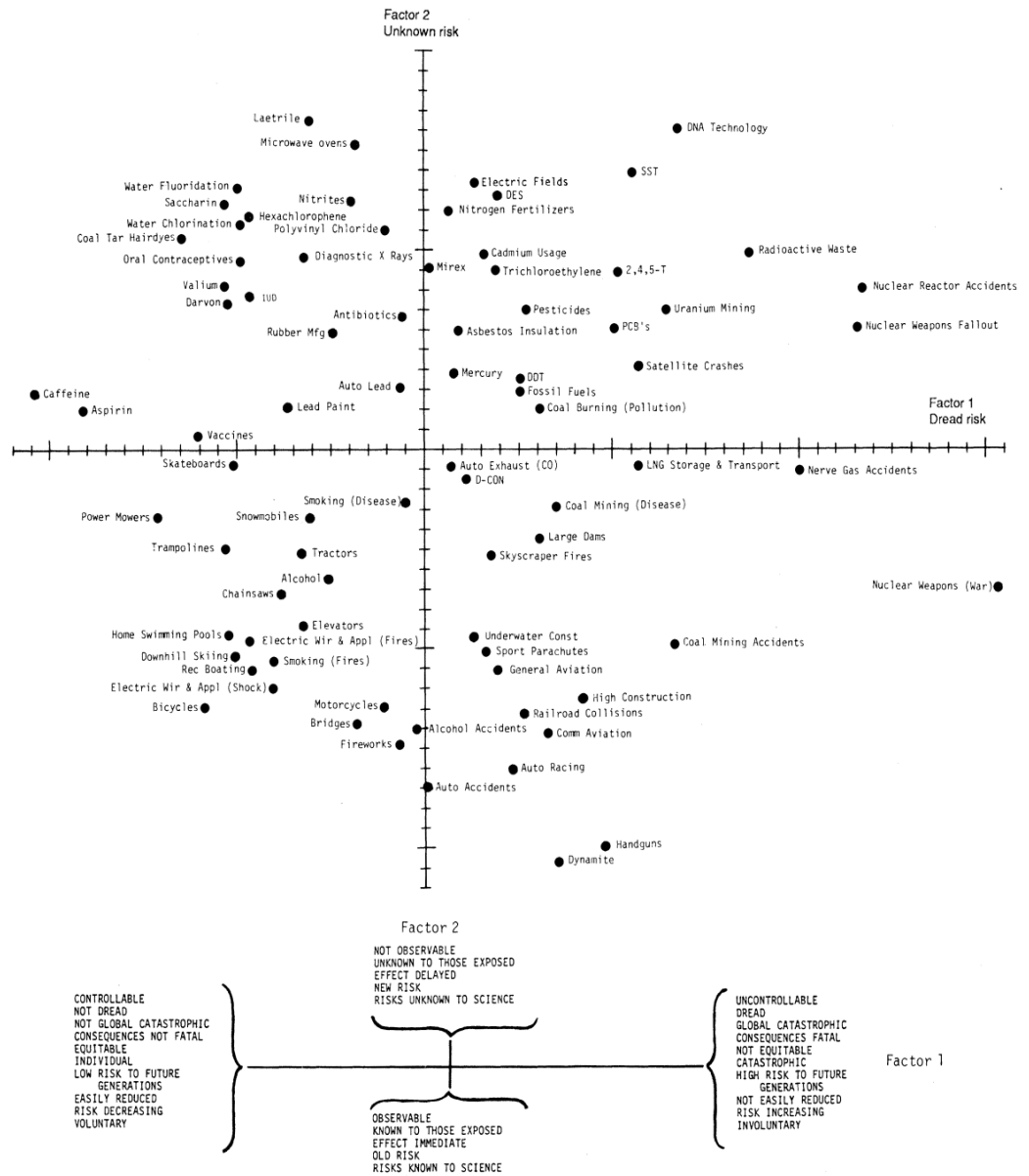


Fig. 1. Location of 81 hazards on factors 1 and 2 derived from the relationships among 18 risk characteristics. Each factor is made up of a combination of characteristics, as indicated by the lower diagram (25).

ภาพที่ 2.1 ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่างๆ
ที่มา Slovic, P. (1987: 282)

การศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงด้วยเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา (psychometrics) และจิตวิทยาการรู้คิด (cognitive psychology) ได้ค้นพบความรู้สำคัญยิ่งที่อธิบายว่าเหตุใดการสื่อสารด้วยตัวเลขในยุคแรกจึงมีประสิทธิผลต่ำในเชิงพฤติกรรม คือตามธรรมชาติของมนุษย์มีกลไกการรับรู้สิ่งต่างๆ โดยใช้กลยุทธ์การคิด (a set of mental strategies) หรือ ทางลัดในการคิด (heuristics) ที่มนุษย์ใช้ตีความหมายสิ่งที่ไม่แน่นอนของเหตุการณ์ต่างๆ ในโลก (Slovic, 1987: 281) เมื่อมนุษย์เปิดรับ

ประสบการณ์ใหม่เช่นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเสี่ยง มนุษย์จะทำการประกอบสร้างชุดความจริงของตนเองขึ้นมา และประเมินความเสี่ยงตามที่เขารับรู้ ด้วยการนำข้อมูลใหม่จัดเข้ากรอบความคิดและชุดข้อมูลเดิมและเมื่อต้องประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจจัดการความเสี่ยงจะพึ่งพากรอบความคิดเหล่านี้โดยมิได้อาศัยข้อมูลตัวเลขที่ได้จากการคำนวณ ดังนั้นพฤติกรรมมนุษย์จึงเกิดจากสิ่งที่เขารับรู้ (perceptions) มิใช่เกิดจากข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ (scientific facts) (Renn, 2004, 2006b) การรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์จึงเป็นข้อมูลความจริงที่ประกอบสร้างขึ้นในสมอง (mental construct) ซึ่งค่อยๆ ก่อตัวจากกระบวนการทางสังคม กรอบความคิดนี้มีอิทธิพลสูงต่อกระบวนการรับรู้และพฤติกรรมของมนุษย์ การรับรู้ตามกรอบความคิดจึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความจริงที่ถูกประกอบสร้างขึ้น ดังนั้นการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติของการทำงานของสมองมนุษย์จึงไม่อาจสร้างการรับรู้ที่เข้าใจและสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กระบวนการรับรู้ความเสี่ยงตามสัญชาตญาณนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการสื่อสารความเสี่ยง กลไกทางจิตวิทยาในการประมวลความไม่แน่นอน และประสบการณ์เดิมที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดกลุ่มความคิดที่บุคคลผู้นั้นประกอบสร้างขึ้นใหม่โดยสัมพันธ์กับข้อมูลในสมองและความรู้สึกพื้นฐาน (basic common sense) ดังนั้นความจริงที่ถูกประกอบสร้างขึ้นจึงเป็นโลกของความรู้ความเข้าใจ (notions) และความสัมพันธ์ (associations) ที่ช่วยให้ปัจเจกบุคคลเข้าใจสิ่งแวดล้อมและนำไปสู่พฤติกรรมที่สอดคล้อง ความจริงที่มนุษย์แต่ละคนสร้างขึ้นจึงมีลักษณะเฉพาะตน (Renn, 2006b, 2008c) อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะการรับรู้ความเสี่ยงจะเป็นเช่นไรมนุษย์จะมีแบบแผนพฤติกรรมในการตอบสนอง 4 แบบคือ หลีกหนี (flight) และเผชิญ (fight) ทำทนาย (play dead) และลองผิดลองถูก (experimentation) (Renn, 2006b; Wachinger, et al., 2012) ตัวอย่างเช่น สื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงขึ้นหนึ่งอาจทำให้คนกลุ่มหนึ่งรับรู้ว่าเป็นเคราะห์กรรมอาจทำให้เขามีแนวโน้มหาทางหลีกหนีให้พ้นเคราะห์ ในขณะที่อีกกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นเกมแห่งโอกาสทำให้มีแนวโน้มเข้าความเสี่ยงเนื่องจากรู้สึกถึงความท้าทาย

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเสี่ยง (risk) กับความเสี่ยงที่มนุษย์รับรู้ (perceived risk) จึงแตกต่างกันขึ้นกับเขตีความหมายอย่างไร (Boholm, 1998) ดังการศึกษากระบวนการรับรู้ความเสี่ยงของคนทั่วไป (layperson) พบว่าข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ผ่านการค้นคว้าวิจัยและคำนวณค่าสถิติเกี่ยวกับความเสี่ยงว่าแนวโน้ม (likelihood) และระดับความรุนแรง (magnitude) มีบทบาทอย่างมากต่อการตัดสินใจ (Heitz, Spaeter, Auzet, & Glatron, 2009; Miceli, Sotgiu, & Settanni, 2008) เช่น การแจ้งให้ผู้ป่วยระดับ primary care รู้ว่ามีความเสี่ยงสูงมากต่อโรคเบาหวานไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ดังนั้นในกระบวนการรับรู้ความเสี่ยง การสื่อสารที่ออกแบบอย่างสอดคล้องกับกระบวนการรับรู้ของมนุษย์จึงน่าจะมีบทบาทสูงต่อการรับรู้ของผู้รับสารโดยเป็นสิ่งเร้าและให้สารสนเทศที่สร้างการตีความหมายและการประเมินความเสี่ยง เมื่อผู้รับสารสร้างกรอบความคิดที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของผู้สื่อสารจึงมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องเพื่อตอบสนองความเสี่ยง (Renn, 2008b)

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Baruch Fishoff, Paul Slovic, และคนอื่นๆ เกี่ยวกับอันตรายทางเทคโนโลยีเริ่มพบปัจจัยอื่นเพิ่มขึ้น เช่น ระดับการควบคุม (degree of control) ศักยภาพการทำลาย (catastrophic potential) และความคุ้นเคย (familiarity) โดยมนุษย์จะนำปัจจัยต่างๆ มาพิจารณาในภาพรวมและใช้ความพึงพอใจโดยรวม (overall satisfaction/utility) กล่าวคือถ้าความเสี่ยงนั้นมีประโยชน์ (benefit) และมีความพึงพอใจในระดับมากก็จะยอมรับความเสี่ยงได้มากขึ้น (Finucane and Slovic, xxxx) ทั้งนี้วิธีการวัดทางจิตวิทยา (psychometrics) ยังช่วยสรุปตัวแปรจำนวนมากเป็นกลุ่มๆ (factor analysis) ที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงคือ 1) ระดับความเข้าใจ (the degree to which a risk is understood,) 2) ระดับความรู้สึกกลัว (the degree to which it evokes a feeling of dread) 3) และปริมาณการเปิดรับความเสี่ยง (the number of people exposed to the risk) และสรุปว่าความรู้สึกกลัว (dread) ต่อความเสี่ยงกระตุ้นความรู้สึกภายในที่สัมพันธ์กันเช่นการไม่สามารถควบคุมได้ (uncontrollable) ส่วนความไม่คุ้นเคย (unfamiliar) เกี่ยวกับความเสี่ยงหรือการที่ยังไม่มีข้อค้นพบทางวิทยาศาสตร์ (unknown) ทำให้คนกลัวและรับรู้ความเสี่ยงระดับมากและทำให้เกิดความต้องการลดความเสี่ยง (Slovic, Fischhoff, & Lichtenstein, 1982) อย่างไรก็ตามการรับรู้ความเสี่ยงระดับมากกลับไม่ทำให้เกิดความต้องการลดความเสี่ยงมากขึ้นทุกกรณี เนื่องจากตัวแปรแทรก (mediators) หรือปัจจัยกระตุ้น (amplifiers) ที่ส่งผลให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่สอดคล้องกันทุกสถานการณ์ เช่น การตระหนักว่ามีผู้รับผิดชอบที่ไว้วางใจได้ (trust) การมีทรัพยากรน้อยเกินไป เช่น ความรู้ ทุนทรัพย์ และเวลา เป็นต้น (Wachinger, et al., 2012) การรับรู้ความเสี่ยงจึงมีความซับซ้อนคือเป็นไปทั้งตามหลักเหตุผลเป็นวัตถุวิสัย (objective) อัตวิสัย (subjective) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับสัญชาตญาณ (intuition) การคิดตามประสบการณ์ (experience thinking) และอารมณ์ความรู้สึก (emotion) อีกด้วย (encyclopedia.thefreedictionary.com/p/Risk perception อ่างแล้ว, Boholm, อ่างแล้ว)

อคติเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่ทำให้มนุษย์รับรู้ผิดพลาดจากการศึกษาการรับรู้ของคนทั่วไป (laypersons) ว่ามองสิ่งใด (ทั้งภัยธรรมชาติ โรค อาชญากรรม และการจราจร) เป็นความเสี่ยงต่อตนเองพบว่าคนเหล่านั้นมีแนวโน้มประเมินสูงเกินจริง (overestimate) ใน 2 กรณีคือ ความเสี่ยงที่นานๆ เกิดครั้ง (unusual) และความเสี่ยงที่มีลักษณะน่าตระหนกหรือสร้างความทรงจำ (spectacular) เช่น พายุทอร์นาโด และมหาอุทกภัย แต่เหตุการณ์ที่คนส่วนใหญ่มักประเมินเข้าข้างตนเองว่าความเสี่ยงเหล่านี้จะเกิดกับคนอื่นมากกว่าตนหรือมองว่าตนน่าจะมีความเสี่ยงต่ำกว่าคนอื่นในสังคม (underestimate) มักเป็นปรากฏการณ์ที่มีลักษณะซ่อนเร้นเป็นภัยเงียบหรือไม่มีลักษณะน่าตื่นตัวให้เห็นเด่นชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมเป็นเวลานานเช่นการกินอาหารไขมันสูง (Lichtenstein et al., 1987 อ่างใน Boholm, อ่างแล้ว) อคติเข้าข้างตนเองยังเกิดได้ทั้งในกลุ่มกลุ่มเสี่ยงระดับต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เช่น คนทั่วไปที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์กลับเชื่อว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ (C. O. Gregory, Blanck, Gillespie, Maynard, & Serdula, 2008) คนส่วนใหญ่มีได้มองว่าตนมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจหรือมะเร็งแม้ว่าสูบบุหรี่อย่างหนักถึง 40 มวนต่อวัน (Ayanian & Cleary, 1999) ส่วนผู้ถูกวินิจฉัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงสูงทางพันธุกรรมต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) กลับมองว่าตนเองมีความ

เสี่ยงต่ำ (Claassen, Henneman, Kindt, Marteau, & Timmermans, 2010) อคติเช่นนี้เกิดขึ้นแม้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งกำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (Kim et al., 2007; Wu, 2007)

อคติ (bias) หรือกรอบความคิดที่ประกอบด้วยภาพชุดความหมาย (semantic image) จึงเป็นกรอบความคิดพื้นฐานที่ทรงพลังในการชักนำการตัดสินใจของมนุษย์ให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับชุดความหมายที่บุคคลมีอยู่ ซึ่งอาจขัดแย้งหรือสอดคล้องกับคุณค่าส่วนบุคคล (subjective values) ตามมุมมองของแนวทางจิตวิทยาการรับรู้เชื่อว่าอคติหรือกรอบการรับรู้ความเสี่ยงเป็นสาเหตุที่แท้จริงของการแสดงพฤติกรรมตอบสนองของมนุษย์ อคติเหล่านี้เองช่วยอธิบายว่าทำไมในหลายสถานการณ์ที่มนุษย์จึงปฏิเสธการตัดสินใจจัดการความเสี่ยงด้วยการใช้เหตุผลแม้ว่ามีข้อมูลสถิติที่หนักแน่นด้านแนวโน้มที่ผ่านการคำนวณมาอย่างแม่นยำ

ชุดความหมายเหล่านี้เกิดขึ้นโดยมนุษย์ทำการสร้างแบบแผนความเชื่อโดยอ้างอิงกับธรรมชาติของความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง ประโยชน์ที่เกี่ยวข้องและบริบทของการยอมรับความเสี่ยง (Renn and Rohrman, 2000 cited in Renn, 2008) มี 5 ประเภท คือ

- 1) *ความเสี่ยงในฐานะเหตุร้ายที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (Risk as a pending danger.)* โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมต่างยอมรับความคิดนี้ และในปรัชญาความปลอดภัยทางเทคนิคเชื่อว่าเป้าหมายคือการลดแนวโน้มการเกิดความล้มเหลวของระบบความปลอดภัย อุบัติเหตุสำคัญๆ เช่น โรงงานนิวเคลียร์ระเบิดที่เกิดจากความล้มเหลวของระบบความปลอดภัยจึงก่อให้เกิดหายนะต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ในเชิงทฤษฎีแล้วความเสี่ยงจึงมีความเป็นไปได้ตลอดเวลาแม้ว่าแนวโน้มจะมีค่าต่ำมาก ผู้ที่มีกรอบความเชื่อแบบนี้ส่วนใหญ่มีแนวโน้มปฏิเสธความเสี่ยงและมองว่าการกระจายความเสี่ยงและประโยชน์ (risk-benefit distribution) เป็นสิ่งที่ไม่จี๊ดจ๊าด
- 2) *ความเสี่ยงในฐานะพรหมลิขิต (Risk as a stroke of fate.)* ตัวอย่างของกรอบความคิดที่ชัดเจนคือภัยพิบัติทางธรรมชาติซึ่งมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงมิได้แต่เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดไว้แล้วตามดวงชะตา ดังนั้นอันตรายจึงเกิดขึ้นอย่างเหนือความควบคุมของมนุษย์ซึ่งมนุษย์ทั่วไปไม่อาจรู้ล่วงหน้า ในขณะที่ความเสี่ยงในเชิงเทคนิคถูกมองว่าเป็นผลลัพธ์ของการตัดสินใจและการกระทำจึงอยู่ภายใต้การควบคุมของมนุษย์
- 3) *ความเสี่ยงในฐานะสิ่งเร้าใจ (Risk as a personal thrill.)* กรอบความคิดนี้คนรับความเสี่ยงใช้เป็นสิ่งจูงใจและเป็นอุปสรรคให้ตนเองก้าวข้ามสถานการณ์ที่ท้อแท้เพื่อใช้ทดสอบความเข้มแข็งของตนเองและเพื่อได้รับประสบการณ์ขณะพลั้งระทมหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ หรือคู่แข่ง ตัวอย่างเช่น กีฬา เป็นต้น

- 4) *ความเสี่ยงในฐานะเกมพนัน (Risk as a gamble.)* เป็นการรับรู้ความเสี่ยงที่เหมือนลอตเตอรี่หรือเกมส์ของโอกาส (games of chance) ซึ่งมีแนวโน้มเกิดได้ทั้งสูญเสียและได้รางวัล กรอบความคิดนี้ใกล้เคียงกับแนวทาง Natural and Technical Science Perspective ซึ่งอธิบายการเกิดเหตุการณ์ในลักษณะที่น่าจะเป็น ตัวอย่างเช่น การเสี่ยงโชคซื้อลอตเตอรี่ การลงทุนในหุ้น การประกันภัย และการแข่งม้า เป็นต้น
- 5) *ความเสี่ยงในฐานะตัวชี้วัดภัยที่แฝงเร้น (Risk as an indicator of insidious danger: slow agents.)* กรอบการรับรู้ความเสี่ยงนี้อิงกับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมลพิษทางสิ่งแวดล้อมจำนวนมากที่ถูกผลิตในสังคมที่มีความน่าเชื่อถือ (trust) หรือไม่ เนื่องจากผู้ได้รับผลกระทบจากความเสี่ยงต้องพึ่งพาข่าวสารจากบุคคลที่สาม (สื่อมวลชน) ทั้งนี้ตามปกติปัจเจกบุคคลไม่สามารถออกไปรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทั่วโลกด้วยตนเองได้และการรับรู้ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงของมลพิษด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ต้องอาศัยเวลานานจึงจะเห็นผล (เช่นการสะสมของสารกัมมันตรังสีในร่างกาย และสารปรุงแต่งอาหาร) และต้องใช้เวลาในการค้นพบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงกับผลลัพธ์ที่ยังไม่ถูกพบ (latent effects) ดังนั้น ความน่าเชื่อถือ (trust) จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ข่าวสารจากสื่อโดยถ้ามีความน่าเชื่อถือมากพอประชาชนจะซ้มน้ำหนักข้อเท็จจริงเหล่านั้นโดยใช้แนวทางแบบเศรษฐศาสตร์ดังที่กล่าวข้างต้น หากผู้สื่อสารไม่มีความน่าเชื่อถือประชาชนจะต้องการความเสี่ยงเป็นศูนย์ (Zero risk) แต่หากประชาชนไม่แน่ใจว่าผู้สื่อสารน่าเชื่อถือหรือไม่ ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสำคัญรองลงมา (peripheral factors) จะกลายเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจสำหรับพวกเขา ซึ่งหมายรวมถึงเบาะแส (hints) ความขัดแย้งในผลประโยชน์ ปัจจัยเหล่านั้นอาจเป็นการเมือง (ใครสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการผลิตรายการ) ค่านิยมที่เหมือนกัน หรือความเป็นกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยง (ที่แปรผันไปตามระดับความน่าเชื่อถือ) จึงเป็นตัวชี้วัดของภัยที่แฝงเร้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรับรู้ความเสี่ยงในมุมมองของแนวทางนี้มี 2 ด้านคือผลลัพธ์ที่ปรารถนาและไม่ปรารถนา ทั้งนี้ทั้งสองส่วนจะเชื่อมโยงกับสาเหตุว่าสาเหตุของความเสี่ยงนั้นก่อให้เกิดอันตรายหรือประโยชน์ ซึ่งการประเมินความเสี่ยงในแนวทางเทคนิคและวิทยาศาสตร์ธรรมชาติจะเป็นเพียงแค่บางส่วนของ การรับรู้ของปัจเจกบุคคลเท่านั้น กล่าวคือ แม้ว่าบุคคลมีข้อมูลที่แม่นยำที่ผ่านการทดลองและโมเดลต่างๆ ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ของความเสี่ยงตลอดจนมีข้อมูลความถี่เชิงสัมพันธ์หรือความเสี่ยงเชิงวิทยาศาสตร์ แต่เมื่อต้องตัดสินใจในสถานการณ์จริง ข้อมูลที่เชื่อถือได้เหล่านั้นล้วนถูกแทนที่ด้วยความเชื่อ (beliefs) ที่ปัจเจกบุคคลมีอยู่ในใจว่าเขาคิดอย่างไรเกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวโน้มความเสี่ยงนั้นน่าจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด โดยชุดความหมาย (semantic image) เหล่านี้ทำหน้าที่เสมือนลิ้นชักแต่ละชั้นที่อยู่ในตู้เก็บเอกสาร เมื่อมนุษย์เผชิญกับความเสี่ยงใหม่หรือได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับความเสี่ยงเช่นจากสื่อมวลชน มนุษย์จะพยายามจับคู่ข้อมูลใหม่นั้นเข้ากับลิ้นชักอันใดอันหนึ่งที่มีอยู่ แนวทางจิตวิทยาการรับรู้จึงเชื่อว่าการรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์จะเป็นไปในทิศทางใดอย่างนั้น

ขึ้นกับวาทกรรมที่ถูกผลิตขึ้นโดยสื่อในสังคมนั่นเองที่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ฝังไว้ในสมองมนุษย์อย่างค่อยเป็นค่อยไป (Renn, 2006a, 2008b)

อย่างไรก็ตาม การประเมินความเสี่ยงด้วยภาพชุดความหมาย (semantic image) เป็นจุดด้อยที่สำคัญของแนวทางนี้ เนื่องจากคนส่วนใหญ่มักตัดสินใจอย่างง่ายด้วยสัญชาตญาณและความรู้ที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา (anecdotal knowledge) และความเสี่ยงนั้นจะถูกมองอย่างไรขึ้นกับอิทธิพลของปัจจัยภายในของแต่ละคนและวัฒนธรรมของสังคม (Renn, 2008) ดังนั้น คำอธิบายของแนวทางจิตวิทยาการรับรู้จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายการรับรู้ความเสี่ยงเพียงระดับประโยชน์ส่วนตัว เนื่องจากเมื่อปัจเจกบุคคลต้องทำหน้าที่ตัดสินใจแทนองค์กรทางสังคมซึ่งเป็นสถานการณ์ที่จำเป็นต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ของสังคมโดยรวมมากกว่าประโยชน์ด้านความพึงพอใจส่วนตัว (subjective utility) การใช้แนวทางการใช้ภาพชุดความหมายและเศรษฐศาสตร์ไม่เพียงพอในการอธิบายความเสี่ยงในสังคมที่มีความสลับซับซ้อน

2.3 ทฤษฎีสังคมและวัฒนธรรม

เป็นทฤษฎีที่มีรากฐานจากทฤษฎีสังคมวิทยาและมานุษยวิทยามีคำอธิบายพื้นฐานที่ว่ามนุษย์มิได้เปิดรับสิ่งต่างๆ ในโลกด้วยตาเนื้อแต่เปิดรับโดยผ่านตัวกรองทางวัฒนธรรมซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ตามความหมายที่สังคมและวัฒนธรรมกำหนดไว้ ความหมายเหล่านี้ผ่านการหล่อหลอมและส่งสมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว กลุ่มเพื่อน คนในสังกัด กลุ่มสนใจ หรือเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

ทฤษฎีสังคมและวัฒนธรรมมิได้ปฏิเสธแนวทางวิทยาศาสตร์และธรรมชาติแต่มีความเชื่อพื้นฐานในการมองความเสี่ยงว่าความเสี่ยงประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ความเสี่ยงจริงทางกายภาพ เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม โลกร้อน พายุกระหน่ำ เชื้อนแตก หรือโรคร้ายไข้เจ็บ เป็นต้น ดังนั้นแม้ความเสี่ยงทางกายภาพบางอย่างมีอยู่จริงแต่อาจไม่อยู่ในการสังเกตและรับรู้ของมนุษย์ 2) ความรู้สึกหรือความหมายที่มนุษย์สร้างขึ้นจากการมองความเสี่ยงทางกายภาพ (Risk is socially constructed.) (เช่น ความกลัว ความทำลาย ความยุติธรรม เป็นต้น) ส่วนแนวโน้มการเกิดความเสี่ยง(likelihood) มิได้จำกัดอยู่เพียงแค่ผลการคำนวณแนวโน้มตามวิธีทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่แนวโน้มหมายรวมถึงทั้ง 2 ส่วนคือประกอบด้วยส่วนที่เป็นตัวเลขที่ได้จากการคำนวณและส่วนที่เป็นความรู้ของกลุ่มสังคมวัฒนธรรม (group-specific knowledge) และมุมมองของคนแต่ละกลุ่มอีกด้วยว่าพวกเขา มองความเสี่ยงอย่างไร เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดแผ่นดินไหวมีสองด้านคือผลการคำนวณตามหลักสถิติและมุมมองของมนุษย์ที่ถูกสร้างจากวัฒนธรรม (เช่น อาจมองว่าพระแม่ธรณีลงโทษมนุษย์ เป็นต้น) โดยทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นในมุมมองของแนวทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงจึงระบุว่าควรศึกษา*อย่างเป็นระบบ*โดยไม่ละเลยส่วนใดส่วนหนึ่งเนื่องจากอาจทำให้เกิดการประเมินความเสี่ยงสูงหรือต่ำเกินความจริง เช่น ถ้าเชื่อข้อมูลเชิงสถิติเพียงด้านเดียวอาจทำให้ประเมินความเสี่ยงสูงเกินจริง (อ้าง) ในทางกลับกันถ้าไม่เปิดรับข้อมูลสถิติแต่ใช้ความเชื่อของตนเองเพียงอย่างเดียว ทัศนส่วนบุคคลอาจทำให้ประเมินความเสี่ยงต่ำเกินจริง (อ้าง)

อีกทั้งแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงในอนาคตยังถูกสร้างขึ้นและตีกรอบโดยการสื่อสารของมนุษย์ หน่วยงานต่างๆ ในสังคม และการพัฒนาด้านเทคโนโลยี ทฤษฎีในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

2.3.1 แนวคิดการเลือกโดยใช้เหตุผล

ตามแนวเศรษฐศาสตร์ที่กล่าวมาแล้วเชื่อว่ามนุษย์ตัดสินใจเลือกสิ่งที่พึงพอใจสูงสุด แต่ **การเลือกโดยใช้เหตุผล** มีลักษณะการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลในการพิจารณาเช่นกันแต่อาจไม่ได้เลือกสิ่งที่ผู้ตัดสินใจพึงพอใจสูงสุด เนื่องจาก ได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์การตัดสินใจซึ่งมักหมายถึงผลประโยชน์กลุ่มทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจนั้น เช่น การตัดสินใจของผู้บริหารในที่ทำงานมักไม่สามารถตัดสินใจโดยใช้ความเชื่อส่วนตัว (subjective belief) ซึ่งตนเองมองว่าพึงพอใจสูงสุด แนวทางนี้จึงเป็นแนวทางที่อธิบายว่าบรรทัดฐานทางสังคมเริ่มเข้ามามีบทบาทต่อการวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยง

การวิเคราะห์ความเสี่ยงในแนวทางนี้ทำโดยแยกพิจารณาระหว่างวิธีการ (means) กับผลลัพธ์ (ends) ซึ่งวิธีการและผลลัพธ์อาจไม่สอดคล้องในแนวทางเดียวกันเนื่องจากผู้ตัดสินใจต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มมากกว่า ขณะเดียวกันหากทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มไม่ทำให้ผู้ตัดสินใจพึงพอใจเขายังสามารถใช้กลยุทธ์ทางการคิดเพื่อเพิ่ม (maximize) และปรับ (optimize) ความพึงพอใจเพื่อให้ตนเองรู้สึกพึงพอใจมากขึ้น

แนวทางนี้ยอมรับข้อสันนิษฐานทางทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ในการศึกษาความเสี่ยง ว่ามนุษย์มีศักยภาพในการคิดหาเหตุผลเชื่อมโยงผลลัพธ์ในอนาคต แม้ว่ายังไม่ตัดสินใจแต่มนุษย์สามารถจินตนาการว่าผลลัพธ์จะเป็นเช่นไรหากตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงตามแนวทางนี้ไม่มีหลักเกณฑ์ที่ตายตัว (universal yardstick) แต่แปรเปลี่ยนไปตามความหมายที่กลุ่มนิยาม โดยปัจเจกบุคคลที่สังกัดกลุ่มนั้นแม้ว่าตนเองให้ความหมายส่วนตัวด้วยความเชื่อส่วนบุคคล (subjective beliefs) แต่ต้องประกอบอื่นๆ ล้วนมีความไม่แน่นอนเช่นความเชื่อของผู้มีส่วนร่วมตัดสินใจและสถานการณ์เฉพาะหน้า ดังนั้นปัจเจกบุคคลจึงทำได้เพียงคาดหมายว่าความเสี่ยงน่าจะหมายถึงอะไร (subjective expectation) ซึ่งจะเชื่อมโยงกับสถานการณ์การตัดสินใจแต่ละครั้งที่จะมีความชอบส่วนบุคคล (personal preferences of values) และวัฒนธรรมในองค์กรเข้ามา มีบทบาท แนวทางนี้จึงเป็นทั้งแนวทางเชิงบรรทัดฐาน (normative approach) ที่เป็นอุดมคติซึ่งระบุวิธีที่มนุษย์ควรตัดสินใจ และเป็นทั้งแนวทางทางเชิงบรรยาย (descriptive approach) ที่อธิบายว่ามนุษย์ตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดจริงอย่างไร

2.3.2 ทฤษฎีผลสะท้อนจากความทันสมัยและแนวทางสังคมแห่งความเสี่ยง

Anthony Giddens มองความเสี่ยงสัมพันธ์กับความปลอดภัยและความมั่นคง โดยชี้ให้เห็นว่าการนิยามความเสี่ยงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในยุคสมัยใหม่ที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นคำตอบของปัญหาของมนุษย์ ตามความคิดของ Giddens ความเสี่ยงไม่ได้มีเฉพาะด้านลบเท่านั้น แต่ในคนบางกลุ่มความเสี่ยงอาจเป็นด้านบวก เช่น คนที่ชอบความท้าทายหรือนักธุรกิจซึ่งมองว่ายิ่งเสี่ยงมากยิ่งมี

โอกาสได้ผลกำไรสูง เป็นต้น นอกจากนี้ในโลกสมัยใหม่ทำให้เกิดความเสี่ยงรูปแบบใหม่มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเขาแบ่งความเสี่ยงออกเป็น ความเสี่ยงภายนอก (External risk) และความเสี่ยงที่ผลิตขึ้น (Manufactured risk) ความแตกต่างของทั้งสองความเสี่ยงคือ ความเสี่ยงภายนอกเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ และความเสี่ยงที่ผลิตขึ้นคือความเสี่ยงที่เกิดจากมนุษย์ที่ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ความเสี่ยงที่ผลิตขึ้นจึงเป็นความเสี่ยงที่มนุษย์สร้างขึ้นมาจากความพยายามเอาชนะธรรมชาติด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนั่นเอง (Lupton, 1999)

ส่วนคำว่า “สังคมความเสี่ยง” หรือ Risk Society นั้น เป็นวาทกรรมที่ Ulrich Beck ใช้วิพากษ์สังคมอุตสาหกรรมยุคหลังสมัยใหม่ (Late modernity) โดย Beck ชี้ให้เห็นว่า สังคมอุตสาหกรรมสร้างความเสี่ยง (ตามความคิดของ Giddens) ขึ้นมาทำลายมนุษย์ด้วยตัวเอง ความเสี่ยงรูปแบบดังกล่าวนี้กำลังวิวัฒนาการไปสู่ “สังคมความเสี่ยง” Beck เชื่อว่าสังคมความเสี่ยงมีพัฒนาการไปพร้อมๆ กับกระแสโลกาภิวัตน์กล่าวคือ ความเจริญทางวัตถุของสังคมอุตสาหกรรมทำให้เกิดผลดีด้านวัตถุและสวัสดิภาพของคนในสังคม แต่เกิดผลเสียทั้งทางสิ่งแวดล้อม ทรัพยากร แต่วิถีชีวิตอันทันสมัยและมีทางเลือกที่มากขึ้นของคนในสังคมกลับทำให้ขาดความตระหนักรู้ต่อส่วนรวม ในขณะที่ความรู้และค่านิยมถูกผลิตจากหลายทิศทางจนขาดหลักเกณฑ์ที่ถูกต้องดีงาม ความเสี่ยงที่แนวทงนี้ (ในมุมมองของ Beck, 1986) จึงมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ 1) ข้ามพรมแดนทางสังคม เชื้อชาติ และวัฒนธรรม เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ 2) ส่งผลกระทบต่ออย่างทั่วถึงทั้งโลก เช่น วิกฤติโลกร้อน 3) สร้างความเปลี่ยนแปลงได้ถึงระดับพฤติกรรมทางสังคม เช่น วิถีชีวิตแบบเมืองที่ใช้เทคโนโลยีมากขึ้นทำให้การประกอบกิจกรรมต่างๆ ห่างไกลจากธรรมชาติและใช้กำลังกายน้อยลง 4) ไม่อาจคำนวณแนวโน้มอย่างถูกต้องได้ง่าย 5) ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ลักษณะดังกล่าวนี้ผลทำให้มีการกระจายความเสี่ยง (risk distribution) ขณะที่โลกาภิวัตน์มักถูกมองว่าเป็นการกระจายสินค้า (distribution of goods) แต่ Beck สะท้อนอย่างเสียดสีว่าในอีกด้านหนึ่งโลกาภิวัตน์กำลังกระจายสิ่งสามัญ (distribution of bads) ที่ส่งผลเสียต่อสังคมทั่วโลก Beck จึงมองว่าทุกวันนี้ทุกสังคมบนโลกจึงเป็นสังคมแห่งความเสี่ยงมากขึ้นทุกที (Lupton, 1999)

ความเสี่ยงในทัศนะนี้จึงเกิดจากปัจเจกบุคคลที่สับสนจากความรู้ที่ถูกผลิตจากกลุ่มต่างๆ ในสังคม คล้ายชาติที่ยึดเหนี่ยวทางความคิด (mental anchor) การมองความเสี่ยงและแนวโน้มความเสี่ยงจึงไม่แน่นอนคล้ายภาพลวงตา (illusion) ระหว่างความเชื่อของปัจเจกบุคคลที่มีความสงสัยในความจริงกับข้อมูลที่เกิดจากการคำนวณ (Renn, 2008b) (เช่น เหตุการณ์มหาอุทกภัยปลาย พ.ศ. 2554 ประชาชนสับสนในการสื่อสารและแหล่งข้อมูลของบุคคลและหน่วยงานหลัก)

2.3.3 ทฤษฎีระบบ

ทฤษฎีระบบอธิบายว่าสังคมเป็นระบบใหญ่มีระบบย่อยและหน่วยย่อยที่ทำหน้าที่เฉพาะทางของตนเอง แต่ละหน่วยย่อย (ซึ่งมักเป็นผู้เชี่ยวชาญ) จึงใช้ความรู้ในศาสตร์ของตนในการรับรู้ความเสี่ยง โดยศาสตร์แต่ละศาสตร์มีอิทธิพลต่อกรอบความคิดและการประกอบสร้างความหมายความเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงภายในและภายนอกระบบย่อยของตน ทำให้การระบุว่าจะเสี่ยงหรือไม่ขึ้นกับ

ระบบอ้างอิงของระบบย่อยซึ่งมักมีความแตกต่างและขัดแย้งกัน เช่น เศรษฐศาสตร์คลาสสิกมองว่า ความเสี่ยงคือการสูญเสียเงิน การเมืองคือการสูญเสียอำนาจ ด้านสุขภาพคือการป่วยเป็นโรค

สมาชิกในแต่ละระบบย่อยยังถูกจำกัดไว้ในกรอบของกลุ่มหรือระบบที่ตนเองสังกัดทำให้การ ประกอบสร้างความหมาย การให้เหตุผล และการระบุความเสี่ยงเป็นไปตามแบบแผนของกลุ่ม ดังนั้น ในมุมมองของระบบย่อยจึงพบว่าความรู้ของกลุ่มตน (เช่นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข) ค่อนข้างมีอิทธิพลต่อการประกอบสร้างความเสี่ยงของสมาชิกและยากที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแตกต่าง จากแบบแผนดั้งเดิมของกลุ่ม ในขณะที่การระบุความเสี่ยงของผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง (เช่นกลุ่ม เสี่ยงและคนไข้) มักใช้วัฒนธรรมในการรับรู้ความเสี่ยง (Renn, อ้างแล้ว) อย่างไรก็ตามการนิยาม ความหมายและความเสี่ยงยังเป็นเพียงภาพสะท้อนของระบบเท่านั้น มิได้เป็นนิยามเดียวกับของ สมาชิกแต่ละคนซึ่งอาจให้ความหมายที่แตกต่าง (Luhmann, 1984)

ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละศาสตร์ใช้ความรู้ในสาขาของตนในการมองและประกอบสร้าง นิยามและอธิบายแนวโน้มความเสี่ยง แต่ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละศาสตร์ยังไม่อาจให้ความรู้ความเข้าใจ โดยรวมให้เกิดขึ้นกับผู้รับสารอย่างเป็นองค์รวม และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการประสานความเข้าใจ (Luhmann, 1993: 15) ความหมายของความเสี่ยงและผลลัพธ์ของความเสี่ยงจึงมีความหมายตาม กรอบทางสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ กำหนดตามระบบอ้างอิงของแต่ละกลุ่ม เมื่อทั้งสองกลุ่มต้อง จัดการความเสี่ยงร่วมกันจึงเกิดปัญหาความขัดแย้ง เช่น มีการรับรู้ความเสี่ยงคนละชุดความหมาย มองแนวโน้มคนละแบบ มีความเชื่อมั่นในการจัดการความเสี่ยงไม่เท่ากัน ส่งผลให้ขาดความเข้าใจและ ขาดความร่วมมือในการลดความเสี่ยงอย่างเต็มที่ การประเมินความเสี่ยงยังมีความแตกต่างอย่างมาก ระหว่างแต่ละระบบทำให้ไม่สามารถใช้หลักเกณฑ์กลางร่วมกันเช่นเดียวกับการใช้หลักความพึงพอใจ โดยรวม (overall utility) ในการระบุความเสี่ยงแต่ละทางเลือกตามวิธีของแนวทางเศรษฐศาสตร์ดังที่ กล่าวไปแล้ว นอกจากนี้ ทฤษฎีระบบยังมองว่าความไม่แน่นอน (uncertainty) ไม่อาจคำนวณแม่นยำ ได้ด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์หรือความเชื่อส่วนบุคคล (subjective belief) แต่ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละกลุ่ม ให้ความหมายในแบบของตนว่าความไม่แน่นอนนั้นคืออะไร

2.3.4 ทฤษฎีวิพากษ์

ทฤษฎีวิพากษ์ปฏิเสธและรื้อถอนความเชื่อเกี่ยวกับ universal rationality ของ Enlightenment belief และมองว่าบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) และค่านิยมหรือคุณค่า (values) จำเป็นต้องได้รับการสื่อสารออกไปเพื่อสร้างทิศทางของกลุ่ม โดยที่ไม่ขัดแย้งกับความปรารถนาของสมาชิกและองค์กร ทฤษฎีวิพากษ์จึงยอมรับหลักการบางส่วนของทฤษฎีระบบว่าสังคม คือระบบใหญ่ที่ประกอบด้วยระบบย่อยๆ ที่แตกต่างหลากหลายจำนวนมากอยู่ภายใน ต่างกันตรงที่ ทฤษฎีวิพากษ์เชื่อในศักยภาพการสื่อสารของคนในระบบในการสร้างวาทกรรมสิ่งต่างๆ ในสังคมให้มีความหมายเช่นไรก็ได้ เพื่อคงไว้ซึ่งอำนาจของกลุ่ม ทั้งนี้อำนาจของแต่ละกลุ่มมิได้เท่าเทียมกันจึงต้อง พยายามที่สาธารณะในการสนทนาโต้แย้งเพื่อคงไว้ซึ่งผลประโยชน์ของกลุ่มอย่างยุติธรรม ดังนั้นจึงมองว่า ความเสี่ยงเกิดจากระบบโครงสร้างทางสังคมและถูกสร้างขึ้นด้วยการประกอบสร้างขึ้นใหม่โดยสร้าง

วาทกรรมของกลุ่ม อย่างไรก็ตามความเสี่ยงในมุมมองทฤษฎีวิพากษ์เป็นปรากฏการณ์ที่มีอยู่จริงจากแรงกดดันทางสังคมเช่นสังคมทุนนิยมแต่ความเสี่ยงนี้เป็นสิ่งที่ไม่ถูกสังเกตเห็นโดยคนในสังคม แต่ละคนจึงทำได้เพียงประกอบสร้างความหมายภายใต้วาทกรรมของกลุ่มต่างๆ ดังนั้น ความหมายของความเสี่ยง แนวโน้มความเสี่ยงจึงเห็นไม่ชัดเจนนักว่ามีลักษณะเช่นไรเนื่องจากความเสี่ยงจะมีลักษณะอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความหมายที่กลุ่มตีความ อ้างว่าสำคัญ และสื่อสารไปยังสาธารณะเพื่อรักษาอำนาจของกลุ่มไว้ การไร้นิยามและวิธีศึกษาแนวโน้มความเสี่ยงที่ชัดเจนของแนวคิดทฤษฎีวิพากษ์จึงมีจุดอ่อนในเชิงปฏิบัติ

2.3.5 แนวคิดหลังสมัยใหม่นิยม

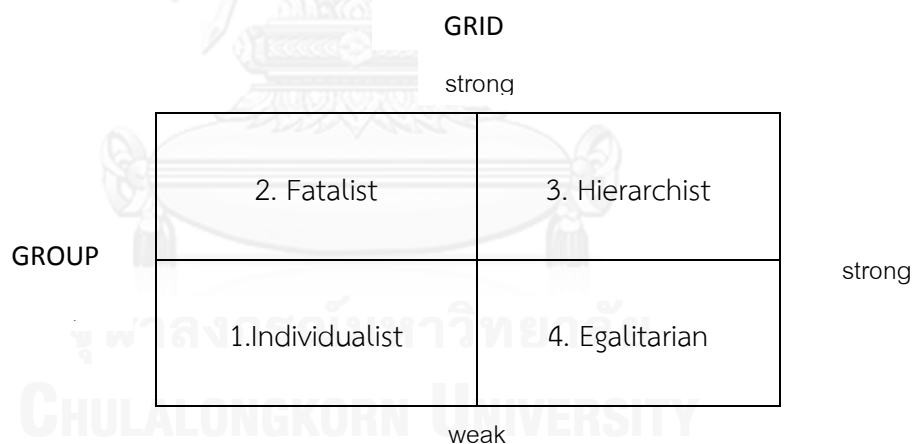
ทัศนะนี้มองความเสี่ยงตามกระบวนการที่คนประกอบสร้างนิยามอย่างเข้มข้น (Strong constructionism) คือมองว่าความเสี่ยงหรือภัยเป็นสิ่งที่ยังคงสร้างขึ้นมาทั้งสิ้น โดยขึ้นอยู่กับชุดความรู้หรืออำนาจที่ดำรงอยู่ ความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งประกอบสร้างที่ใช้ในการควบคุมหรือครอบงำผู้คนในสังคม (risk as governmentality) ทัศนะนี้ใช้แนวคิดของ Michel Foucault ในการอธิบาย ซึ่งอำนาจและความรู้ในทัศนะของ Foucault ไม่ได้เป็นเรื่องทางเศรษฐกิจหรือการเมืองเท่านั้น แต่อำนาจเป็นเรื่องของผู้กระทำและการกระทำ กล่าวคืออำนาจจะแสดงออกผ่านการกระทำเท่านั้น ตามทัศนะนี้ ความเสี่ยงจึงไม่ใช่รูปธรรมที่มีอยู่ แต่เป็นการให้ความหมายของผู้กระทำผ่านการกระทำ หรือกล่าวได้ว่า สิ่งที่เราเรียกว่าความเสี่ยงนั้น แท้จริงแล้วคือผลผลิตของอำนาจผ่านมิติของประวัติศาสตร์ สังคมและการเมือง ซึ่งเป็นมุมมองหลักของสำนักคิดหลังโครงสร้างนิยม (Post-structuralism) คำถามหลักในการศึกษาความเสี่ยงตามทัศนะนี้คือ วาทกรรมความเสี่ยงมีปฏิบัติการต่อการประกอบสร้างสร้างตัวตนและสังคมอย่างไร (Lupton, 1999)

ทฤษฎีนี้เป็นแนวทางสุดโต่งและอาจมองสังคมในแง่ลบ เป็นทฤษฎีที่อธิบายโดยเน้นกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับผลประโยชน์เพื่อผดุงไว้ซึ่งอำนาจของกลุ่มในสังคมเข้มข้นมากขึ้นจากแนวทางวิพากษ์ กล่าวคือ การที่คนมองว่าความเสี่ยงจริงมีอยู่หรือไม่ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าขึ้นอยู่กับคนสนใจความเสี่ยงนั้นหรือไม่ นอกจากนี้ยังขึ้นกับการหาเหตุผลต่างๆ มาอ้างว่าสิ่งนั้นเป็นความเสี่ยงได้อย่างไร ทั้งนี้ นักคิดสายนี้จึงต้องการเปิดเผยอำนาจแฝงที่ถูกใช้เพื่อมุ่งให้เกิดพฤติกรรมของผู้คนหรือสิ่งต่างๆ เช่น สร้างบรรทัดฐาน นอกจากนี้ สำนักนี้เชื่อว่าสังคมมีอิทธิพลสูงต่อการรับรู้ของมนุษย์ โดยมนุษย์จะมองว่าอะไรเสี่ยงหรือไม่และมองว่าเสี่ยงมากน้อยเพียงใดจึงขึ้นกับกรอบความคิดที่สังคมสร้างไว้ก่อนแล้ว การระบุความเสี่ยงจึงเป็นเรื่องของเกมของมนุษย์ สังคมและอำนาจ อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้เสี่ยงที่จะวิเคราะห์ความเสี่ยงแต่มุ่งสนใจที่กรอบความคิดและอคติทางวัฒนธรรมในการประเมินความเสี่ยง (Renn, 2008b; Tversky & Kahneman, 1981)

2.3.6 ทฤษฎีวิวัฒนาการ

Cultural theory เชื่อในความแตกต่างของคนว่าในแต่ละวัฒนธรรมย่อยมีลักษณะบางอย่างเช่นความเชื่อ (beliefs) และการใช้เหตุผล (rationality) ที่ทำให้แต่ละกลุ่มมองความเสี่ยงในแนวทางเดียวกันในขณะที่เดียวกันก็มองแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ (Mary Douglas) แม้ว่าความเสี่ยงใน

ทัศนะนี้ได้รับการยืนยันจากนักทฤษฎีทางสังคมและวัฒนธรรมว่าเป็นสิ่งที่ได้รับการประกอบสร้างจากสังคม (Risks are socially constructed) ทำให้แต่ละคนมองความเสี่ยงต่างกันไป แต่ความเสี่ยงยังถูกบุคคลทำความเข้าใจและให้ความหมายโดยใช้ภูมิหลังทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่าง ทำให้ผู้คนกังวลกับความเสี่ยงแต่ละอย่างต่างกันขึ้นกับว่าเขาอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมใด (Arnoldi, อ้างแล้ว หน้า 2) ทฤษฎีวัฒนธรรมจึงอธิบายได้ว่า อะไรเป็นสิ่งที่มนุษย์กลัว กลัวมากเพียงใด และให้ความหมายความเสี่ยงนั้นว่าอย่างไร ทั้งนี้ขึ้นกับว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในการรับรู้ของมนุษย์หรือไม่ (Fuller and Vassie อ้างแล้ว หน้า 87) เนื่องจากค่านิยมและความหมายทางวัฒนธรรมหล่อหลอม (shape) และประกอบสร้างการรับรู้ของคนเราเช่นอันตรายแบบไหนเป็นสิ่งสำคัญที่สุดและสร้างแบบแผนการให้เหตุผลเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยวัฒนธรรมทำหน้าที่เครื่องกลั่นกรองและช่วยตีความหมาย (interpretative 'filter') ในการทำความเข้าใจและอธิบายความเป็นไปของสิ่งต่างๆ ดังนั้นมนุษย์จึงพัฒนาความคิดเห็นที่ต่างกันต่อสิ่งต่างๆ ในโลกไปตามที่วัฒนธรรมกำหนด นอกจากนี้ นักทฤษฎีสำนักนี้ยังยืนยันว่าการจำแนก filter ออกจากสิ่งที่ถูกกรองและประเมินความเสี่ยงด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นสิ่งที่เป็นไปได้เลยเนื่องจาก filter นี้เปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับสังคมโดยได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตั้งแต่จุดเริ่มต้นซึ่งเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ และวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ซึ่งตัวมันเองถูกต่อรองความหมายอยู่ตลอดเวลาผ่านวาทกรรม (discourse) การปฏิสัมพันธ์ การเมือง กระบวนการทางกฎหมาย การแสดงออกทางศิลปะ การวิจัยและอื่นๆ ซึ่งได้รับผลกระทบจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และการเมือง (Arnoldi, อ้างแล้ว หน้า 2, หน้า 105-106)



ภาพที่ 2.2 สรุปการจำแนกคนในสังคมออกเป็น 4 กลุ่มตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของกลุ่มและระดับการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม

ที่มา: Douglas, 1970 Typology of Human Nature

Douglas (1970) ได้แบ่งกลุ่มคน (typology) ตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมโดยใช้กรอบทฤษฎี Grid / Group

Group แสดงระดับความเข้มแข็งของการรวมกลุ่มว่าปัจเจกบุคคลเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างเข้มข้นเพียงใด

ระดับการเข้ากลุ่มที่อ่อนแอ (weak group) มีลักษณะมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มนานๆ ครั้ง และถูกจำกัดในบางกิจกรรมทำให้สมาชิกกลุ่มมีแนวโน้มโดดเดี่ยว พึ่งตนเอง และมุ่งแข่งขัน

ระดับการเข้ากลุ่มเข้มข้น (strong group) มีลักษณะปฏิสัมพันธ์ที่สม่ำเสมอ และครอบคลุมทุกกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมีแนวโน้มพึ่งพาคนในกลุ่มและร่วมกันพัฒนา มาตรฐาน ความจำเป็น และความปรารถนาาร่วมกัน

Grid แสดงประเภทและธรรมชาติของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างคนในกลุ่มในมิติของความเท่าเทียมกัน

weak grid หมายถึงไม่มีใครถูกตัดโอกาสในการแสดงบทบาทไม่ว่าคนเหล่านั้นอยู่ในตำแหน่งใดในกลุ่ม ดังนั้นจึงแสดงถึงความเท่าเทียมกันทุกคน

strong grid หมายถึงข้อจำกัดภายในและภายนอกที่ถูกกำหนดขึ้น โดยเคารพต่อบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคล ความเท่าเทียมกันจึงน้อยกว่า จากมิติทั้ง 4 ทำให้เกิดกลุ่ม 4 กลุ่มโดยแต่ละกลุ่มมีระดับความเข้มข้นของการสื่อสารภายในและความเข้มแข็งของการรวมกลุ่มดังนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงลักษณะของคนทั้ง 4 กลุ่มตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของ Douglas (1970)

Typology	Strength of GRID dimension	Strength of Group dimension
Type 1 Individualist	Weak	Weak
Type 2 Fatalist	Strong	Weak
Type 3 Hierarchists	Strong	Strong
Type 4 Egalitarians	Weak	Strong

ที่มา Fuller and Vassie (2004:60)

กลุ่มที่ 1 Individualist

เป็นอิสระจากการควบคุมของผู้อื่น ในขณะที่พยายามควบคุมสิ่งแวดล้อมทั้งการงานและชีวิต มุ่งมั่นให้ผู้อื่นยอมรับในความสำเร็จ และพยายามมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น ชอบแข่งขันเตรียมพร้อมรับความเสี่ยงในระดับสูง มักฝึกฝนเพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมาย กรณีที่ต้องตัดสินใจมักไม่ต้องการคำแนะนำจากคนรอบข้างทุกระดับ และต้องการการตัดสินใจที่นำไปสู่การปฏิบัติ ไม่ต้องการคำวิจารณ์ มีแนวโน้มเก็บสารสนเทศไว้กับตนเองโดยไม่แบ่งปันให้แก่เพื่อนร่วมงาน ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียโอกาสการเรียนรู้ในที่ทำงาน ในบริบทของการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่ามุมมองของคนกลุ่มนี้น่าจะเป็น “ฉันเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตนเอง”

กลุ่มที่ 2 Fatalist

รู้สึกว่าเป็นผู้ควบคุมชีวิตของตนเองน้อยมาก ดังนั้นจึงมีความพยายามต่ำในการเปลี่ยนแปลงชีวิต มีแนวโน้มยอมรับการเปลี่ยนกฎและกระบวนการเพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ กลุ่มนี้ไม่มีแนวโน้มแสวงหาตำแหน่งเพื่อควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น ดังนั้นจึงกระทำกิจกรรมที่เป็นแบบแผนประจำวัน ในบริบทของการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพพบว่ามุมมองของคนกลุ่มนี้น่าจะเป็น **“มีความเป็นไปได้น้อยมากที่ฉันจะปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้”**

กลุ่มที่ 3 Hierarchists

ตระหนักในตำแหน่งทางสังคมของตนเอง และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของของกลุ่ม ยอมรับอัตลักษณ์กลุ่ม ทำงานเป็นทีมและเข้าสังคม ถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ ด้วยกฎระเบียบและขั้นตอนที่สัมพันธ์กับอาชีพและตำแหน่ง มีแนวโน้มต่อต้านความเปลี่ยนแปลงในบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม อาจพบคนกลุ่มนี้ในองค์กรที่ได้รับการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ เช่น กองทัพ ซึ่งเป็นสถานที่ซึ่งทุกคนรู้และยอมรับตำแหน่งของพวกเขา ในบริบทของการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพพบว่ามุมมองของคนกลุ่มนี้น่าจะเป็น **“ฉันมั่นใจว่าสุขภาพของฉันจะได้รับการประกันถ้าฉันทำตามกฎและขั้นตอนต่างๆ”**

กลุ่มที่ 4 Egalitarians

เป็นกลุ่มที่มีความรักดีและสวามิภักดิ์ต่อสังคม แต่ไม่ทำในสิ่งที่ฝ่าฝืนกฎและข้อบังคับ คนพวกนี้จะสนับสนุนกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโต้แย้งอำนาจหรือการโต้เถียงกับการจัดการเหนือขั้นตอนการทำงาน ไม่ว่าในสถานการณ์ใดคนกลุ่มนี้ปฏิบัติต่อคนอื่นอย่างเท่าเทียมเหมือนอยู่ในตำแหน่งหน้าที่เดียวกัน และชอบปฏิบัติโดยใช้ระบอบประชาธิปไตย และเป็นผู้นำด้วยบุคลิกภาพ การโน้มน้าวใจ และการทำตัวเป็นตัวอย่าง เมื่อมีปัญหาเช่นการโต้เถียงเกิดขึ้นคนในกลุ่มจะลุกขึ้นมาปฏิบัติหน้าที่ผู้นำ และเมื่อสถานการณ์กลับเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้นำนั้นจะกลับเข้าสู่บทบาทปกติ ในบริบทของการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่ามุมมองของคนกลุ่มนี้น่าจะเป็น **“สุขภาพต้องการกระบวนการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์”** (Fuller and Vassie, 2004:60)

ต่อมาทฤษฎีนี้ได้รับการเพิ่มกลุ่มที่ 5 คือ Hermits (Thomson, 1980) เป็นกลุ่มที่มีลักษณะอิสระและเป็นตัวของตัวเองและมีลักษณะผสมระหว่าง 4 กลุ่มข้างต้นคือมองว่าความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ทราบเท่าที่พวกตนมิได้ถูกบังคับจากผู้อื่น เชื่อในลำดับขั้นการปกครอง ...

ทฤษฎีวัฒนธรรมมีความเชื่อตรงข้ามกับทฤษฎี post-modern และทฤษฎีระบบตรงที่มีได้มองว่าคนในวัฒนธรรมย่อย (subculture) มีบุคลิกภาพต่างกัน แต่มองว่าคนเหล่านั้นประกอบสร้างความหมายความเสี่ยงในแบบแผนเดียวกัน (socially constructed) และมีความคาดหวังที่เป็นไปได้ (possible expectation) ในแบบเดียวกัน ทฤษฎีวัฒนธรรมมองว่าคนในแต่ละสังคมมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม (subculture) และแต่ละกลุ่มย่อยทางวัฒนธรรมนี้ต่างก็มองความเสี่ยงแตกต่างกัน การให้ความหมายความเสี่ยงก็ต่างกันด้วย ขึ้นกับว่าความเสี่ยงใดถูกเลือกมาอง และความ(ไม่)

แน่นอนของความเสี่ยงนั้นจะถูมองว่าอย่างไร ขึ้นกับว่ากลุ่มย่อยนั้นมีบุคลิกภาพประจำกลุ่ม (prototype) อย่างไรโดยบุคลิกภาพนั้นส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยง นอกจากนั้นความเชื่อหลัก (dominant belief) ของแต่ละบุคลิกภาพยังมีผลต่อการปรับเปลี่ยนการมองความเสี่ยงอีกด้วย อีกทั้งมีลักษณะไม่ตายตัวแต่ขึ้นกับแต่ละกลุ่มวัฒนธรรมว่ามองความเสี่ยงอย่างไร ดังนั้นความเสี่ยงของแต่ละกลุ่มบุคลิกภาพ (prototype) จึงเป็นความคาดหวังที่คงที่ (genuine expectation) ของคนในแต่ละกลุ่มวัฒนธรรมว่าจะต้องมองในแบบเดียวกัน (Renn, 2008)

ทฤษฎีวัฒนธรรมให้ความสำคัญกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงมากเกินไปจนละเลยปัจจัยภายในของบุคคล อาทิ ผลประโยชน์ส่วนตัว (self-interest) ซึ่งนักทฤษฎีเศรษฐศาสตร์อธิบายไว้ว่าต้นทุนและกำไรเป็นแรงขับในการรับรู้ความเสี่ยง ส่วนทฤษฎีทางการเมืองอธิบายไว้ว่า ผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นแรงขับที่ทำให้คนมองว่าอะไรเป็นความเสี่ยงหรือไม่อย่างไร (Fuller and Vassie, 2004:62) นอกจากนี้ ในสถานการณ์จริงบุคคลมีสถานภาพเป็นสมาชิกหลายกลุ่ม เช่น ครอบครัว ที่ทำงาน และกลุ่มความสนใจ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้อาจมีความเห็นแตกต่างกันในเรื่องเดียวกัน ประเด็นนี้ทำให้การใช้ทฤษฎีนี้ในการอธิบายปรากฏการณ์สังคมเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ยากต่อความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงที่เปลี่ยนไปของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มต่างๆ ตลอดจนประเด็นการย้ายกลุ่มทำให้การรับรู้ความเสี่ยงเปลี่ยนไปอย่างไร (Fuller and (Fuller & Vassie, 2004)

จากวรรณกรรมด้านความเสี่ยงดังที่กล่าวมา ทำให้เข้าใจว่าการรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์เกิดจากการรู้เห็นภัยร้ายที่มีอยู่จริงๆ แล้วเกิดการสร้างความหมายเพิ่มเข้าไปโดยความหมายที่สร้างขึ้นนี้เกิดจากกระบวนการทางจิตวิทยาของมนุษย์ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม การทำความเข้าใจปัญหาความเสี่ยงที่มนุษย์รับรู้และมองเห็นเพื่อใช้ในการกำหนดวิธีการสื่อสารไปยังกลุ่มเสี่ยงในบริบทสุขภาพจึงจำเป็นต้องใช้สองแนวทางร่วมกันทั้งทฤษฎีความเสี่ยงตามแนวทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและเทคนิค และทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้นการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องพิจารณาความเสี่ยงโดยใช้มุมมองจากทั้งสองคือความเสี่ยงในด้านที่มันเป็นอยู่ (objective risk) กับความเสี่ยงด้านที่ถูกรับรู้ (perceived risk)

ดังนั้น เพื่อศึกษาความเสี่ยงด้านที่ถูกมนุษย์รับรู้ ผู้วิจัยได้ทบทวนตัวแปรทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการหล่อหลอมทัศนคติและนำไปสู่พฤติกรรมที่สอดคล้องกัน ดังต่อไปนี้

3. ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

จากการทบทวนตัวแปรทางจิตวิทยาด้านการรับรู้ พบตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก แต่ตัวแปรที่สำคัญและเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ และการมีพฤติกรรมเสี่ยงของมนุษย์ มีดังต่อไปนี้

- ตัวแปรพื้นฐาน

1. การควบคุมตนเอง (Personal Controllability) การควบคุมตนเอง แสดงถึงอำนาจแห่งตนและมีความหมายถึงเสรีภาพ มนุษย์จึงไม่ต้องการตกอยู่ในสภาวะที่ตนเองควบคุมไม่ได้ เนื่องจากรู้สึกถึงความไม่มั่นคง หากเกิดเหตุการณ์ที่ตนไม่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดสิ้นหนทางหรือไร้อำนาจ (powerlessness) และรู้สึกไร้ประโยชน์ (helplessness) สภาวะเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่มนุษย์ไม่ปรารถนา (Schmidt, 2004) มนุษย์จึงกลัวในสิ่งที่ตนเองไร้ทักษะการควบคุมมากกว่ากลัวสิ่งที่ตนมีทักษะการควบคุม (Lin & Peterson, 2007) ดังนั้น หากในสถานการณ์ความเสี่ยงใดมนุษย์มองว่าตนเองควบคุมได้จะเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้มากกว่าความเสี่ยงที่ถูกรับรู้ว่าจะต้องถูกควบคุมโดยผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

มนุษย์รับรู้ถึงความเสี่ยงไม่รุนแรงนักหากความเสี่ยงนั้นเป็นสิ่งที่ตนเป็นผู้ควบคุมเอง แต่ความเสี่ยงนั้นจะถูกมองว่าน่ากลัวหรือรุนแรงกว่าหากเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง (เช่น เป็นความเป็นไปตามธรรมชาติ พันธุกรรม ความบังเอิญ โชคร้าย กรรม คราวเคราะห์ หรือเป็นสิ่งที่สิ่งศักดิ์สิทธิ์บันดาล) จะทำให้มนุษย์รู้สึกถึงความไม่แน่นอนเพราะพยากรณ์ได้ยากกว่าสถานการณ์ที่ตนควบคุมเอง (Zuckerman, Knee, Kieffer, Rawsthorne, & Bruce, 1996) ดังนั้น เมื่อใดมีสิ่งอื่นที่เข้ามามีบทบาทในการควบคุมสถานการณ์ภัยคุกคาม เราจะมีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ (powerlessness) หรือเป็นผู้ถูกกระทำ ความรู้สึกเช่นนี้จึงทำให้มนุษย์รับรู้ว่าสถานการณ์ที่ถูกสิ่งเหนือการควบคุมคือสถานการณ์ที่ทำให้มนุษย์รู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในภาวะเสี่ยง ทำให้เกิดความรู้สึกกังวลใจ กลัว หรือซึมเศร้า (Mardiyono, Songwathana, & Petpichetchian, 2011; Schmidt, 2004)

อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงส่วนตัว (private risks) เป็นความเสี่ยงที่มนุษย์รับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่ำกว่าความจริง (underestimate) เนื่องจากพฤติกรรมส่วนตัวธรรมดาๆ นี้ก่อให้เกิดอคติเข้าข้างตนเองว่าตนเองควบคุมได้ นอกจากนี้ยังมองว่าจะหยุดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองเมื่อใดก็ได้ ในขณะที่สถานการณ์เสี่ยงในระดับสังคม (public risks) (เช่นการรั่วไหลของสารเคมี) กลับถูกคนส่วนใหญ่มองว่ามีความเสี่ยงสูงกว่าความจริง (overestimate) เพราะคนส่วนใหญ่มักคาดการณ์ความเสี่ยงระดับสังคมได้ยากกว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด รุนแรงเพียงใด และจะมาถึงตนเองหรือไม่ ลักษณะความไม่แน่นอนที่คาดเดาไม่ได้ว่าคนอื่นที่ผู้กระทำแล้วส่งผลกระทบต่อใครทำให้คาดเดาได้ยาก มนุษย์จึงมองว่าสิ่งใดก็ตามที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้กระทำว่าอยู่เหนือการควบคุมของตนเองและรู้สึกถึงความเสี่ยง (Sjoberg, 2000)

ความเสี่ยงของบุคคล (persona risk) ยังเป็นประเด็นที่ไม่ค่อยถูกนำมาเสนอในพื้นที่สาธารณะมากนักเนื่องจากถูกถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัวที่แต่ละคนหรือครอบครัวต้องรับผิดชอบ (Schmidt, 2004) ดังนั้นพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งเป็นนิสัยส่วนตัวหรือความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคลจึงมักเป็นเรื่องที่ถูกลืมหรือมองข้ามจากคนส่วนใหญ่แม้ว่านำไปสู่โรคร้ายไข้เจ็บร้ายแรงและถึงตายได้ ยกตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรมการไม่กินผักกับกรณีเสี่ยงอื่นๆ เช่นสารเคมีรั่วไหล สารพิษใน

อากาศ อุบัติเหตุทางการจราจรหรือการทำงาน การไม่กินผักจึงมักถูกรับรู้ว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยที่ไม่น่ากลัวมากนัก เป็นต้น แต่เมื่อใดที่เกิดเหตุการณ์ มีกรณีเป็นข่าว สังคมจึงจะหันมาให้ความสนใจ

การควบคุมได้ไม่จำเป็นต้องเป็นการควบคุมที่แท้จริง (real control) แต่อยู่ที่ว่าเรามองว่าตนเองควบคุมได้หรือไม่ซึ่งหมายถึงการรับรู้การควบคุม (perceived control) นั้นเอง โดยคนส่วนใหญ่คิดเข้าข้างตนเองคือมองว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ได้และมักเข้าข้างตัวเองอีกด้วยว่าเหตุการณ์ร้ายไม่น่าจะเกิดกับตน เช่น Sjoberg (2000) ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนประเมินความเสี่ยงของตนเองต่ำกว่าความเสี่ยงโดยเฉลี่ย ส่วนในบริบทสุขภาพพบว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณควบคุมสถานการณ์โรคของตนได้เองนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การเกิดพฤติกรรมป้องกันจึงมีได้ขึ้นกับโรคนั้นมีความรุนแรงเท่านั้นแต่อยู่ที่คนนั้นมองว่าตัวเองควบคุม (perceived control) สถานการณ์ที่ตนเองเผชิญได้หรือไม่ ดังนั้นการสร้างการรับรู้ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความเชื่อว่าการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Beck & Frankel, 1981)

2. ความสมัครใจ (voluntariness) ความสมัครใจสะท้อนถึงควมมีเสรีภาพ ดังนั้นการที่มนุษย์ไม่มีทางเลือกก็คือสถานการณ์ที่ถูกบังคับนั่นเอง เมื่อมนุษย์ถูกบังคับให้ต้องรับความเสี่ยง เขาจะมองว่าความเสี่ยงนั้นมีความรุนแรงมากกว่าความเสี่ยงที่เขาสมัครใจเลือกด้วยตนเอง ทั้งนี้ มนุษย์จะรับรู้ความเสี่ยงที่ถูกบังคับ(ที่ถูกกำหนดมาหรือที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้เลือก) ว่ามีความรุนแรงกว่า แม้ว่าความเสี่ยงนั้นมีลักษณะเหมือนกัน ดังนั้น หากความสมัครใจของเขาก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงลบขึ้นในอนาคต เขาก็จะยินยอมรับสภาพได้มากกว่าสิ่งที่เขาถูกบังคับ โดยหากมนุษย์สมัครใจยอมรับความเสี่ยงนั้นด้วยตนเองจะสามารถอดทนรับความเสี่ยงได้มากกว่าความเสี่ยงที่ถูกบังคับถึงประมาณ 1,000 เท่า (Starr, 1969; Glickman, T. S., Gough, M., 1990) ความสมัครใจจึงมีความหมายลึกซึ้งเพราะเกี่ยวข้องกับเสรีภาพในการเลือก (freedom of choice) การรับรู้อำนาจแห่งตน (autonomy) และความรับผิดชอบ (responsibility) (Renn, 1992; Schmidt, 2004)

มนุษย์ยอมสมัครใจเลือกรับความเสี่ยงส่วนใหญ่เนื่องจากมนุษย์คาดหวังในผลประโยชน์ (benefits) กล่าวคือแม้ว่าเขาจะมีผลเสียอะไรบ้างจากการกินอาหารไขมันสูงเป็นประจำก็รู้ว่าทำให้อ้วน แต่การที่เขายังคงกินเช่นนั้นก็เพราะเขามองว่าการกินอาหารไขมันสูงอย่างนั้นเป็นตัวที่ดีที่สุดในกลุ่มตัวเลือกที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น ซึ่งอาจเป็น ความสะดวก ความอึดท้อง การตามใจคนที่รัก เป็นต้น (Schmidt, 2004) พฤติกรรมเสี่ยงจึงมักเกี่ยวข้องกับความสมัครใจอยู่กับความเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การติดสารเสพติด จนถึงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ล้วนเป็นพฤติกรรมที่บุคคลตระหนักอยู่แล้วว่าปฏิบัติแล้วก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหรือเกิดโรคในอนาคต เช่น พฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นความเสี่ยงอันตรายสูงแต่เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูบบุหรี่รับได้มากเนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่สมัครใจและแสดงถึงเสรีภาพในตนเอง ดังนั้นการสื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจำเป็นต้องเสนอทางเลือกให้เขาตัดสินใจด้วยตนเอง มีใจกดดันหรือบังคับให้ปฏิบัติตาม

3. ประโยชน์ (Benefit) ประโยชน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์อย่างมากในการตัดสินใจ ในบริบทต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริบทสุขภาพและยังเข้าไปมีบทบาทพร้อมกับปัจจัยอื่นๆ อย่างสำคัญ (Fischer & Frewer, 2009) การที่บุคคลใดประเมินว่าสิ่งหนึ่งว่ามีประโยชน์สำหรับตนเองเขา จะพิจารณาจริงๆ ว่า “ได้มากกว่าเสีย” อย่างชัดเจนเพียงใด ดังนั้นแม้ว่าสิ่งนั้นมีความเสี่ยงอยู่บ้างแต่ หากเขาเห็นว่ามีประโยชน์ชัดเจนสิ่งนั้นจะถูกรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงน้อยลงหรือมองว่าไม่ใช่ความเสี่ยง (Lin & Peterson, 2007) ในทางกลับกันหากเขามองไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจนนักหรืออาจมองว่ามีแต่โทษ เช่น เงินค่ารักษา เวลา ต้องควบคุมอาหาร มีปัญหาการกินการขับถ่ายและการเดินทาง การสูญเสียโอกาสในอาชีพ ผลกระทบต่อบทบาททางสังคม ความเครียด ความอาย ความเชื่อมั่นในตนเอง ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่นและความสุขในชีวิต เป็นต้น สิ่งนั้นจะถูกรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงสำหรับเขา การรับรู้ความเสี่ยงจึงได้รับอิทธิพลจากประโยชน์ที่บุคคลนั้นรับรู้ (perceived individual benefits) ว่ามีระดับความชัดเจนมากเพียงใดซึ่งแต่ละคนต่างก็ให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ ไม่เหมือนกัน (Renn, 2008b) อย่างไรก็ตาม หากใครมองว่าสิ่งใดได้ประโยชน์อย่างชัดเจน (clear benefit) มากเพียงใดก็ยิ่งส่งผลต่อการยอมรับความเสี่ยงได้มากขึ้น (R. Gregory & Mendelsohn, 1993)

นอกจากนี้ ความเสี่ยงที่ถูกรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นได้กับคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน (fairly distributed) เป็นความเสี่ยงที่คนส่วนใหญ่ยอมรับได้มากกว่าความเสี่ยงที่มีแนวโน้มเกิดกับคนบางกลุ่ม เช่น ทุกคนเกิดมาต้องป่วย ต้องตาย เป็นต้น หลักการนี้ยังเป็นจริงในกรณีที่มีแต่ประโยชน์ (benefit) และกรณีที่มีทั้งความเสี่ยงและประโยชน์อยู่ในความเสี่ยงเดียวกัน นอกจากนี้ก็กรณีที่ยอมรับได้ยากเช่นกันคือกรณีที่ทุกคนมีแนวโน้มได้รับความเสี่ยงอย่างทั่วถึงกันแต่กลับมีคนส่วนน้อยที่ได้รับประโยชน์ที่เกี่ยวข้องทั้งนี้ สถานการณ์ที่คนยอมรับได้ต่ำที่สุดคือสถานการณ์ที่คนกลุ่มหนึ่งต้องรับภาระจากความเสี่ยงในขณะที่คนอีกกลุ่มหนึ่งกลับได้รับผลประโยชน์จากความเสี่ยง

ความเสี่ยงที่มีประโยชน์ที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (clear benefits) เป็นความเสี่ยงที่คนยอมรับได้มากกว่าความเสี่ยงที่มีประโยชน์เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย อย่างไรก็ตาม ประโยชน์กับความเสี่ยงเป็นสิ่งที่คู่กันคือยิ่งมีความเสี่ยงสูงยิ่งมีผลประโยชน์ตอบแทนสูงเป็นเงาตามตัว และการเลือกเพียงตัวเลือกหนึ่งจากกลุ่มทางเลือกที่มีอยู่จึงมักเลือกโดยรับรู้ส่วนประสมระหว่างความเสี่ยงกับผลประโยชน์นั่นเอง ดังนั้น การยอมรับความเสี่ยงจะเป็นไปได้ง่ายกว่าในกรณีที่ความเสี่ยงนั้นมีผลประโยชน์ชัดเจนกว่า เช่น การขับรถนั้นมีความเสี่ยงสูงที่สุดในสังคมปัจจุบันแต่ความเสี่ยงถูกประเมินต่ำกว่าความจริงเนื่องจากประโยชน์ที่บุคคลได้รับจากการเดินทางด้วยรถยนต์นั้นสูงกว่าและเห็นได้ชัดเจนกว่า

- ด้านสุขภาพ

4. ความคุ้นเคย (familiarity) แม้ความคุ้นเคยเป็นปัจจัยที่พบน้อยมากในการนำมาศึกษา การรับรู้ด้านสุขภาพ และส่วนใหญ่ความคุ้นเคยได้รับความสนใจจากนักวิจัยการสื่อสารการตลาด โดยความคุ้นเคยส่งผลในเชิงบวกกับทัศนคติและพฤติกรรมการยอมรับสินค้าและการบริโภคสินค้า กล่าวคือยิ่งคุ้นเคยเห็นบ่อยยิ่งก่อให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคยกับบุคคล สินค้า และทำให้คนมีทัศนคติที่ดีขึ้น

กว่าสินค้าที่ใหม่กว่าหรือยังไม่เป็นที่รู้จัก อย่างไรก็ตาม เมื่อนำมาศึกษาในด้านสุขภาพพบงานบางชิ้นระบุว่า ความคุ้นเคยซึ่งมีประเด็นหลักเกี่ยวข้องกับทัศนคติในการมีประสบการณ์ ส่งผลต่อการรับรู้ในเชิงลบและก่อความกังวลใจว่าตนเองจะเป็นกลุ่มเสี่ยง และยังพบทั้ง 2 ด้านว่ายิ่งคุ้นเคยยิ่งป้องกันและยิ่งคุ้นเคยยิ่งไม่ป้องกัน (Recchia, 1999)

ตามปกติมนุษย์กลัวในสิ่งที่เราไม่รู้จัก (unknown) และใหม่ (newness) ครั้นเมื่อสิ่งนั้นค่อยๆ เข้ามาอยู่ในการรับรู้ของเราหรือพบเห็นได้บ่อยๆ ในวิถีชีวิตของเราจะเริ่มเกิดความคุ้นเคย และเมื่อเรารู้สึกคุ้นเคยกับสิ่งนั้นแล้วจึงทำให้ความกลัวที่มีต่อสิ่งนั้นค่อยๆ ลดน้อยลงจนอาจหายไป ดังนั้นสิ่งใดซึ่งเป็นสิ่งที่รู้จักคุ้นเคยเป็นอย่างดีจึงเป็นสิ่งที่มนุษย์ยอมรับได้มากกว่าสิ่งใหม่และความคุ้นเคยนี้เองอาจไม่มองว่าเป็นความเสี่ยงเช่นพฤติกรรมปกติที่พบในชีวิตประจำวัน เช่น การได้รับควันพิษจากกองขยะหรือควันบุหรี่จากบุคคลอื่น (Schmidt, 2004) ในขณะที่การปรากฏของเหตุการณ์อันตรายครั้งใหญ่ที่นานๆ จะเกิดสักครั้งทำให้คนเราตกใจกับสิ่งที่ยาวนานๆ เกิดครั้งหนึ่งและส่งผลต่อความรู้สึกกลัว ดังนั้นเหตุการณ์ที่แม้ว่ามีแนวโน้มเกิดได้ยาก (low probability) แต่เมื่อเกิดครั้งหนึ่งจะปรากฏอย่างฉับพลันภายในระยะเวลาอันสั้นและเกิดการทำลายล้างอย่างรุนแรง (acute) เช่น เครื่องบินตก คลื่นยักษ์สึนามิ โรงงานนิวเคลียร์ระเบิด เป็นต้น มักทำให้คนส่วนใหญ่จดจำได้ดีจึงทำให้รับรู้ว่ารุนแรงสูงกว่าความเป็นจริง (overestimate) (Sandman, 1985; Clerke, 1988 cited in Cameron, 2008) ในทางตรงกันข้ามกับเหตุการณ์เล็กๆ ที่ไม่น่าสนใจและดูเป็นเรื่องธรรมดาสามัญ (common) ที่พบเห็นได้ทั่วไป(เกิดบ่อยกว่าหรือมีแนวโน้มการเกิดสูง (high probability)) แต่มีผลลัพธ์ที่มีลักษณะซ่อนเร้นจนยากต่อการสังเกตจะเป็นความเสี่ยงที่คนส่วนใหญ่คุ้นเคยจนไม่รู้สึกลัว จึงส่งผลให้ประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความจริง (underestimate) ตัวอย่างความเสี่ยงกลุ่มนี้มักเป็น ความแก่ ความเจ็บป่วย และความตายซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดกับมนุษย์ทุกคนเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่รู้สึกคุ้นเคยจนเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับมันได้จึงยอมรับได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภัยร้ายแรงเช่นอุบัติเหตุหรือภัยธรรมชาติที่รุนแรงและนานๆ จะเกิดสักครั้ง (Schmidt, 2004)

เมื่อเปรียบเทียบโรคเกิดใหม่และยังไม่แพร่หลายอย่างไร้โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ยังไม่มีความรู้ที่ชัดเจนมาอธิบายสาเหตุและอาการ การระบาด หรือไม่สามารถรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 และอยู่เหนือการควบคุมของตนเองด้วยจะยิ่งถูกมองว่าเสี่ยงสูงมากกว่าโรคที่มีลักษณะตรงกันข้ามทำให้คนทั่วไปกลัวว่าโรคระบาดใหม่มีปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดแต่เกิดอย่างฉับพลันและมีอาการรุนแรงทำให้ถึงแก่ความตายอย่างรวดเร็ว เช่นโรควัวบ้า ไข้หวัดนก โรคมือเท้าปาก ไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ จะสร้างการรับรู้ว่ามีอันตรายสูงกว่าโรคที่มีความรู้อธิบาย ควบคุมแก้ไขได้ง่าย และอาการไม่รุนแรงมากนัก เช่นโรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน โรคหอบหืด เป็นต้น (Covello & Peters, 2002) คนส่วนใหญ่จึงกระตือรือร้นที่จะป้องกันความเสี่ยงต่อโรคใหม่ที่ตนเองไม่คุ้นเคยมากกว่าโรคที่คุ้นเคยแล้ว (Recchia, 1999; Schmidt, 2004) ความรู้สึกคุ้นเคยจึงมีความสัมพันธ์กับความไม่ตระหนักว่าเป็นอันตรายด้านสุขภาพ (Ashida, Goodman, Stafford, Lachance, & Kaphingst, 2012)

5. ความน่ากลัว (dread) ความน่ากลัวเป็นความรู้สึกภายในของแต่ละบุคคล ดังนั้นคนจึงกลัวสิ่งที่ไม่เหมือนกันขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน เช่น กรอบทางวัฒนธรรม ประสบการณ์ ทศนคติ ทำให้สิ่งที่คนรู้สึกกลัวก็คือสิ่งที่ผู้นั้นมองว่าเป็นความเสี่ยง (Morgan, 2009)

ลักษณะที่เห็นได้ชัดเจนนอกจากภายนอกกว่ามีความรุนแรงและมีความชัดเจนมากกว่าทำให้มนุษย์กลัวมากกว่าสิ่งที่ซ่อนเร้นหรือสัมผัสได้ยากกว่า (เช่น เครื่องบินตกมากกว่าการมีไขมันในเส้นเลือดสูง) วรรณกรรมด้านสุขภาพในด้านสุขภาพพบว่ามนุษย์กลัวโรคที่กระตุ้นความรู้สึกรุนแรง (sensation or dramatic) (Ropeik) โรคมะเร็งจึงมีแนวโน้มสร้างความกลัวให้แก่มนุษย์มากเกินความจริง ในขณะที่โรคอื่นเช่น โรคกระดูกพรุน โรคหัวใจสร้างความทุกข์ทรมานน้อยกว่าจึงมักสร้างความน่ากลัวน้อยกว่า นอกจากนี้ วรรณกรรมส่วนใหญ่พบว่าโรคมะเร็งมักเป็นโรคอยู่ที่ติดอยู่ในใจและไม่อยากเป็นเป็นอันดับ 1 และเป็นโรคที่คนส่วนใหญ่กลัวมากกว่าโรคหัวใจทั้งที่โรคหัวใจเป็นโรคที่มีอัตราการป่วยและอัตราการตายมากกว่า (Hamilton & Lobel, 2012; Reiner, Sonicki, & Tedeschi-Reiner, 2010) ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากมะเร็งคาดเดาไม่ได้ สารก่อมะเร็งมักมาจากปัจจัยที่ตนเองควบคุมไม่ได้ (เช่น สารพิษปนเปื้อนในอาหาร และสารเคมีที่ติดมากับพลาสติกหรือสิ่งประดิษฐ์ของมนุษย์ยุคใหม่) ที่สำคัญคนไข้มะเร็งมักมีอาการทรุดหนัก การรักษาไม่ผลข้างเคียงชัดเจน และทำให้ตายอย่างทุกข์ทรมานมากกว่า ด้วยเหตุนี้อันตรายต่างๆ ที่ก่อมะเร็ง (เช่น รังสีและสารเคมี) จึงมักกระตุ้นความกลัวได้มากกว่า และความกลัวที่เกิดขึ้นด้วยลักษณะภายนอกที่เห็นได้ชัดนี้เองคือตัวอย่างที่ชัดเจนของผลของกระบวนการคิดทางลัดที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวตามสัญชาตญาณพื้นฐานของมนุษย์

โรคที่ไม่สามารถสรุปสาเหตุได้อย่างแน่ชัดเช่นมะเร็งยังถูกมองว่าน่ากลัวมากกว่าโรคที่รู้กันโดยทั่วไปว่ามีองค์ความรู้ที่ชัดเจนว่ามาจากเหตุใดโรคกลุ่มนี้ได้แก่ โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เป็นต้น โรคกลุ่มหลังจึงมักถูกรับรู้ต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้โรคที่มีสาเหตุจากภายนอกที่ปัจเจกบุคคลไม่สามารถควบคุมได้เองจะถูกรับรู้ว่าน่ากลัวมากกว่า เช่น สารกัมมันตภาพรังสี สารพิษ และสารเคมีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อมะเร็งจึงทำให้สาธารณชนตื่นกลัวมากกว่าภาวะความดันโลหิตสูงที่ก่อโรคหัวใจซึ่งสามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการระมัดระวังอาหารจำพวกเกลือ/โซเดียม กินยาหรือการจัดการความเครียด เป็นต้น (Covello & Peters, 2002)

ความน่ากลัวจึงอาจไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความน่ากลัวอาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงหรือปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันโรคโดยเฉพาะผู้ที่มีความใกล้ชิดกับโรค เนื่องจากความกลัวระดับมาก (high fear) ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในกลุ่มคนที่มีความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ (nearness) หรือความเกี่ยวข้อง (involvement) ในขณะที่ความกลัวระดับน้อยอาจได้ผลในกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องน้อยกว่า (Keeler & Block, 1996)

6. แนวโน้มเกิดกับตน (possibility of personal nearness/proximity)

การมองว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดกับตนอาจเกิดไม่มากนักเนื่องจากมนุษย์มีอคติเข้าข้างตัวเอง (optimistic bias) เป็นตัวกรอง มนุษย์ทั่วไปจึงคิดเข้าข้างตนเองว่าเหตุการณ์ร้ายน่าจะเกิดกับคนอื่น

มากกว่าตนเอง (third-person effect) แต่หากเป็นเหตุการณ์ที่กลับคิดว่าน่าจะเกิดกับตนมากกว่าคนอื่น ทั้งที่ข้อเท็จจริงอาจมีแนวโน้มไม่แตกต่างกัน (Davison, 1983)

แม้การคิดเข้าข้างตนเองว่าตนเองปลอดภัยและทำให้เกิดการประเมินต่ำกว่าความจริง (underestimate) แต่ในความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลลัพธ์ความเสี่ยงที่อยู่ใกล้ตัวมากและสามารถสัมผัสด้วยตนเองได้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเรามีบุคคลใกล้ชิดป่วยและเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น การรู้ว่ามีส่วนในครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ โรคหัวใจและโรคที่เกี่ยวข้องจะถูกมองว่ามีแนวโน้มเกิดกับตนเองสูงตามไปด้วย นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ของความเสี่ยงนั้นมากเพียงใดจะยิ่งทำให้การรับรู้ความเสี่ยงนั้นชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้รู้สึกกลัวว่าจะเกิดกับตนเองและอาจมีอิทธิพลต่อการรับพฤติกรรมป้องกันโรค

การมีลักษณะอาการใกล้เคียงโรคว่าบ่งชี้ว่าตนเองอาจจะเกิดโรค ทั้งทางกาย พฤติกรรม อาการ สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ และความรู้สึกได้แก่ (Robb, Miles, & Wardle, 2007; Tilbert et al., 2011; Wienstein, 1984)

- ความใกล้ชิดทางพันธุกรรม เช่น มีญาติสายตรงได้แก่ พ่อแม่พี่น้องป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทำให้มองว่าตนเองมีความเป็นไปได้ที่จะป่วยโรคมะเร็ง ตลอดจนเคยรับรู้ผลการตรวจของสมาชิกในครอบครัว /รับรู้ประวัติการป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ (colorectal cancer) ของสมาชิกครอบครัว เป็นต้น
- ความใกล้ชิดทางพฤติกรรม เช่น ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และมีการไม่กินผักผลไม้ กินอาหารไขมันสูง โซเดียมสูงเป็นประจำ มีความเครียดสูง เป็นต้น
- ความใกล้ชิดทางอาการ เช่น มีอาการสุขภาพโดยรวมอ่อนแอ เหนื่อยง่าย มีอาการไม่สบายในท้อง หรือมีปัญหาในกระเพาะ ท้องเสียสลับท้องผูก อาจทำให้ประเมินว่าตนเองน่าจะเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น
- ความใกล้ชิดด้านประสบการณ์เช่น เคยผ่านการผ่าตัด เคยผ่านการตรวจทางพันธุกรรม (subsequent genetic testing) และเคยร่วมการคัดกรองในการวิจัยเชิงทดลองตรวจมะเร็ง เป็นต้น
- ความใกล้ชิดด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อยู่ในสถานที่ที่มีสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร
- ความใกล้ชิดทางความรู้สึก เช่น มีความรู้สึกบางอย่างว่าตนเองน่าจะเป็น

คนบางกลุ่มอาจมองที่อาการที่ตนเป็นว่ามีความใกล้เคียง แล้วจึงประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงสอดคล้องกับ Lipkus et al. ที่สรุปว่ากลุ่มตัวอย่างชาวแอฟริกันอเมริกันตัดสินว่าตนเองน่าจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งลำไส้เนื่องจากพวกเขามีกรรมพันธุ์ร้อยละ 20 มีพฤติกรรมส่วนตัวไม่ดีต่อสุขภาพร่างกายร้อยละ 17 และมีเหตุผลด้านปัจจัยทางร่างกายของเขาเอง (physiologic factors) ร้อยละ 12 อย่างไรก็ตาม เหตุผลที่สำคัญและมีผู้ตอบมากที่สุดคือ พวกเขามีความ “รู้สึกส่วนตัวบางอย่าง” ว่าตนเอง “น่าจะเป็น” ถึงร้อยละ 35 ดังนั้นไม่ว่าบุคคลจะมีความใกล้เคียงแบบใดมากแค่ไหน

หากเขาเข้าข้างตนเองว่าตนไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงก็แสดงว่าเขาไม่รับรู้ถึงความเสี่ยงนั้น การยอมรับว่าตนเองมีลักษณะใกล้เคียงว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงจึงอยู่ที่ “ความรู้สึก” (Lipkus et al., 1996)

7. การเกิดผลช้า (delayed effect/chronic) การเกิดผลช้าสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงต่ำ (underestimate) เพราะโดยทั่วไปมนุษย์จะประเมินความเสี่ยงที่เกิดฉับพลันรุนแรงและมีผลลัพธ์การทำลายสูงว่าอันตรายสูงกว่าความจริง (overestimate) (Sandman, 1985) ในขณะที่ความเสี่ยงที่เกิดผลช้าหรืออ่อนเร้น ต้องอาศัยระยะเวลาในการก่อตัว หรือเป็นภัยเงียบจะทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ตระหนักและมีแนวโน้มสู่การประเมินผลลัพธ์ต่ำกว่าความจริง (underestimate) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคในอดีตเป็นโรคติดเชื้อซึ่งมีลักษณะเฉียบพลัน รุนแรง และระบาดในสังคมอย่างรวดเร็วจึงทำให้คนมองว่ารุนแรงและป้องกัน แต่ปัจจุบันโรคส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมไม่สมดุลค่อยๆ เกิดผลต่อสุขภาพอย่างช้าๆ และเกิดโรคในวัยสูงอายุ จึงเป็นความเสี่ยงที่มีลักษณะอ่อนเร้นภายในร่างกาย ส่งผลคนรับรู้ความเสี่ยงน้อยกว่าความจริงจึงมักทำให้ประมาทในการป้องกัน ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่ต้องใช้เวลานานเป็นปีจึงจะก่อให้เกิดโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดทำให้ไม่รู้สึกว่าตนเองเสี่ยงหรือกลัวความเจ็บป่วย

- ด้านการสื่อสาร

8. ความเชื่อถือหรือความไว้วางใจ (trust) ความน่าเชื่อถือส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและการนำข้อแนะนำไปปฏิบัติ เช่น ยิ่งบุคคลรู้สึกเชื่อมั่นและให้ความเชื่อถือสูงต่อสื่อบุคคลหรือองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการปกป้องเขา ยิ่งมีความกลัวน้อยลง และเมื่อคนมีความรู้สึกกลัวน้อยจะมีพฤติกรรมป้องกันน้อยตามไปด้วย (ยกตัวอย่างเช่นความเชื่อมั่นในเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ และบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาโรคทำให้คนส่วนหนึ่งละเลยการป้องกันตนเอง) ในทางตรงกันข้ามหากเขามีความเชื่อมั่นต่อบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล (Allen, Kennedy, Wilson-Glover, & Gilligan, 2007) ความเชื่อมั่นนี้ หมายถึงรวมถึงความเชื่อมั่นที่มีต่อการสื่อสาร ชีวจานสื่อ หรือที่เกิดขึ้นกับผู้แทน/โฆษกที่ทำหน้าที่ส่งสารอีกด้วย

9. ความชัดเจน (vividness) ความชัดเจนช่วยกระตุ้นการรับรู้ของมนุษย์ สื่อที่มีลักษณะน่าสนใจ โดดเด่น หรือกระตุ้นเส้นทางลัด (cognitive heuristic) รวมทั้งการวางโครงเรื่อง (framing) ที่น่าสนใจมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการรับรู้ความเสี่ยง (Tversky & Kahneman, 1981) เนื่องจากสื่อที่มีความชัดเจนมากกว่าทำให้ผู้รับสารสามารถจดจำเรื่องราวได้มากกว่าจึงทำให้เขานำเรื่องราวที่จำได้นั้นไปปฏิบัติตามได้มากกว่าสื่อที่ไม่มีความชัดเจน (Bettman et al., 1986) นอกจากนี้ การสื่อสารที่มีความโดดเด่น (explicitness) ยังส่งผลต่อเนื้อหาด้วยคือช่วยให้คนมองว่าเนื้อหาที่น่าเสนอมีความชัดเจน มีความตรงไปตรงมาและทำให้คนรับรู้และเข้าใจความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย (Bruan, et al., 1995; Bruan and Shaver, 1999; Martin, 2000)

- ด้านวัฒนธรรม

10. **ภูมิหลังทางวัฒนธรรม (cultural background)** กรอบทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อมนุษย์ในการมองโลกและหล่อหลอมความเข้าใจความเป็นจริงรอบตัวและรวมทั้งมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว เช่น ชาวตะวันตกมีวิธีการตอบสนองทางอารมณ์ที่เด็ดขาดและรุนแรงกว่าชาวจีน (Zhou & Bishop, 2012) วัฒนธรรมจึงมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมอย่างแยกกันไม่ออก การที่มนุษย์มีกรอบการรับรู้ความเสี่ยงเช่นไรจึงเป็นสิ่งที่ได้รับการส่งสมมาเป็นเวลายาวนานจากวัฒนธรรมที่เขาอยู่จึงส่งผลให้มนุษย์ปฏิบัติตนในแบบที่สอดคล้องกับกรอบการรับรู้ของเขา (Douglas & Wildavsky, 1982; Smith-Jackson, 2006) ดังนั้น แม้ว่าบุคคลมองว่ากิจกรรมบางอย่างมีความเสี่ยงสูงแต่ก็ยอมรับความเสี่ยงบางอย่างได้เพราะอิทธิพลทางวัฒนธรรมเช่นคนชอบเข้าหาความเสี่ยงจะรู้สึกว่าการเลือกกิจกรรมโลดโผนน่ากลัวแต่อย่างไรก็ตาม แต่มองว่าทำหาย น่าตื่นเต้น เป็นต้น เช่น ชาวอเมริกันมีแนวโน้มเข้าหาความเสี่ยงจึงยอมรับความเสี่ยงได้มากกว่าชาวญี่ปุ่น (Cook et al., 2005) วัฒนธรรมจึงมีอิทธิพลต่อการมองความเสี่ยงและการเลือกกิจกรรมที่อันตรายในวิถีชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม การที่มนุษย์เป็นสมาชิกของหลายกลุ่มทางวัฒนธรรมมีแนวโน้มได้รับอิทธิพลทางวัฒนธรรมหลายกลุ่มในเวลาเดียวกันจึงอาจทำให้ระบุได้ยากว่าพฤติกรรมใดเป็นผลโดยตรงจากกลุ่มวัฒนธรรมใด (Fuller & Vassie, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาพร้อมกับทฤษฎีที่นำมาเป็นกรอบในการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรม วรรณกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ ความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยงและมุมมองแนวคิดทฤษฎีการประเมินความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทฤษฎีกลุ่มวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและกลุ่มเศรษฐศาสตร์ สังคมและวัฒนธรรม จึงสรุปได้ว่าความเสี่ยงที่เป็นภัยร้ายในอนาคตที่มีความไม่แน่นอน (uncertainty) และการที่มนุษย์มองว่าโรคเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งจึงใช้ความพยายามในการคาดคะเนอนาคตเพื่อพยายามทำสิ่งใดๆ เพื่อลดความไม่แน่นอนโดยใช้ข้อเท็จจริงและมุมมองของตนในการคาดคะเนความไม่แน่นอนเพื่อตัดสินใจ

ทั้งนี้ ตัวแปรทางจิตวิทยาซึ่งนำไปสู่ทัศนคติของบุคคลดังที่กล่าวมา ซึ่งให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่นำไปสู่ทัศนคติที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรับรู้ความเสี่ยงที่แท้จริง โดยก่อให้เกิดการรับรู้ที่ผิดพลาดและประเมินโรครณีแนวโน้มคุกคามต่ำกว่าข้อเท็จจริง ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพที่ผ่านมาแม้ว่าทำด้วยความปรารถนาดีผู้รับสาร แต่ใช้แนวทางการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติการรับรู้และสถานการณ์โรคไม่ติดต่อด้วยการเน้นควบคุมเสรีภาพส่วนบุคคลโดยขาดความตระหนักและใส่ใจว่าผู้รับสารในบริบทสุขภาพรับรู้ความเสี่ยงอย่างไร จึงส่งผลให้ยังไม่อาจสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากนักทำให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ต้องสื่อสารไปยังประชาชนยังไม่สามารถก้าวข้ามกำแพงการรับรู้ดังกล่าวได้โดยง่าย

ทั้งนี้ จากการทบทวนที่ผ่านมาพบว่าความเสี่ยงอันประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 2 ด้านคือ ภัยร้าย (hazard) และแนวโน้ม (probability) นั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัวแปรที่ทบทวนข้างต้นทั้ง 10

ตัวแปรที่สอดคล้องตรงกับลักษณะขององค์ประกอบของความเสี่ยทั้ง 2 ด้านมาใช้เป็นตัวแปรที่ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยครั้งนี้ 5 ตัวได้แก่

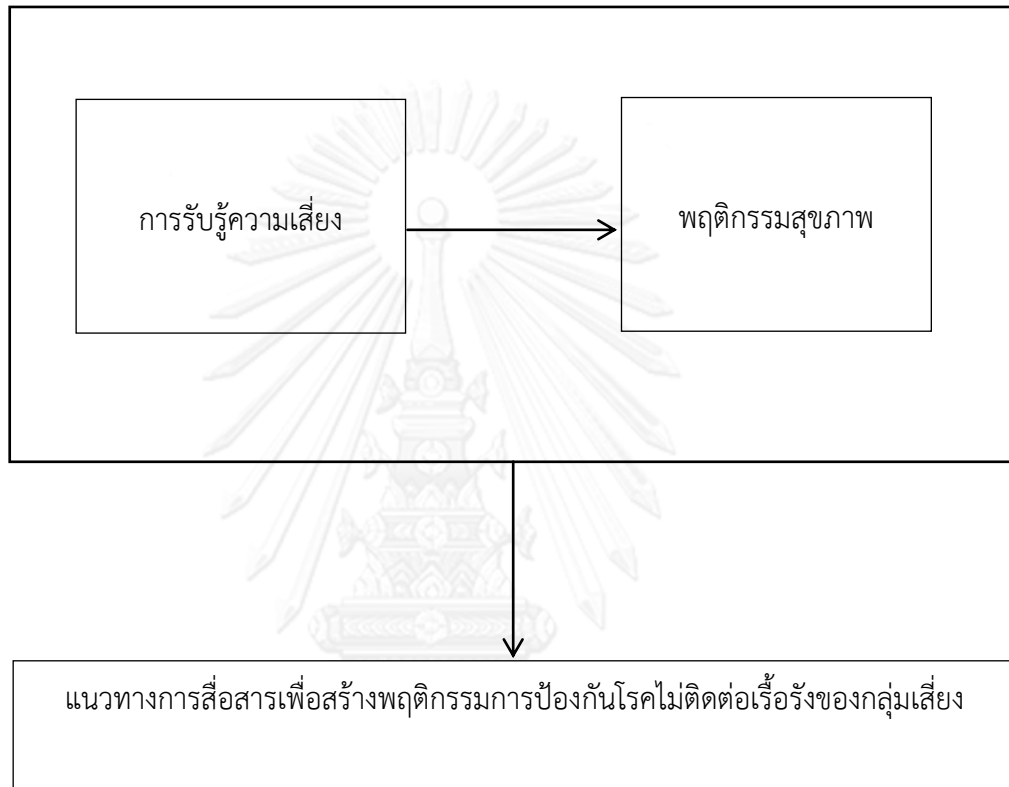
องค์ประกอบด้านภัยร้าย (hazard) คือองค์ประกอบของความเสี่ยในด้านที่สะท้อนถึงความร้ายแรง (severe) ตัวแปรที่สอดคล้องคือความน่ากลัว (dread) และประโยชน์ (benefit) ซึ่งปรับชื่อเป็นตัวแปรความสูญเสีย (loss) ให้ตรงกับการศึกษาและสื่อความหมายได้ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้ ตัวแปรทั้งสองตัวนี้ด้วยตัวมันเองสะท้อนถึงความรุนแรงของภัยร้ายหรือโรค เช่น อาการที่รุนแรงถึงตายจริงๆ กับความรู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงและน่ากลัว หรือมีความสูญเสียเป็นรูปธรรมเช่น เงินค่ารักษาโรค หรือรู้สึกถึงความสูญเสียบางสิ่งเช่นความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เป็นต้น

องค์ประกอบด้านแนวโน้ม (probability)) คือองค์ประกอบของความเสี่ยในด้านที่สะท้อนถึงความไม่แน่นอน (uncertainty) ประกอบด้วยตัวแปร 2 กลุ่มย่อยคือกลุ่มย่อยที่ 1 เป็นกลุ่มที่สะท้อนการคุกคาม (threat) หมายถึงตัวแปรที่มีลักษณะความเป็นไปได้ในการกระทบกับตน ได้แก่ แนวโน้มเกิดกับตน (possibility of personal nearness/proximity) ปรับชื่อเป็นความใกล้ (nearness) หมายถึงความรู้สึกว่าตนเองอาจจะเป็นโรคซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ว่าคุณมีปัจจัยเสี่ยที่เห็นชัดเป็นรูปธรรมเช่นกรรมพันธุ์ อาการ และเคยถูกวินิจฉัย เป็นต้น กับด้านที่เป็นความรู้สึกเช่นเป็นความรู้สึกเล็กๆ ในใจว่าในอนาคตตนเองอาจจะเป็นโรค ส่วนความคุ้นเคย (familiarity) เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอาจเป็นประสบการณ์ทางตรงหรือทางอ้อมเช่นรู้เห็นว่ามีโรคปรากฏกับคนในสังคมอย่างแพร่หลาย เป็นต้น สองส่วนนี้สร้างการรับรู้ว่าการที่มีอาการใกล้เคียงหรือมีคนอื่นเป็นโรคกันแพร่หลายแสดงถึงความถี่ในการเกิดโรคสูงทำให้เล็งเห็นถึงแนวโน้มว่าจะเกิดกับตนขึ้นสักวันหนึ่งก็เป็นได้ เป็นต้น ส่วนตัวแปรกลุ่มย่อยที่ 2 คือตัวแปรด้านการควบคุมได้ (controllability) เป็นกลุ่มที่สะท้อนการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยต่อโรค การควบคุมนี้ประกอบด้วย 2 มิติคือ การควบคุมได้ด้วยตนเอง (controllability by myself) หมายถึงการเกิดโรคอยู่ภายใต้การควบคุมของเราหรือคนอื่นสิ่งอื่นที่พ้นจากการเป็นผู้กระทำของเรา เช่น ยีน กรรม ชะตาชีวิตกำหนดมา เป็นต้น

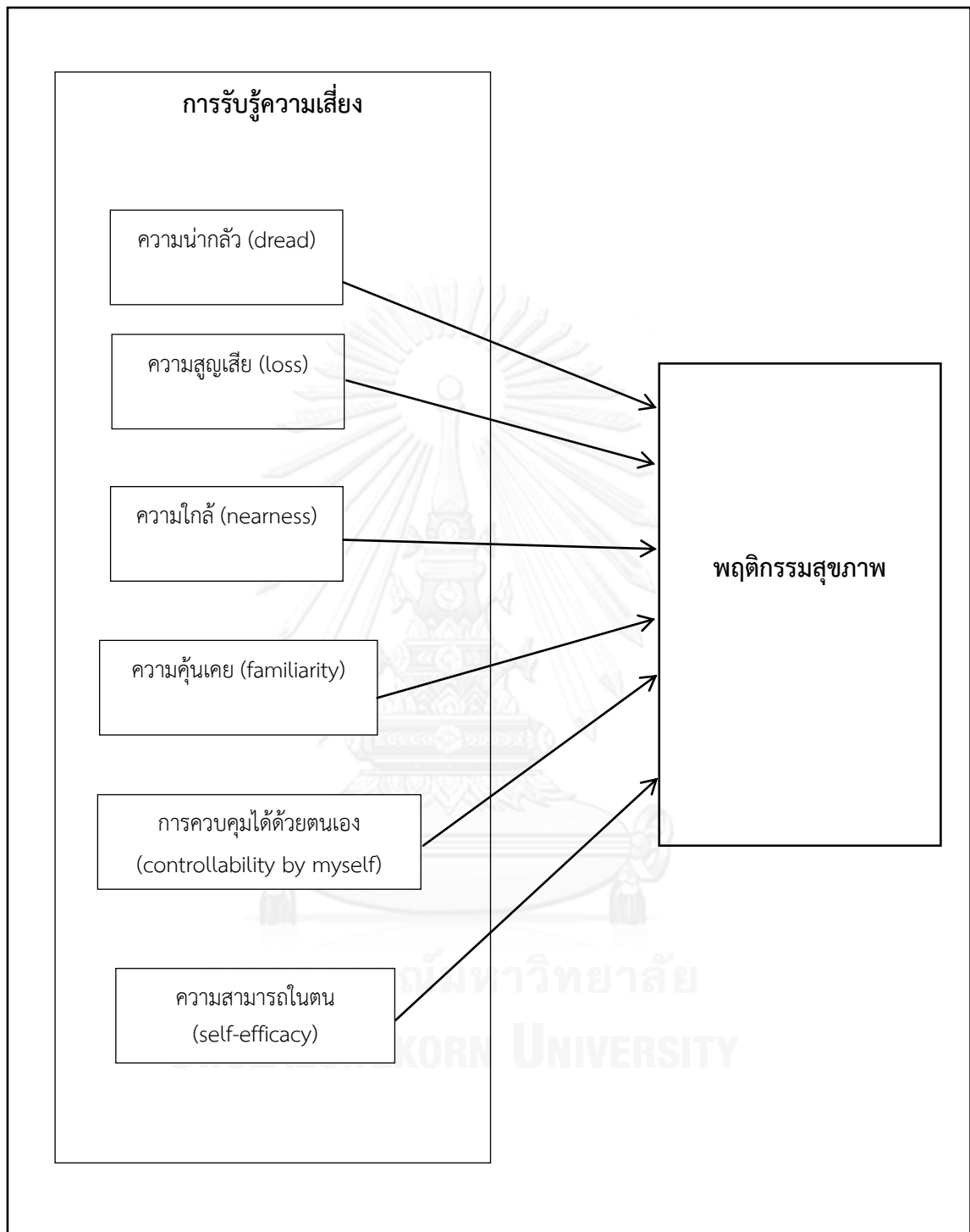
ส่วนตัวแปรที่ 6 คือตัวแปรสำคัญยิ่งที่เป็นเงื่อนไขจำเป็นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมในสถานการณ์จริงซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวถึงในตอนต้นของบทนี้คือการรับรู้ความสามารถของตนในการทำพฤติกรรมแม้ว่ามีอุปสรรคขัดขวาง (self-efficacy) ปรับชื่อเป็นความมั่นใจ กล่าวคือหากโรคอยู่ในความควบคุมของตัวเราแล้วเรามีความมั่นใจในปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์จริงที่อาจมีอุปสรรครูปแบบต่างขัดขวางหรือไม่

ทั้งนี้ ตัวแปรที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้ามาศึกษาคือตัวแปรที่ไม่ตรงกับลักษณะขององค์ประกอบความเสี่ยทั้งสองด้านดังที่กล่าวมา แต่เป็นตัวแปรพื้นฐานที่สำคัญยิ่งในการศึกษาและวิเคราะห์การรับรู้และพฤติกรรมจัดการความเสี่ยในบริบทสุขภาพได้แก่ ความสมัครใจ (voluntariness) การเกิดผลช้า (delayed effect/chronic) ความเชื่อถือหรือความไว้วางใจ (trust) ความชัดเจน

(vividness) และภูมิหลังทางวัฒนธรรม (cultural background) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบการวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2.3 สรุปกรอบการวิจัยใหญ่



ภาพที่ 2.4 กรอบการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่องอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารสุขภาพเชิงป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง เป็นการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 โรคคือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจ และนำปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อความส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันและศึกษาอิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) คือ การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ร่วมกับวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงสำรวจ

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลในการใช้ชีวิตประจำวันเช่นการใช้กำลังกายน้อยลงเนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตและการทำงาน การกินอาหารที่มีเส้นใยในปริมาณน้อย การกินอาหารที่ผ่านการปรุงแต่งมาก การได้รับพิษในรูปแบบต่างๆ การมีความเครียด เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่อยู่แทรกอยู่ในวิถีชีวิตประจำวันของประชากรในเขตเมืองใหญ่ ดังนั้นประชากรสำหรับการศึกษานี้จึงเป็นผู้ที่อยู่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลส่วนกลุ่มตัวอย่างคือผู้มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัย โดยปัจจัยเสี่ยงคือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค มี 2 กลุ่มได้แก่ 1) ปัจจัยทางกายภาพ (physical factors) และผลการตรวจวัดสภาวะสุขภาพ (health status) ที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน 2) มีพฤติกรรมสุขภาพไม่สมดุล ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจมีดังนี้

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มที่ 1 ปัจจัยทางกายภาพ (physical factors) และผลการตรวจวัดสภาวะสุขภาพ (health status) ที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่

- อายุ 50 ปีขึ้นไป
- มีญาติเป็นโรคมะเร็งอื่นๆ หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่
- ขนาดรอบเอวมากกว่า 36 นิ้วในเพศชาย และ 32 นิ้วในเพศหญิง
- มีอาการใกล้เคียงกับอาการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เคยตรวจส่องกล้อง เคยผ่าตัดลำไส้ใหญ่

ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพไม่สมดุลในกลุ่มพฤติกรรมกรกิน กลุ่มพฤติกรรมกรรับพิษ กลุ่มพฤติกรรมกรใช้กำลังกายระดับปานกลางและการจัดการความเครียด

ทั้งนี้ โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและความไม่แน่นอนสูงการค้นคว้าองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่พบความชัดเจนว่าสาเหตุเกิดจากอะไร แต่จากการรวบรวมจากผู้เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงข้างต้น อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้ที่มีปัจจัยดังกล่าวทุกคนจะป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

โรคหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มที่ 1 ปัจจัยทางกายภาพ (physical factors) และผลการตรวจวัดสภาวะสุขภาพ (health status) ที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่

- เพศหญิง
- มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
- มีญาติเป็นโรคหัวใจ และโรคในกลุ่มโรคหลอดเลือด
- มีขนาดรอบเอวมากกว่า 36 นิ้วในเพศชาย และ 32 นิ้วในเพศหญิง
- มีภาวะน้ำหนักเกินคือค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อเมตร² หรือมีภาวะอ้วนคือค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อเมตร²
- มีระดับไขมันรวม (total cholesterol) ในเลือดมากกว่า หรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/dl
- มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 dl
- มีระดับความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
- กินฮอร์โมนหรือได้รับยากุมกำเนิดนานกว่า 5 ปี

ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพไม่สมดุลในกลุ่มพฤติกรรมกรกิน กลุ่มพฤติกรรมกรรับพิษ กลุ่มพฤติกรรมกรใช้กำลังกายระดับปานกลางและการจัดการความเครียด

กลุ่มตัวอย่างของการสำรวจนี้คือกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกตามสะดวก (convenience sampling) จากการคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงข้างต้นโดยวิธีสังเกตลักษณะทางกาย (เช่น เพศ อายุ รอบเอว) และถามคำถามคัดกรอง (เช่น มีญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ ชอบกินอาหารไขมันสูงหรือไม่ เป็นต้น) และเป็นผู้ที่ยินดีให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งจำนวน 400 คน การรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจ 400 คน รวม 800 คน กำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และกำหนดความน่าเชื่อถือที่ร้อยละ 95

แนวคิดในการสร้างเครื่องมือ จากการทบทวนวรรณกรรมด้านความเสี่ยงและด้านการรับรู้ ความเสี่ยงพบว่าความเสี่ยงเป็นความจริงที่ประกอบด้วย 2 ด้านคือ ความเสี่ยงที่เป็นข้อเท็จจริง (objective risk) กับความเสี่ยงที่เป็นความหมาย/ความรู้สึกของมนุษย์ (subjective risk) ดังนั้นในการสร้างเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงในงานวิจัยนี้จึงประกอบด้วย 2 ส่วนนี้ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง (risk factor perception) เพื่อเก็บข้อมูลการรับรู้ด้านที่เป็นข้อเท็จจริง ข้อคำถามในส่วนนี้จึงเป็นข้อคำถามที่มีความเป็นรูปธรรม นับได้ชัดเจน จึงเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลผลตรวจร่างกายที่บ่งชี้สภาวะสุขภาพ เช่น อายุ เพศ ค่าดัชนีมวลกาย (เก็บจากส่วนสูงและน้ำหนัก) ค่าไขมันรวม ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำในปัจจุบัน เป็นต้น

2) การรับรู้ความเสี่ยง (risk perception) เพื่อเก็บข้อมูลการรับรู้ด้านความรู้สึกที่มีต่อโรค ดังนั้นข้อคำถามในส่วนนี้จึงเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้ตอบว่ามีความรู้สึกต่อโรคอย่างไรมากน้อยเพียงใดตามกรอบตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง 2 ส่วน ได้แก่ 1) การรับรู้ภัยร้าย (perceived hazard) ประกอบด้วยการรับรู้ความน่ากลัว (perceived dread) และการรับรู้การสูญเสีย (perceived loss) 2) การรับรู้แนวโน้ม (perceived probability) ประกอบด้วยการรับรู้ความใกล้ (perceived nearness) การรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity) และการรับรู้การควบคุมได้ (perceived controllability) และการรับรู้ความสามารถในตน (self-efficacy) ดังสรุปตามตารางที่ 3.1 และ 3.2

ตารางที่ 3.1 แสดงตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่จำแนกตามองค์ประกอบการรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ความเสี่ยงที่เป็นข้อเท็จจริง (objective risk)	ความเสี่ยงที่เป็นความหมาย/ความรู้สึกของมนุษย์ (subjective risk)
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงทางกาย อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย, รอบเอว อาการใกล้เคียง ประวัติครอบครัว ประวัติการตรวจรักษา พฤติกรรมสุขภาพ	การรับรู้ความเสี่ยง ภัยร้าย (hazard) <ul style="list-style-type: none"> - ความน่ากลัว (dread) - ความสูญเสีย (loss) แนวโน้ม (probability) <ul style="list-style-type: none"> <i>การคุกคาม (threat)</i> - ความใกล้ (nearness) - ความคุ้นเคย (familiarity) <i>การควบคุมได้ (controllability)</i>

ความเสี่ยงที่เป็นข้อเท็จจริง (objective risk)	ความเสี่ยงที่เป็นความหมาย/ความรู้สึกของมนุษย์ (subjective risk)
1. การกินผักผลไม้ธัญพืชและผักพื้นบ้าน 2. การกินอาหารไขมันต่ำ 3. การกินอาหารไขมันสูง 4. การกินอาหารปนเปื้อนสารปรุงแต่ง/ถนอม อาหาร/โซเดียม 5. การรับสารก่อมะเร็ง/รับพิษ 6. การออกกำลังกาย	<ul style="list-style-type: none"> - การควบคุมได้ด้วยตนเอง (controllability by myself) - ความสามารถในตน (self-efficacy)

ตารางที่ 3.2 แสดงตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่จำแนกตามองค์ประกอบการรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจ

ความเสี่ยงที่เป็นข้อเท็จจริง (objective risk)	ความเสี่ยงที่เป็นความหมาย/ความรู้สึกของมนุษย์ (subjective risk)
โรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงทางกาย อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย, รอบเอว อาการใกล้เคียง การกินฮอริโมน การกินยาคุม ประวัติครอบครัว ประวัติการตรวจรักษา โรคประจำตัวที่นำไปสู่โรคหัวใจ -โรคเบาหวาน -ไขมันสูง -ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ 1. การกินผักผลไม้และธัญพืช 2. การกินอาหารไขมันต่ำ 3. การกินอาหารไขมันสูง 4. การกินอาหารปนเปื้อนสารปรุงแต่ง/ถนอม อาหาร/โซเดียม 5. การรับพิษ	การรับรู้ความเสี่ยง ภัยร้าย (hazard) <ul style="list-style-type: none"> - ความน่ากลัว (dread) - ความสูญเสีย (loss) แนวโน้ม (probability) <i>การคุกคาม (threat)</i> <ul style="list-style-type: none"> - ความใกล้ (nearness) - ความคุ้นเคย (familiarity) <i>การควบคุมได้ (controllability)</i> <ul style="list-style-type: none"> - การควบคุมได้ด้วยตนเอง (controllability by myself) - ความสามารถในตน (self-efficacy)

ความเสี่ยงที่เป็นข้อเท็จจริง (objective risk)	ความเสี่ยงที่เป็นความหมาย/ความรู้สึกรู้สึกของมนุษย์ (subjective risk)
6.การออกกำลังกาย	
7.การกินอาหารหวาน	

- เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ หลัก รายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย ทั้งนี้ แบบสอบถามในส่วนที่ 1 ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และของโรคหัวใจมีข้อความทุกข้อเหมือนกัน

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง อาการและปัจจัยเสี่ยง และข้อความด้านการรับรู้ความเสี่ยง 6 ตัวแปร คือ การรับรู้ความใกล้ การรับรู้การเสียประโยชน์ การรับรู้ความน่ากลัว การรับรู้ความคุ้นเคย การรับรู้การควบคุมได้ด้วยตนเอง การรับรู้ความมั่นใจ

ทั้งนี้ แหล่งที่มาของข้อความแต่ละส่วนมีดังนี้

ตารางที่ 3.3 แหล่งที่มาของเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวแปร	แหล่งที่มา
พฤติกรรมสุขภาพ	http://www.thaicancerrisk.com/Disclaimer.aspx กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553) (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2554)
อาการและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งและโรคหัวใจ	http://www.thaicancerrisk.com/Disclaimer.aspx กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
การรับรู้ความใกล้ (perceived nearness)	Witt, Cameron, McKeon & Berkowitz (1996)
การรับรู้การสูญเสีย (perceived loss)	Champion (1984)
การรับรู้ความน่ากลัว (perceived dread)	Green, Robin, Hale & Walters (1996) Tovar, Rayens, Clark, & Nguyen, 2010 Witt, Cameron, McKeon & Berkowitz (1996)
การรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity)	McBride et al. (2009) และ Ashida et al., 2012
การรับรู้การควบคุมได้ (perceived control)	

ตัวแปร	แหล่งที่มา
controllability) การรับรู้การควบคุมได้ด้วยตนเอง (perceived control by myself not others)	Zukerman, Knee, Kieffer, Rawsthorne, and Bruce (1996)
การรับรู้ความสามารถในตน (perceived self-efficacy)	Bandura (Bandura, 1986)

ทั้งนี้ ข้อคำถามที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับเรื่องที่กำลังศึกษาซึ่งขึ้นคือ ข้อคำถามด้านพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็ง ได้แก่การกินผักพื้นบ้านไทยและการจัดการความเครียด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังปรับตัวอย่างอาหารให้เป็นแบบไทยและเพิ่มตัวอย่างในกลุ่มอาหารให้เข้ากับบริบทสังคมเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างนึกคำตอบได้ง่ายขึ้น

- ความเที่ยงของเครื่องมือวัด

ข้อคำถามที่เลือกมาส่วนใหญ่มีค่าความเชื่อมั่นสูง แต่จากการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยทดสอบแบบสอบถาม (pre-test) กับผู้มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับประชากรซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างจริงโรคละ 30 คนรวม 60 คน ผลการทดสอบเครื่องมือด้วยสถิติ Cronbach's alpha พบว่า มีข้อคำถามตัวแปรการรับรู้การควบคุมได้ (perceived controllability by myself) ที่ได้ค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่า .60 (กรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ .086 กรณีโรคหัวใจได้.122) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามและปรับภาษาโดยคงประเด็นที่ต้องการวัดไว้ให้มากที่สุดและทดลองใช้อีกครั้งหนึ่งกับกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกับการทดสอบครั้งแรกโรคละ 30 คนรวม 60 คนพบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นสูงขึ้น ภาพรวมพบว่าหลังจากปรับปรุงเครื่องมือแล้วข้อคำถามส่วนใหญ่มีค่าสถิติเกินเกณฑ์ถึงค่อนข้างสูง ค่าความเชื่อมั่นหลังจากปรับปรุงเครื่องมือและทดลองใช้เป็นดังนี้

ตารางที่ 3.4 แสดงค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของข้อคำถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวแปร	ค่า Cronbach's Alpha
พฤติกรรมสุขภาพ (healthy/unhealthy behaviors)	0.760
การรับรู้ความใกล้ (perceived nearness)	0.947
การรับรู้การสูญเสีย (perceived loss)	0.792
การรับรู้ความน่ากลัว (perceived dread)	0.740
การรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity)	0.901
การรับรู้การควบคุมได้ด้วยตนเอง (perceived controllability by myself)	0.914

การรับรู้ความสามารถในตน (perceived self-efficacy)	0.838
---	-------

ตารางที่ 3.5 แสดงค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของข้อคำถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจ

ตัวแปร	ค่า Cronbach's Alpha
พฤติกรรมสุขภาพ (healthy/unhealthy behaviors)	0.824
การรับรู้ความใกล้ (perceived nearness)	0.953
การรับรู้การสูญเสีย (perceived loss)	0.929
การรับรู้ความน่ากลัว (perceived dread)	0.796
การรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity)	0.918
การรับรู้การควบคุมได้ด้วยตนเอง (perceived controllability by my self)	0.856
การรับรู้ความสามารถในตน (perceived self-efficacy)	0.875

- ความตรงของเครื่องมือวัด

ผู้วิจัยทำการทดสอบความตรงของเครื่องมือวัด (face validity) โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องกับเนื้อหา ความครอบคลุมตัวแปรที่จะวัด ตลอดจนความครอบคลุมของข้อคำถามที่จะวัดในประเด็นต่างๆ นอกจากนี้ ยังตรวจสอบความเข้าใจข้อคำถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อคำถามแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความเข้าใจว่าตรงกับความหมายที่ผู้วิจัยต้องการวัดหรือไม่ ทั้งนี้ คำถามส่วนใหญ่ได้นำมาจากเครื่องมือวัดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายดังนั้นจึงมีความตรงในระดับหนึ่ง

มาตรวัดและเกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือกคำตอบของข้อคำถามด้านพฤติกรรมเสี่ยงและการรับรู้ความเสี่ยงมีความถี่ 5 ระดับ พฤติกรรมเสี่ยง ใช้มาตรวัดระดับความถี่ 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคย = 1 คะแนน

น้อย = 2 คะแนน

ปานกลาง = 3 คะแนน

บ่อย = 4 คะแนน

บ่อยมาก = 5 คะแนน

การรับรู้ความใกล้ (perceived nearness) ใช้มาตรวัดระดับความถี่เห็นด้วย 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ 3 คะแนน

เห็นด้วย 4 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

การรับรู้การสูญเสีย (perceived loss) ใช้มาตรวัดระดับความชัดเจน 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

น้อยที่สุด 1 คะแนน

น้อย 2 คะแนน

ปานกลาง 3 คะแนน

มาก 4 คะแนน

มากที่สุด 5 คะแนน

การรับรู้ความน่ากลัว (perceived dread)) ใช้มาตรวัดระดับความเห็นด้วย 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ 3 คะแนน

เห็นด้วย 4 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

การรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity) ใช้มาตรวัดระดับความคุ้นเคย 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

ไม่เคย 1 คะแนน

น้อย 2 คะแนน

ปานกลาง 3 คะแนน

ค่อนข้างบ่อย 4 คะแนน

บ่อย 5 คะแนน

การรับรู้การควบคุมได้ด้วยตนเอง (perceived controllability by myself) ใช้มาตรวัดระดับความเห็นด้วย 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ 3 คะแนน

เห็นด้วย 4 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

การรับรู้ความสามารถในตน (perceived self-efficacy) ใช้มาตราวัดระดับความเห็นด้วย 5 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ 3 คะแนน

เห็นด้วย 4 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

- การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงสำรวจด้วยแบบสอบถาม ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ (SPSS) ใช้สถิติต่างๆ ในการจัดการข้อมูลเชิงปริมาณตามลำดับดังนี้ :

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) คือค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) แจกแจงความถี่ (frequency) ของตัวแปรต่างๆ เพื่อรายงานข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยง ใช้สถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson Correlation เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยง

วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระหลายตัวที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยง

การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางด้วยสถิติ (3-way ANOVA) เพื่อหาอิทธิพลร่วมของตัวแปรหลายตัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

หลังจากได้ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงในด้านการรับรู้ความสามารถในตน (perceived self-efficacy) ไปใช้เป็นแนวทางการสื่อสารโดยสร้างเป็นข้อความในสื่อโปสเตอร์ขนาดเอ 3 เนื่องจากพบว่าในกรณีโรคมะเร็ง self-efficacy เป็นตัวแปรสำคัญที่เป็นเงื่อนไขของตัวแปรการรับรู้ความน่ากลัว (perceived dread) และตัวแปรการรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity) แล้วจึงมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรม ส่วนกรณีโรคหัวใจพบว่า self-efficacy มีได้เป็นเงื่อนไขกับตัวแปรอื่นแต่ก็มีอิทธิพลสูงสุดต่อการเกิดพฤติกรรม ดังนั้นตัวแปร self-efficacy จึงถูกคัดเลือกมาใช้เป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันของทั้ง 2 กรณีศึกษา

เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาแนวทางการสื่อสาร (ตัวข้อความ) ว่ามีอิทธิพลหรือไม่ต่อทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันตามทฤษฎี TPB จึงนำไปสร้างสื่อ 2 แบบ (สื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แบบที่ 1 มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน และแบบที่ 2 ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน) และสื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ 2 แบบ (แบบที่ 1 มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน และแบบที่ 2 ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน) รวม 4 ชิ้นงานโดยนำพฤติกรรมที่มีค่าความสัมพันธ์ (r) สูงกับการรับรู้ความเสี่ยงมาเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริม ได้แก่ พฤติกรรมการกินอาหารไขมันต่ำ การกินผักผลไม้และธัญพืช และการใช้กำลังกายระดับปานกลาง

เมื่อพัฒนาชิ้นงานสื่อแล้ว ผู้วิจัยนำสื่อไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (รองศาสตราจารย์ ดร.สรารุช อนันตชาติ) และอาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาให้ความเห็นจากนั้นจึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูล

โดยในส่วนนี้ ผู้วิจัยต้องการทราบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความรู้สึกและความคิดเห็นอย่างไรต่อสื่อทั้ง 2 แบบดังกล่าวจึงเก็บข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นคงและความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) และใช้วิธี snow ball technique เพื่อให้ได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง

- ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ต้องการคือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโดยมีปัจจัยเสี่ยงดังที่กล่าวข้างต้นอย่างน้อย 2 ปัจจัย และเป็นผู้ที่มีความยินดีให้สัมภาษณ์รวมทั้งสามารถให้พูดคุยแสดงความคิดเห็นของตนเองที่มีต่อแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรค ตลอดจนสามารถแสดงความคิดเห็นต่อพฤติกรรมของตนเองได้

ผู้วิจัยกำหนดเก็บข้อมูลกรณีศึกษาละ 10 ราย รวม 20 ราย แต่เมื่อเก็บข้อมูลจริงมีผู้แสดงความยินดีในการให้ข้อมูลรวม 23 คน แบ่งเป็นกรณีศึกษาโรคมะเร็ง 10 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2 คน หญิง 8 คน ส่วนกรณีศึกษาโรคหัวใจ 13 คน แบ่งเป็นเพศชาย 3 คน หญิง 10 คน

- เครื่องมือเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการระบุปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งใช้เป็นแนวคำถามเจาะลึกในรายละเอียดแต่ละประเด็นเช่นพฤติกรรมการกิน การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลลงในแบบสัมภาษณ์ดังกล่าว ทั้งนี้ แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างที่ใช้เก็บข้อมูลกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผู้วิจัยนำมาจากโปรแกรมประเมินความเสี่ยงโรคมะเร็งด้วยตนเองซึ่งเป็นเว็บไซต์ที่เปิดให้บริการแก่ประชาชน (<http://www.thaicancerrisk.com/Disclaimer.aspx>) จัดทำโดยศูนย์วิจัยมะเร็งสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ส่วนแบบ

สัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างสำหรับเก็บข้อมูลกับกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจนำมาจากคู่มือเก็บข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553) (ดูภาคผนวก) ทั้งนี้ แบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุดเป็นเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบปรับปรุงให้เหมาะสมกับการเก็บข้อมูลกับกลุ่มเสี่ยงชาวไทยและใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มเสี่ยงชาวไทยมาแล้วจึงถือเป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อถือได้

- วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลดังกล่าวในการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคล เพื่อได้ข้อมูลส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยง บริบทแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และความรู้สึกว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคหรือไม่อย่างไร จากนั้นนำโปสเตอร์ทั้งสองแบบ (ที่มีกับไม่มีข้อความเสริมความสามารถในตน) มาให้ผู้ให้สัมภาษณ์พิจารณาแล้วแสดงความคิดเห็นว่าข้อความเสริมความสามารถในตนทำให้ตนเองรู้สึกอย่างไร และรู้สึกว่าจะป้องกันโรคอย่างที่ต้องการบอกหรือไม่ เพราะเหตุใด โดยเน้นให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาข้อความเสริมความสามารถในตนและเปรียบเทียบความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการอ่านโปสเตอร์ที่มีข้อความเสริมความสามารถในตนกับโปสเตอร์ที่ไม่มีข้อความเสริมความสามารถในตน

- วิธีการวิเคราะห์และนำเสนอ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปจากข้อมูล (Grounded Theory) และนำเสนอเชิงพรรณนา (descriptive analysis) ร่วมกับตารางสรุปประเด็น

สำหรับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสรุปดังตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอน	การดำเนินงาน
1. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพ ทฤษฎีความเสี่ยงในกระบวนการทัศน์ต่างๆ การรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคมะเร็ง และตัวแปรทางจิตวิทยา	1. สังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
2. ทบทวนวรรณกรรม สร้างแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง 2 ชุด -แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็ง -แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจ	2. ตรวจสอบเครื่องมือโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ -ทดสอบเครื่องมือ กรณีศึกษาละ 30 ตัวอย่าง -ทดสอบค่าความเชื่อมั่น -ปรับแก้ข้อคำถามในบางตัวแปร -ทดสอบเครื่องมือ ครั้งที่ 2 กรณีศึกษาละ 30 ตัวอย่าง -ทดสอบค่าความเชื่อมั่นครั้งที่ 2 -ปรับแบบสอบถามพร้อมสำหรับนำไปใช้จริง
3. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการสำรวจกลุ่มเสี่ยง 2 โรครวม 800 คน (1) โรคหัวใจ 400 คน (2) โรคมะเร็ง 400 คน	3. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ - สหสัมพันธ์ (Correlation) - ถดถอยพหุ (Multiple Regression) - 3 way ANOVA - พิจารณาคัดเลือกตัวแปรสำคัญที่ได้จากผลการวิเคราะห์
4. สร้างชิ้นงานสื่อโดยใช้ตัวแปรสำคัญมาเป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4. ประสานงาน ควบคุมการผลิตชิ้นงาน และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา
5. ปรับปรุงเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	5. ค้นหาและปรับปรุงเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง
6. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ : ทัศนคติของกลุ่มเสี่ยงสูง 23 รายที่มีต่อแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกัน - โรคมะเร็ง 10 คน - โรคหัวใจ 13 คน	6. สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเสี่ยงสูง
7. สร้างองค์ความรู้การรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจและโรคมะเร็งในประเทศไทย	7. วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปผลและเขียนรายงานการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารสุขภาพเชิงป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง เป็นการนำกรอบทฤษฎีการตัดสินใจในสภาวะความเสี่ยงมาประยุกต์ในการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงในบริบทสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อหาแนวทางการสื่อสารเชิงป้องกันที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยงและผลที่เกิดจากแนวทางการสื่อสารดังกล่าว ดังนั้นเพื่อตอบโจทย์ดังกล่าวผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อแสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเพื่อทราบลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเห็นความสัมพันธ์และให้ได้ตัวแปรการรับรู้ที่มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งจะนำตัวแปรนั้นมาใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารเชิงป้องกันที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงสูงทั้ง 2 กรณีศึกษา เพื่อได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความรู้สึกลงและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอันเป็นผลจากแนวทางการสื่อสารเชิงป้องกัน (ข้อความกระตุ้นความสามารถในตน)

โดยในส่วนต่อจากนี้เป็นต้นไป ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 1 ผลวิจัยเชิงปริมาณ แล้วจึงนำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 2 ผลวิจัยเชิงคุณภาพ ตามลำดับ

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ผลวิจัยเชิงปริมาณ

การรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนี้ ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) คือค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) แจกแจงความถี่ (frequency) เพื่อแสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นผลการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาวิจัยประกอบด้วยผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยสถิติเชิงอ้างอิงคือสหสัมพันธ์ (correlation) เพื่อดูว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงไหนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง และเพื่อดูว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงตัวไหนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่สุดด้วยสถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทาง ในที่นี้ใช้ 3-way ANOVA ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลาย

ทางของตัวแปรต้นหลายตัวที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยง (เฉพาะกรณีโรคมะเร็ง) เพื่อค้นหาอิทธิพลเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นต่อตัวแปรตามที่วิเคราะห์ไม่พบจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุเพื่อคู่อิทธิพลของตัวแปรสำคัญว่าเป็นเงื่อนไขต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วตามด้วยกรณีโรคหัวใจดังต่อไปนี้

- กลุ่มตัวอย่างกรณีโรคมะเร็ง

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำนวนทั้งหมด 400 คน พบว่ามีเพศหญิงมากกว่าเพศชายกล่าวคือเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.0 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 44.0 เป็นเพศชาย ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	176	44.0
หญิง	224	56.0
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25 ถึง 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ อายุต่ำกว่า 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 มีอายุระหว่าง 36 ถึง 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.3 มีอายุระหว่าง 46 ถึง 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.0 มีอายุระหว่าง 56 – 65 ปี ร้อยละ 12.0 และมีอายุ 66 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1.3 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 25 ปี	93	23.3
25 - 35 ปี	133	33.3
36 - 45 ปี	61	15.3
46 - 55 ปี	60	15.0
56 - 65 ปี	48	12.0
66 ปีขึ้นไป	5	1.3
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.8) น้ำหนักอยู่ในระดับปกติ มีระดับน้ำหนักเกิน ร้อยละ 28.5 ระดับน้ำหนักน้อยเกินไป ร้อยละ 14.5 และโรคอ้วน ร้อยละ 5.3 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามระดับน้ำหนัก

ระดับน้ำหนัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนักน้อยเกินไป	58	14.5
น้ำหนักปกติ	207	51.8
น้ำหนักเกิน	114	28.5
โรคอ้วน	21	5.3
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.3) มีสถานภาพโสด รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 39.5 และสถานภาพอื่นๆ ร้อยละ 0.3 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โสด	241	60.3
สมรส	158	39.5
อื่นๆ	1	0.3
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.3) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมา มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ร้อยละ 12.8 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าปวช. ร้อยละ 12.3 มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าปวส. ร้อยละ 8.8 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 7.5 และระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 5.5 ตามลำดับดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	22	5.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	7.5
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าปวช.	49	12.3
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าปวส.	35	8.8
ปริญญาตรี	213	53.3
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	51	12.8
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ส่วนใหญ่ เป็นพนักงานบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาคือ นิสิต/ นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.5 เจ้าของธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 13.3 ข้าราชการ/พนักงานหน่วยงานของรัฐ /รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 9.0 และ ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 8.8 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พนักงานบริษัทเอกชน	115	28.8
ข้าราชการ/ พนักงานหน่วยงานของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ	36	9.0
เจ้าของธุรกิจ	53	13.3
รับจ้าง	25	6.3
ข้าราชการ หรือพนักงานเกษียณ	19	4.8
เกษตรกร	2	0.5
ค้าขาย	35	8.8
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	26	6.5
นิสิต / นักศึกษา	74	18.5
อื่นๆ	15	3.8
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย(ต่อเดือน) อยู่ระหว่าง 10,000 – 25,000 บาท โดยคิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ย 25,001 -

40,000 บาท ร้อยละ 25.3 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 22.0 มีรายได้เฉลี่ย 40,001 – 55,000 บาท ร้อยละ 9.3 และมีรายได้เฉลี่ย 55,001 ขึ้นไป ร้อยละ 5.5 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามรายได้

รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 10,000 บาท	88	22.0
10,000 – 25,000 บาท	152	38.0
25,001 – 40,000 บาท	101	25.3
40,001 – 55,000 บาท	37	9.3
55,001 บาทขึ้นไป	22	5.5
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับครอบครัวเดียว โดยคิดเป็นร้อยละ 30.3 รองลงมาอาศัยอยู่กับครอบครัวขยาย ร้อยละ 24.8 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 17.8 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 13.3 และอาศัยอยู่กับเพื่อน ร้อยละ 9.8 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ จำแนกตามการอยู่อาศัยประจำ

การอยู่อาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยู่คนเดียว	71	17.8
อยู่กับเพื่อน	39	9.8
อยู่กับพี่/ น้อง	17	4.3
อยู่กับคู่สมรส	53	13.3
อยู่กับครอบครัวเดียว	121	30.3
อยู่กับครอบครัวขยาย	99	24.8
รวม	400	100.0

- กลุ่มตัวอย่างกรณีโรคหัวใจ

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคหัวใจทั้งหมด จำนวน 400 คนพบว่าร้อยละ 60.2 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 39.8 เป็นเพศชาย ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	159	39.8
หญิง	241	60.2
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคหัวใจทั้งหมด ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 25 ถึง 35 ปี ร้อยละ 40.8 รองลงมา คือ ระหว่าง 36 ถึง 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.0 มีอายุน้อยกว่า 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.3 มีอายุระหว่าง 46 ถึง 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.0 มีอายุระหว่าง 56 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.3 และมีอายุ 66 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1.8 ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 25 ปี	61	15.3
25 - 35 ปี	163	40.8
36 - 45 ปี	84	21.0
46 - 55 ปี	56	14.0
56 - 65 ปี	29	7.3
66 ปีขึ้นไป	7	1.8
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคหัวใจทั้งหมด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.0) มีน้ำหนักอยู่ในระดับปกติ รองลงมา มีระดับน้ำหนักเกิน ร้อยละ 25.0 ระดับน้ำหนักน้อยเกินไป ร้อยละ 14.3 และโรคอ้วน ร้อยละ 3.8 ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามระดับน้ำหนัก

ระดับน้ำหนัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนักน้อยเกินไป	57	14.3
น้ำหนักปกติ	228	57.0
น้ำหนักเกิน	100	25.0
โรคอ้วน	15	3.8
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคหัวใจทั้งหมด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.8) มีสถานภาพโสด รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 44.3 และสถานภาพอื่นๆ ร้อยละ 1.0 ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โสด	219	54.8
สมรส	177	44.3
อื่นๆ	4	1.0
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคหัวใจทั้งหมด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.0) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมา มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าปวช. ร้อยละ 13.0 มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ร้อยละ 12.8 มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าปวส. ร้อยละ 8.8 ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	17	4.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	33	8.3
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าปวช.	52	13.0
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าปวส.	35	8.8
ปริญญาตรี	212	53.0
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	51	12.8

รวม	400	100.0
-----	-----	-------

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคหัวใจทั้งหมด ส่วนใหญ่ เป็นพนักงานบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ เจ้าของธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 15.5 นิสิต/ นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 13.8 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 12.8 และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 8.3 ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พนักงานบริษัทเอกชน	133	33.3
ข้าราชการ/ พนักงานหน่วยงานของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ	25	6.3
เจ้าของธุรกิจ	62	15.5
รับจ้าง	33	8.3
ข้าราชการ หรือพนักงานเกษียณ	9	2.3
ค้าขาย	51	12.8
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	21	5.3
นิสิต / นักศึกษา	55	13.8
อื่นๆ	11	2.8
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคหัวใจทั้งหมด ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย(ต่อเดือน) อยู่ระหว่าง 25,001 - 40,000 บาท โดยคิดเป็นร้อยละ 32.3 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ย 10,000 – 25,000 บาท ร้อยละ 31.3 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 18.3 มีรายได้เฉลี่ย 40,001 – 55,000 บาท ร้อยละ 10.5 และมีรายได้เฉลี่ย 55,001 ขึ้นไป ร้อยละ 7.8 ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามรายได้

รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 10,000 บาท	73	18.3
10,000 – 25,000 บาท	125	31.3
25,001 – 40,000 บาท	129	32.3
40,001 – 55,000 บาท	42	10.5
55,001 บาทขึ้นไป	31	7.8
รวม	400	100.0

จากผู้ตอบแบบสอบถามกรณีโรคหัวใจทั้งหมด ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับครอบครัวเดี่ยว โดยคิดเป็นร้อยละ 32.3 รองลงมาอาศัยอยู่กับครอบครัวขยาย ร้อยละ 23.3 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 17.0 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 14.0 และอาศัยอยู่กับเพื่อน ร้อยละ 8.8 ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ จำแนกตามการอยู่อาศัยประจำ

การอยู่อาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยู่คนเดียว	68	17.0
อยู่กับเพื่อน	35	8.8
อยู่กับพี่/ น้อง	19	4.8
อยู่กับคู่สมรส	56	14.0
อยู่กับครอบครัวเดี่ยว	129	32.3
อยู่กับครอบครัวขยาย	93	23.3
รวม	400	100.0

ในส่วนต่อไป ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์และอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อตอบคำถามวิจัยว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงใดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดจะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางการสื่อสารเชิงป้องกันต่อไป ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานดังนี้ โดยกรณีวิเคราะห์เชิงค่าใส่ใหญ่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมด้วยสถิติทั้ง 3 ตัวคือ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) การวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทาง (3-way ANOVA) ส่วนกรณีโรคหัวใจทำการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมด้วยสถิติ 2 ตัว คือ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) การวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง ทั้ง 6 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความน่ากลัว (dr) การรับรู้ความสูญเสีย (loss) การรับรู้ความใกล้ (ne) การรับรู้

ความคุ้นเคย (fa) การควบคุมได้ด้วยตนเอง (cm) และความสามารถในตน (sef) ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละด้านกับพฤติกรรมพฤติกรรมเสี่ยง (correlation efficient : r) แสดงดังตารางที่ 4.17 และสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย ในตารางที่ 4.18

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงของผู้ตอบแบบสอบถามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรม ($p \leq .05$) ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงในด้าน การรับรู้ความน่ากลัว ($r_{dr} = -.24$) การรับรู้ความคุ้นเคย ($r_{fa} = .35$) การควบคุมได้ด้วยตนเอง ($r_{cm} = 0.17$) และ ความสามารถในตน ($r_{sef} = .17$)

ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงด้าน การรับรู้การสูญเสีย และ การรับรู้ความใกล้

ตารางที่ 4.17 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรม ของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

การรับรู้ความเสี่ยง	พฤติกรรม (beh)	
	r	p
ภัยร้าย (Hazard)		
ความน่ากลัว (dr)	-.24*	.000
ความสูญเสีย (los)	.02	.711
แนวโน้ม (Probability)		
ความใกล้ (ne)	.02	.629
ความคุ้นเคย (fa)	.35*	.000
การควบคุมได้ด้วยตนเอง (cm)	.17*	.001
ความสามารถในตน (sef)	.17*	.000

* $p \leq .05$

จากตารางที่ 4.18 เมื่อพิจารณาการรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละด้านกับพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละกลุ่มย่อย พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงด้านความน่ากลัว (dr) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย ($p < 0.05$) คือ การกินผัก ผลไม้ (beh1) การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) การกินอาหารไขมันสูง (beh3) และการกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (beh4)

การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ประโยชน์ (ben) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ พฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การรับสารก่อมะเร็ง (beh5)

การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความใกล้ชิด (ne) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ พฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) และการรับสารก่อมะเร็ง (beh5)

การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความคุ้นเคย (fa) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ พฤติกรรมกลุ่มย่อย ในทุกๆกลุ่มย่อย

การรับรู้ความเสี่ยงด้าน การควบคุมได้ด้วยตนเอง (cm) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติทางสถิติกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินผัก ผลไม้ (beh1) การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) การกินอาหารไขมันสูง (beh3) และการรับสารก่อมะเร็ง (beh5)

การรับรู้ความเสี่ยงด้านความสามารถในตน (sef) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ พฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินผัก ผลไม้ (beh1) การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) และการออกกำลังกาย (beh6)

ตารางที่ 4.18 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับ พฤติกรรมกลุ่มย่อย ของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

	กินผัก ผลไม้ (beh1)	กินอาหาร ไขมันต่ำ (beh2)	กินอาหาร ไขมันสูง (beh3)	กินอาหารที่มี สารปรุงแต่ง (beh4)	รับสารก่อ มะเร็ง (beh5)	ออกกำลังกาย (beh6)
ความน่ากลัว (dr)	-.22* (.000)	-.29* (.000)	-.19* (.000)	-.12* (.017)	.09 (.070)	-.08 (.112)
ความสูญเสีย (los)	.006 (.900)	-.038 (.448)	-.007 (.887)	.000 (.994)	.126* (.012)	-.002 (.969)
ความใกล้ชิด (ne)	-.025 (.611)	-.205* (.000)	-.027 (.593)	.078 (.121)	.202* (.000)	.001 (.977)
ความคุ้นเคย (fa)	.323* (.000)	.247* (.000)	.191* (.000)	.204* (.000)	.215* (.000)	.240* (.000)
การควบคุมได้ด้วย ตนเอง (cm)	.164* (.001)	.390* (.000)	.187* (.000)	.014 (0.786)	-.122* (.015)	.092 (.066)
ความสามารถในตน (sef)	.276* (.000)	.442* (.000)	-.011 (.826)	-.065 (.197)	-.052 (.298)	.228* (.000)

* $p \leq .05$

ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่า p

ผลวิเคราะห์การถดถอย

จากการวิเคราะห์เพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละด้านกับพฤติกรรมสุขภาพ (เพื่อหาว่าการรับรู้ความเสี่ยงด้านใดส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากัน) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression) แบบ Stepwise ได้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) ดังตารางที่ 4.19

จากตาราง 4.19 ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมากที่สุด คือ ความคุ้นเคย ($\beta_{fa} = .33$) รองลงมา คือ ความน่ากลัว ($\beta_{dr} = -.21$)

ตารางที่ 4.19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบ Stepwise ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวแปร	r	b	SE	β	p
ความน่ากลัว (dr)	-.24*	-0.61	0.14	-.21	.000
ความคุ้นเคย (fa)	.35*	0.96	0.13	.33	.000

$R = .410, R^2 = .168$

* $p \leq .05$

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยพบหลักฐานและทฤษฎีที่ยืนยันหนักแน่นว่าตัวแปรความสามารถในตน (self-efficacy) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญยิ่งต่อการเกิดพฤติกรรม (Ajzen, 1985; Bandura, 1977a; Rosenstock, 1974) และผลจากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ก็พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูงสุด แต่ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบ Stepwise ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยงกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลับไม่พบตัวแปรความสามารถในตน (self-efficacy) แต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงทดสอบอิทธิพลของตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง 2 ตัว (ความน่ากลัว และความคุ้นเคย) ที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยกับตัวแปรความสามารถในตน (self-efficacy) อีกครั้งหนึ่งด้วยสถิติที่สามารถวิเคราะห์หาความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรเพื่อค้นหาว่าแปรความสามารถในตน (self-efficacy) อาจมีปฏิสัมพันธ์ซ่อนเร้นกับ

ความน่ากลัว (dr) และความคุ้นเคย (fa) ในลักษณะที่เป็นเงื่อนไขหรือไม่ ในที่นี้ใช้ 3-Way ANOVA ในการวิเคราะห์หาอิทธิพลเชิงปฏิสัมพันธ์ของ self-efficacy กับตัวแปรความน่ากลัว (dr) ความคุ้นเคย (fa) ที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยง แบ่ง 3 กลุ่ม (สูง ปานกลาง ต่ำ) โดยตัดเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 30 หัวท้าย

ผลการทดสอบด้วย 3-Way ANOVA พบว่าสอดคล้องกับหลักฐานการวิจัย ทฤษฎีตั้งที่กล่าวมาและผลสหสัมพันธ์ คือพบว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถในตน (self-efficacy) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีเงื่อนไขกับความคุ้นเคย (fa) และความน่ากลัว (dr) ดังจะรายงานผลวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ดังตารางที่ 20)

ตัวแปรความคุ้นเคย (fa) ตัวมันเองตัวเดียวมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ในที่นี้ผลมีค่าเป็นบวก ($F=19.69, p=.000$) หมายถึงการรู้เห็นหรือมีประสบการณ์มากเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก

ตัวแปรความน่ากลัว ตัวมันเองตัวเดียวส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ผลมีค่าเป็นบวก ($F=14.23, p=.000$) แสดงว่ายิ่งรู้สึกกลัวมากยิ่งทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก

ตัวแปรความสามารถในตน (sef) เมื่อรวมกับตัวแปรความคุ้นเคย (fa) ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ($F=2.40, p=.050$) หมายความว่าในกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงที่มีประสบการณ์รู้เห็นมากเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง

ตารางที่ 4.20 ผลการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรความน่ากลัว (dr) ความคุ้นเคย (fa) และความมั่นใจ (sef) ที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p
ความสามารถในตน (sef)	281.90	2	140.95	1.06	.346
ความคุ้นเคย (fa)	5213.14	2	2606.57	19.69	.000
ความน่ากลัว (dr)	3767.53	2	1883.76	14.23	.000
sef x fa	1269.94	4	317.48	2.40	.050
sef x dr	919.59	4	229.90	1.74	.141
fa x dr	468.37	4	117.09	0.88	.473
sef x fa x dr	1703.95	8	212.99	1.61	.121
error	49386.10	373	132.40		
Total	3825205.00	400			

ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.20 พบว่าตัวแปรความสามารถในตน (sef) ตัวมันเอง ตัวเดียวไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยง (ยืนยันผลการวิเคราะห์ที่ถดถอยพหุ) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ระหว่าง 3 ตัวแปรพบว่าเมื่อความคุ้นเคย (fa) ความกลัว (dr) และความสามารถในตน (sef) พบกันในเงื่อนไขต่างๆ กันจึงจะเกิดผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ดังแสดงในตารางที่ 4.21-4.22

เมื่อพิจารณาผลวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เชิงปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างตัวแปรความน่ากลัว (dr) ความคุ้นเคย (fa) และความสามารถในตน (sef) เป็นรายคู่พบว่าโดยภาพรวมทั้ง 27 กลุ่ม (ตัวแปรต้น 3 ตัวแปรๆ ละ 3 กรณีคือ สูง ปานกลาง ต่ำ) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ความสามารถในตนต่ำ (low sef) และกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในตนปานกลาง (mid. sef) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนสูง (high sef) ตามเงื่อนไขต่างๆ 3 คู่ดังจะรายงานต่อไปนี้

การที่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนสูง (high sef) ตามเงื่อนไขต่างๆ 3 คู่

เมื่อพิจารณากลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าในกลุ่มคนที่รับรู้ความกลัวต่ำ (low dr) รับรู้ความคุ้นเคยต่ำ (low fa) และรับรู้ความสามารถในตนสูง (high sef) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยง สูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ความกลัวสูง (high dr) รับรู้ความคุ้นเคยต่ำ (low fa) และรับรู้ความสามารถในตนสูง (high sef) โดยกลุ่มแรกมีค่าเฉลี่ย 104.47 กลุ่มหลังมีค่าเฉลี่ย 88.09 ($p = .001$) หมายความว่า ภายในกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนสูงและมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยนั้นพบว่าผู้ที่มีความกลัวน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีความกลัวมาก

คู่ที่ 2 ความกลัวต่ำ ความคุ้นเคยปานกลาง รับรู้ความสามารถในตนสูง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มความกลัวปานกลาง ความคุ้นเคยปานกลาง ความมั่นใจสูง โดยกลุ่มแรกมีค่าเฉลี่ย 103.84 กลุ่มหลังมีค่าเฉลี่ย 86.86 ($p=0.03$) หมายความว่า ในกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถในตนสูง มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระดับปานกลาง พบว่าคนที่มีความรู้สึกกลัวโรคน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าคนที่กลัวในระดับปานกลาง

คู่ที่ 3 กลุ่มที่มีความกลัวต่ำ ความคุ้นเคยปานกลาง รับรู้ความสามารถในตนสูง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่มีความกลัวสูง ความคุ้นเคยปานกลาง รับรู้ความสามารถในตนสูง โดยกลุ่มแรกมีค่าเฉลี่ย 103.84 กลุ่มหลังมีค่าเฉลี่ย 86.00 ($p=.000$) หมายความว่า ในกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนสูง และมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับปานกลาง พบว่า ในคนที่รู้สึกกลัวน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าคนที่รู้สึกกลัวมาก

ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เกิดจากผลเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ระหว่างความน้ำหนัก (dr) ความคุ้นเคย (fa) และความสามารถในตน (sef)

ความ น้ำหนัก (dr)	ความ คุ้นเคย (fa)	ความสามารถในตน (sef)		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	ต่ำ	90.07	97.17	104.47 ^a
	ปานกลาง	100.86	97.27	103.84 ^{b,c}
	สูง	109.00	104.37	107.61
ปานกลาง	ต่ำ	89.74	92.00	94.83
	ปานกลาง	95.90	95.35	86.86 ^b
	สูง	95.70	94.50	106.22
สูง	ต่ำ	89.44	90.04	88.09 ^a
	ปานกลาง	92.06	94.43	86.00 ^c
	สูง	97.94	103.00	104.31

หมายเหตุ สัญลักษณ์ ^{a, b, c} ที่เหมือนกันคือคู่ที่ต่างกัน

ตารางที่ 4.22 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ เกิดจากผลเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ระหว่างความน้ำหนัก (dr) ความคุ้นเคย (fa) และ ความสามารถในตน (sef) รายคู่

ความ คุ้นเคย (fa)	ความ สามารถ ในตน (sef)	ความน้ำหนัก (dr)		Mean Difference (I-J)	SE	p
		I	J			
ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	กลาง	0.33	3.79	1.000
		ต่ำ	สูง	0.63	4.21	1.000
		กลาง	สูง	0.30	3.63	1.000
	ปานกลาง	ต่ำ	กลาง	5.17	4.52	.761
		ต่ำ	สูง	7.13	3.39	.109

ความ คุ้นเคย (fa)	ความสามารถ ในตน (sef)	ความน่ากลัว (dr)		Mean Difference (I-J)	SE	p
		I	J			
		กลาง	สูง			
สูง	สูง	ต่ำ	กลาง	9.63	5.56	.252
		ต่ำ	สูง	16.38*	4.57	.001
		กลาง	สูง	6.74	5.84	.747
ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ	กลาง	4.96	5.67	1.000
		ต่ำ	สูง	8.80	5.21	.278
		กลาง	สูง	3.84	4.64	1.000
	ปานกลาง	ต่ำ	กลาง	1.91	4.08	1.000
		ต่ำ	สูง	2.83	3.82	1.000
		กลาง	สูง	0.92	3.68	1.000
	สูง	ต่ำ	กลาง	16.98*	5.09	.003
		ต่ำ	สูง	17.84*	4.66	.000
		กลาง	สูง	0.86	5.80	1.000
สูง	ต่ำ	ต่ำ	กลาง	13.30	6.81	.154
		ต่ำ	สูง	11.06	6.36	.249
		กลาง	สูง	-2.24	4.54	1.000
	ปานกลาง	ต่ำ	กลาง	9.88	5.46	.214
		ต่ำ	สูง	1.38	4.63	1.000
		กลาง	สูง	-8.50	4.26	.140
	สูง	ต่ำ	กลาง	1.39	4.36	1.000
		ต่ำ	สูง	3.30	3.54	1.000
		กลาง	สูง	1.91	4.79	1.000

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรในกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งที่กล่าวมาและพบว่าการรับรู้ความสามารถในตน (sef) เป็นเงื่อนไขของการเกิดพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ กัน จึงเป็นข้อสนับสนุนให้นำตัวแปรการรับรู้ความสามารถในตน (sef) ไปใช้เป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพื่อศึกษาว่าแนวทางการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่อย่างไร

ในส่วนต่อผู้วิจัยจะรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีโรคหัวใจซึ่งประกอบด้วยผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์และผลการวิเคราะห์ถดถอย

2.2 กลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation efficient : r) ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละด้านกับพฤติกรรม แสดงดังตารางที่ 4.23 และสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย ในตารางที่ 4.24

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงในด้าน ความน่ากลัว ($r_{dr} = .12$) การรับรู้ความสูญเสีย ($r_{los} = .16$) การรับรู้ความใกล้ ($r_{ne} = .19$) และ ความสามารถในตน ($r_{sef} = -.41$)

ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความคุ้นเคย และการควบคุมได้ด้วยตัวเอง

ตารางที่ 4.23 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ

การรับรู้ความเสี่ยง	พฤติกรรม (beh)	
	R	p
ภัยร้าย (Hazard)		
ความน่ากลัว (dr)	.12*	.019
ความสูญเสีย (los)	.16*	.002
แนวโน้ม (Probability)		
ความใกล้ (ne)	.19*	.000
ความคุ้นเคย (fa)	.01	.861
การควบคุมได้ด้วยตนเอง (cm)	-.03	.595
ความสามารถในตน (sef)	-.41*	.000

* $p \leq .05$

จากตารางที่ 4.24 เมื่อพิจารณาการรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละด้านกับพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละกลุ่มย่อย พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความน่ากลัว (dr) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย (ค่า Sig < 0.05) คือ การกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (beh4)

การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความสูญเสีย (los) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินอาหารไขมันสูง (beh3) การกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (beh4) การรับประทาน (beh5) การออกกำลังกาย (beh6) และ การกินอาหารหวาน (beh7)

การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความโกล้ (ne) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) และการรับสารก่อมะเร็ง (beh5)

การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความคุ้นเคย (fa) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การออกกำลังกาย (beh6)

การรับรู้ความเสี่ยงด้าน การควบคุมได้ด้วยตนเอง (cm) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) การกินอาหารไขมันสูง (beh3) การกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (beh4) การรับสารก่อมะเร็ง (beh5) และการกินอาหารหวาน (beh7)

การรับรู้ความเสี่ยงด้านความสามารถในตน (sef) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินผักและผลไม้ (beh1) การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) การรับสารก่อมะเร็ง (beh5) การออกกำลังกาย (beh6) และการกินอาหารหวาน (beh7)

ตารางที่ 4.24 ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมกลุ่มย่อยของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ

	กินผัก ผลไม้ (beh1)	กินอาหาร ไขมันต่ำ (beh2)	กินอาหาร ไขมันสูง (beh3)	กินอาหารที่ มีสารปรุง แต่ง (beh4)	การรับประทาน (beh5)	ออกกำลังกาย (beh6)	กินอาหาร หวาน (beh7)
ความ น่ากลัว (dr)	-.069 (.166)	-.051 (.308)	.095 (.058)	.101* (.043)	-.030 (.554)	.004 (.936)	.058 (.250)
ความสูญเสีย(los)	-.058 (.244)	.000 (.995)	.196* (.000)	.203* (.000)	.116* (.020)	.166* (.001)	.106* (.034)
ความ โกล้ (ne)	-.086 (.084)	-.130* (.009)	.081 (.105)	-.002 (.966)	.271* (.000)	.010 (.846)	.018 (.721)
ความ คุ้นเคย (fa)	.050 (.319)	-.011 (.827)	-.086 (.087)	-.025 (.621)	-.015 (.763)	-.144* (.004)	-.010 (.849)
การควบคุมได้ ด้วยตนเอง (cm)	.071 (.156)	.337* (.000)	.201* (.000)	.127* (.011)	-.239* (.000)	.021 (.673)	.165* (.001)
ความสามารถใน ตน (sef)	.298* (.000)	.378* (.000)	-.039 (.436)	-.033 (.511)	-.248* (.000)	.217* (.000)	-.100* (.046)

* $p \leq .05$

ผลการวิเคราะห์การถดถอย

จากการวิเคราะห์ค้นหาว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงทั้ง 6 ตัวนั้นมีตัวไหนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมากกว่ากัน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบ Stepwise ได้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) ดังตารางที่ 4.23

จากตารางที่ 4.25 ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมมากที่สุด คือ ความมั่นใจ ($\beta_{\text{sef}}=-.423$) รองลงมา คือ การควบคุมได้ด้วยตนเอง ($\beta_{\text{cm}}=.141$) ความสูญเสีย ($\beta_{\text{los}}=.131$) และความใกล้ ($\beta_{\text{ne}}=.113$)

ตารางที่ 4.25 ตารางวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบ Stepwise ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ

ตัวแปร	r	b	SE	β	p
ความสูญเสีย (los)	.16*	0.189	0.065	.131	.004
ความใกล้ (ne)	.19*	0.397	0.169	.113	.019
การควบคุมได้ด้วยตนเอง (cm)	-.03	0.327	0.113	.141	.004
ความสามารถในตน (sef)	-.41*	-0.206	0.023	-.423	.000

$$R = 0.462, R^2 = .213$$

$$*p \leq .05$$

จากผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการถดถอยพหุในกรณีโรคหัวใจแสดงให้เห็นว่าตัวแปรความสามารถในตนมีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมเชิงป้องกันในกรณีโรคหัวใจ ดังนั้นจึงเป็นตัวแปรที่ถูกนำไปใช้เป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ผลวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวมาพบว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงด้านความสามารถในตน (self-efficacy) มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 2 กรณีศึกษา ดังนั้นในการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยจึงนำ self-efficacy มาใช้เป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผลิตโปสเตอร์ขนาดเอ 3 ที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) และใช้เป็นเครื่องมือศึกษาว่าข้อความกระตุ้นความสามารถในตนมีอิทธิพลต่อทัศนคติ (attitude) และพฤติกรรม (behavior) ตามทฤษฎี TPB

กล่าวไว้หรือไม่อย่างไร โดยทำการผลิตสื่อ 2 แบบคือสื่อที่มีข้อความกระตุ้น self-efficacy กับไม่มีข้อความกระตุ้น self-efficacy จากนั้นจึงนำไปเก็บข้อมูลทัศนคติและความคิดเห็นที่มีต่อสื่อดังกล่าว โดยโปสเตอร์ทั้ง 4 ชิ้นมีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.1 โปสเตอร์ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน



ชีวิตหมดสนุก


หากวันหนึ่งคุณป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ คุณจะพบแต่ความยุ่งยากในชีวิตเช่น การกิน การนั่ง/ขับรถ การขับถ่าย
 เสียความเชื่อมั่นในตนเอง เสียเวลาทำงาน/โอกาสก้าวหน้าในอาชีพ เสียเงินค่ารักษาพยาบาล สูญเสียโอกาสทำในสิ่งที่ชอบเช่น
 กีฬาและการเดินทางท่องเที่ยว...ถ้าคุณมีญาติเป็นมะเร็ง ไม่ออกกำลังกาย ไม่กินผักผลไม้ กินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ
 สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่...มีอาการเช่น ฐีสึกอึดอัดมีลมแน่นท้อง ไม่ถ่าย ไม่พยายลม อาหารไม่ย่อย ท้องเสียสลับท้องผูก
 ท้องไม่โล่ง เจ็บหรือรู้สึกบวมในท้องบ่อยๆ เป็นตะคริวในท้อง ถ่ายปนเลือดเหนียว คลื่นไส้ อาเจียน สำอูจจาระมีขนาด
 เล็กลงกว่าปกติ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ **คุณมีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่**

พฤติกรรมที่คนทั่วไปทำได้และคุณก็สามารถทำได้ง่ายๆ เช่นกัน คือ

- เพิ่มธัญพืช ผัก ผลไม้หลากหลายในอาหารว่างและอาหารมื้อหลักรวมกันวันละ 5-6 กำพื
- กินผักพื้นบ้านไทย เช่น หน่อ ชะพลู ย่านาง กระถิน พริกปลั่ง เมก้า พริกแพว กระถิน พริกเม็ก เป็นต้น
- กินอาหารไขมันต่ำ 5-7 วันต่อสัปดาห์ เช่น ปลา ไข่ ไรโบไนโรนัง ยา สลัด อบแห้ง ลวก ต้ม นึ่ง ตุ่น แทงไม้ใส่ห้ก หน่ไม้ไผ่นมเนย
- ไร่ทำร่างกายต่อเนื่องจนหัวใจเต้นแรงขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบเป็นเวลา 10-30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ขึ้นบันไดหลายชั้น ชั่งทรายบน เต้นแอโรบิค ว่ายน้ำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ป้องกันง่ายด้วยตัวคุณ

ภาพที่ 4.2 โปสเตอร์ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน



ตาย...ไม่รุ้ตัว

หากคุณมีญาติเป็นโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่น โรคหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง และถ้าคุณเป็นคนไม่ออกกำลังกาย ไม่กินผักผลไม้ กินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ มีความดันโลหิตสูง มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นเบาหวาน มีความเครียดสูง เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ ใจหวิว และเคยเจ็บหน้าอกหรือหน้ามืดขณะมีความเครียดหรือขณะออกกำลังกาย...

คุณมีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและอาจหัวใจวายตายเฉียบพลัน

พฤติกรรมที่คนทั่วไปทำได้และคุณก็สามารถทำได้ง่าย ๆ เช่นกัน คือ

- เพิ่มธัญพืช ผัก ผลไม้หลากหลายในอาหารว่างและอาหารมื้อหลักรวมกันวันละ 5-6 กำมือ
- กินอาหารไขมันต่ำ 5-7 วันต่อสัปดาห์ เช่น ปลา ไข่ ไขมันไม่อิ่มตัว ยำ สลัด อโวคาโด ถั่ว ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วขาว ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วขาว ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วขาว
- ใช้กำลังกายต่อเนื่องจนหัวใจเต้นแรงขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบเป็นเวลา 10-30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ขึ้นบันไดหลายชั้น ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ

โรคหัวใจป้องกันง่ายด้วยตัวคุณ

ภาพที่ 4.4 โปสเตอร์ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน

หลังจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Informants) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือโรคหัวใจดูสื่อทั้ง 2 แบบแล้วแสดงความคิดเห็นว่าข้อความส่งเสริมความสามารถในตน (self-efficacy message) มีผลต่อตนเองในด้านความรู้สึกและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตามที่สื่อแนะนำหรือไม่ เพราะเหตุใด พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีทั้งสิ้น 23 คน แบ่งเป็นเพศชาย 6 คนและหญิง 16 คน อายุตั้งแต่ 29 ถึง 63 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ถึงปริญญาเอก

แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 10 คนและกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงโรคหัวใจ 13 คน ผลการสัมภาษณ์สรุปจากข้อมูลได้ดังนี้

- กรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผลของสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน

จากการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่า สื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) มีอิทธิพลต่อกลุ่มเสี่ยงสูงส่วนใหญ่ (9 คนใน 10 คน) ให้มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมป้องกันและมีความตั้งใจจะปฏิบัติตาม ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่นี้เป็นคนที่มีรับรู้ความสามารถในตนปานกลางถึงน้อยและไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงโดยทำให้เกิดความรู้สึกได้รับกำลังใจและเชื่อว่าถ้าคนอื่นๆ ทำได้ตนเองก็น่าจะทำได้ด้วย อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มเสี่ยงสูง 9 คนนี้มีความกลัวโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคแบบนี้แต่ก็มีข้อจำกัดบางอย่างในการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น คนใกล้ชิด และสิ่งที่มีขายในพื้นที่ที่ตนเองอาศัย เป็นต้น ทั้งนี้ ได้สรุปประเด็นต่างๆ ดังตาราง 4.26-4.27

ตารางที่ 4.26 ผลโดยภาพรวมของสารที่มีและไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน ที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของผู้ให้ข้อมูลกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ชนิดสาร (message)	ทัศนคติ		การป้องกัน
สารที่มีข้อความกระตุ้น ความสามารถในตน (self-efficacy message)	บวก (positive)	9 คน	9 คน
	เฉย (neutral)	-	-
	ลบ (negative)	1 คน	1 คน
	รวม	10 คน	10 คน
ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถ ในตน (no self-efficacy message)	บวก (positive)	1 คน	1 คน
	เฉย (neutral)	6 คน	6 คน
	ลบ (negative)	3 คน	3 คน
	รวม	10 คน	10 คน

ตารางที่ 4.27 ผลของสารที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน ที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผลจากข้อความกระตุ้นความสามารถในตน			
มั่นใจ	อยากทำ	ไม่มั่นใจ	ไม่อยากทำ
<ul style="list-style-type: none"> ● น่าเชื่อถือ ● มั่นใจว่า “คนอื่นทำได้” ทำให้คิดว่าตนน่าจะทำได้ด้วย ● เลือกได้ ไม่บังคับกัน ● ช่วยตอกย้ำการกระทำของตนเอง ● เข้าถึงความรู้สึก ● รู้สึกเป็นกันเอง ● มีลักษณะชักชวน ● ช่วยลดความกังวลใจ 		<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่น่าเชื่อถือ ● ไม่มั่นใจ ● “ทำได้ด้วยตัวคุณ” จากประสบการณ์ยังทำให้รู้สึกยาก ● “คนอื่นทำได้” แต่เราทำไม่ได้ทำให้เกิดการเปรียบเทียบว่าตนเองแย่กว่า 	

ข้อความกระตุ้นความสามารถในตน(self-efficacy message) ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (9 คน) มีทัศนคติในเชิงบวกคือมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นและต้องการทำพฤติกรรมที่แนะนำ กล่าวคือ รู้สึกว่ามีการให้กำลังใจกัน ให้ความเป็นกันเอง และยังทำให้มองว่าวิธีการป้องกันที่สื่อแนะนำนั้นง่ายขึ้น และทำแล้วได้ผลจริงเนื่องจากมีคนทำได้ รู้สึกถึงความใกล้ชิดกับผู้ส่งสารว่ามีการชักชวนกันเหมือนพูดคุยโต้ตอบกัน ส่วนข้อความที่บอกว่ามีคนอื่นทำได้ช่วยให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้นและเชื่อว่าตนเองน่าจะทำได้เช่นกันจึงอยากทำบ้าง และยังรู้สึกว่าไม่เป็นการบังคับกันเกินไป (เลือกได้) ทำให้อยากทำพฤติกรรมเหล่านั้น นอกจากนี้บางคนยังมองว่าช่วยลดความวิตกกังวลต่อโรคอีกด้วย เช่น

“คนทั่วไปทำได้ เราก็น่าจะทำได้เหมือนคนทั่วไป ทำให้เรามั่นใจว่ามีคนทำได้ผลมาแล้วก็เลยมั่นใจมากขึ้น”

เพศหญิง อายุ 31 ปี ไม่กินผัก ชอบกินอาหารไขมันสูง

“ข้อความกระตุ้นความสามารถในตนทำให้รู้สึกเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นมากกว่าสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน เนื่องจากทำให้รู้สึกว่าช่วยตอกย้ำความมั่นใจว่าเราทำได้ ทำให้รู้สึกว่าสื่อแบบนี้เข้าถึงเรามากกว่าการไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนทำให้หยุดคิดและรู้สึกว่าพฤติกรรมเหล่านั้นดูง่าย และประเมินว่าตนเองก็น่าจะทำได้ และทำให้รู้สึกเหมือนการพูดคุยโต้ตอบกันจึงทำให้อยากอ่านอยากทำอย่างที่บอกและมองว่าง่ายจนน่าจะทำได้จริง

เพศหญิง อายุ 30 ปี มีความเครียด ไม่กินผัก มีญาติป่วยมะเร็ง

“ดูให้กำลังใจกันเอง รู้สึกสบายๆ ดูไม่บังคับเรา และเหมือนกับเราสามารถเลือกทำในหัวข้อต่างๆ ที่มีอยู่นี้ได้”

เพศหญิง 29 ปี มีความเครียดสูง มีญาติป่วยโรคมะเร็ง

“ช่วยให้เราไม่รู้สึกรู้สึกว่าโรคนั้นน่ากลัว ทำให้เราลดความกลัว ความกังวลใจในการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ลงไปได้”

เพศชาย อายุ 63 ปี มีประวัติเคยผ่าตัดลำไส้

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ให้สัมภาษณ์รู้สึกว่ามีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนเองแล้วทำให้ตนเองรู้สึกดีและมั่นใจมากขึ้นและรู้สึกว่าอยากทำมากกว่าสื่อไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนเอง แต่หลายคนเห็นตรงกันคือมองว่าถึงเวลาปฏิบัติในชีวิตจริงเป็นเรื่องยากมากจึงทำได้เฉพาะบางอย่างที่ทำได้เท่านั้น โดยประสบการณ์จากการปฏิบัติทำให้พบว่า แม้ว่าตนเองคนเดียวโดยส่วนตัวแล้วรู้ว่าพฤติกรรมอะไรดี มีความตั้งใจและความพยายามปฏิบัติหลายครั้งแต่ก็ไม่สามารถต้านทานแรงเสียดทานจากภายนอกอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกินตามคนที่รักและคนใกล้ชิด ประกอบกับสังคมโดยรอบ เช่น ที่ทำงาน และย่านที่อยู่อาศัยไม่สามารถหาอาหารสุขภาพได้ง่ายนัก ในทางกลับกันอาหารที่ก่อผลเสียต่อร่างกายมีมากกว่าและหาซื้อได้ง่ายกว่า

“เดี๋ยวนี้ไปไหนมาไหน ไม่ได้มีของสุขภาพให้เลือกกินง่ายๆ นะ มีแต่เค้ก ขนมหวาน กาแฟ ดูลิขของว่างบนโต๊ะทำงานก็คือขนมเค้กซอง จะไปหาที่ไหนร้านผลไม้ใกล้ๆ นี้ไม่มีนะ แล้วที่บ้านอยู่กับแฟน ลูก 2 คน เขากินอย่างไรเราก็กินอย่างนั้น ทั้งที่ใจจริงอยากทำนะ แต่เวลาถึงเวลาทำจริง ทำไม่ได้สักที ขนมไม่ติดต่อสุขภาพมันหาซื้อได้ง่ายกว่าและลูกชอบ พวกเบเกอรี่ ลูกชอบมากซื้อบ่อยเราก็กินตาม ลูกชวนเราก็กิน ส่วนผักเราทำให้กินก็ครั้งแค่ว่าก็ไม่กิน พี่ก็กินคนเดียว หลายหนแล้ว เหลือทิ้งประจำก็เสียของ เคยซื้อข้าวกล้องมา แฟนไม่ชอบ เขาไม่กินด้วยเลย...พี่กินคนเดียวก็รู้สึกละ ... มันไม่อร่อยไม่มีความสุข ... เลยข้าวกล้องก็อยู่อย่างนั้นก็ ลูกกับแฟนเค้าชอบพวกเนื้อสัตว์ ไข่กรอกกันหมดเลย ไปๆ มาๆ ก็เลยกินตาม แล้วเราไม่มีเวลามากนักที่จะต้องทำมือละหลายจาน เป็นภาระมากขึ้น เลี้ยงลูก 2 คน คนนี้กำลังโต คนนี้เริ่มวัยรุ่น เหนื่อย.. ตัวเองน่าจะอยากทำ ไม่อยากอ้วนอย่างนี้ ไม่อยากป่วย”

เพศหญิง 49 ปี เป็นโรคอ้วน กินผักผลไม้ไม่พอ กินอาหารไขมันสูง/เนื้อสัตว์บ่อย

“หนูรู้ว่าตัวเองเสียงสูง พ่อก็เสียชีวิตด้วยมะเร็ง(ตับ) เป็นคนเครียดด้วย ทั้งเรื่องตัวเอง งานเงิน แต่เรื่องกินโชคดี แฟนเป็นคนอีสาน ก็กินอาหารอีสานตามเค้า มีผัก มีเส้นใยเยอะ ก็กินตามกัน แต่พวกขนมมันไม่ดีแต่ลูกสาวชอบก็เค้ามาย้อนก็กินตามลูกนะคือมีความสุขมากเวลาอยู่กับลูกกินเล่นกับลูก เค้า 3 ขวบกำลังอ่อนน่ารัก เวลาเราเครียดก็มาถามชวนเล่น แม่ๆ เป็นไรทำไมแม่พูดกับหนู ก็เลยต้องกินต้องเล่นกับลูก แต่มันทำให้เรามีความสุขจริงๆ แป๊บๆ หายเครียด ลืม”

เพศหญิง 29 ปี มีความเครียดสูง มีญาติป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยืนยันว่าไม่สามารถเลิกอาหารเสี่ยงต่อโรคมะเร็งได้จึงทำได้แค่ลดปริมาณอาหารเหล่านั้นลง และจำกัดตัวเองไม่ให้กินอาหารเสี่ยงโรคบ่อยนัก เวลาจะกินอะไรก็นึกถึงแต่ไม่ถึงกับเลิกเด็ดขาด

“คือมันเป็นแบบนี้ เรารู้อยู่ พยายามระวังอยู่แล้ว แต่ทำจริง มันไม่ได้ มันเหมือนง่าย แต่จริงๆ ยากนะ จะให้เราเลิกของปิ้งย่าง มันยาก ก็เลยนานๆ ก็สักหน คือถ้าจะต้องกินก็ทำได้แค่กินของพวกนี้น้อยลง ยิ่งกินกับคนอื่น ไม่ได้ มันต้องกิน...”

กลุ่มเสี่ยงเพศชาย อายุ 44 ปี ตี๋สุรา สิบบุหรี

“อยากทำนะแต่เราก็ไม่สามารถทำได้เต็มร้อย ตัวเองมีญาติเป็น สามีกี่ธาตุหนักถ่ายยาก ไม่กินผัก นะ แต่เราพยายาม เรื่องกินพอจะเลือกได้ แต่ขนมพวกนี้เค้าก็ทำออกมาขายกันอยู่ได้ มีเกลื่อนไปหมด น้ำหวานๆ ก็ทำออกมาเยอะมาก และที่ห้าๆ อยู่ที่เราต้องใช้ความพยายามมากนะ ไม่อยากป่วย บอกลูกทำเองด้วย ห้ามลูกด้วย จำกัดปริมาณไม่ให้มากไป ไปงานเลี้ยงมีแต่น้ำอัดลมตั้งอยู่ที่บอกลูกแก้วเดียวนะ...”

เพศหญิง อายุ 39 ปี มีญาติป่วยมะเร็ง

ส่วนเรื่องการใช้กำลังกายก็มีข้อจำกัดด้านเวลาว่างและร่างกายทำให้ไม่สามารถใช้แรงกายได้นานๆ หรือไปออกกำลังกายอย่างจริงจังได้

“ไม่มีเวลานะ เวลางานไม่แน่นอน ยุ่งติดต่อกันเป็นเดือนก็ต้องทำ ภาระเรามี ลูกก็เล็ก อายุไล่เลี่ยกันเราก็เหนื่อยมาก ต้องดูแลเค้าตลอด เวลาว่างไม่เคยมี ทิวไม่เคยดู นานๆ เราถึงออกกำลังกายทีนึ่ง ไม่ว่างเลย ทำงานกลับบ้านไปกว่าจะถึงรถติด อยู่กับลูกตอนนี้ลูก 5-6 ขวบสองคน แม้ว่าปกติเราก็กออกกำลังกายด้วย เคยเป็นนักกีฬาวิ่งนะ แต่ตอนนี้อายุมากขึ้นแล้วเว้นไปนานกว่าลูกจะโตเท่านี้ พอมีเวลาจะมารวิ่งทีนึ่งก็.. นึกว่าตัวเองยังได้อยู่ แต่เกือบเป็นลมนะ เมื่อเร็วๆ นี้เอง ... ก็อาศัยทำงานบ้าน เสาร์อาทิตย์ เดินไปเดินมาก็ทำตัวให้คล่องแคล่วว่องไว”

เพศหญิง อายุ 39 ปี มีญาติป่วยมะเร็ง

“พื้หน้าหนักมาก อ้วนเกิน จะไปออกกำลังกายก็ไม่ไหว น้ำหนักเยอะข้อเข่าจะเสีย เดินไม่ได้ แค่ทำงานบ้านนานหน่อยก็เจ็บเข่าแล้ว ทำไม่ได้ ...”

เพศหญิง 49 ปี เป็นโรคอ้วน กินผักผลไม้ไม่ค่อย กินอาหารไขมันสูง/เนื้อสัตว์บ่อย

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าแม้ข้อความกระตุ้นความมั่นใจส่งผลต่อความมั่นใจและความตั้งใจป้องกันโรคมะเร็งแต่ผู้ให้สัมภาษณ์ตระหนักว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองที่เพิ่มขึ้นและความตั้งใจอยากทำตามสิ่งที่บอกนั้นไม่สามารถกลายเป็นพฤติกรรมในชีวิตได้โดยง่าย เนื่องจากอุปสรรคจากปัจจัยแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อตนเอง ทั้งภาระในครอบครัว ภาระหน้าที่การทำงาน การจรรยา

อาหารที่มีขายใกล้ตัว ความชอบอาหารของคนที่รัก เวลาว่าง สภาพร่างกายของแต่ละคน เป็นต้น ทำให้แต่ละคนแสดงความเห็นว่าเป็นเรื่องยากมากที่ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ ข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เหลือ (1 คน) เกิดความรู้สึกเชิงลบ เนื่องจากรู้สึกว่าข้อความเหล่านี้ไม่หนักแน่นเท่าที่ควร ไม่น่าเชื่อถือ และไม่มีผลต่อความรู้สึกอยากปฏิบัติตามแต่อย่างใด

“ไม่มีผลสำหรับตัวเองเลย ยิ่งฟังดูแล้วไม่มีน้ำหนัก เบา ไม่ใช่เลย”

โดยให้เหตุผลว่าจากการปฏิบัติตนตามแนวทางสุขภาพไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นแม้ว่าตนเองตระหนักว่าพฤติกรรมใดเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและโดยส่วนตัวมีความตั้งใจปฏิบัติตนตามแนวทางที่ดีต่อสุขภาพในระดับมากแต่เมื่อพบกับสถานการณ์ส่วนใหญ่ในสังคมในชีวิตประจำวันเช่นนี้ก็มักทำให้ตนต้องลดความตั้งใจในการปฏิบัติลง

“การเน้นว่า ‘คนทั่วไปสามารถทำได้’ ยิ่งทำให้เกิดการเปรียบเทียบว่าตนเองแย่กว่าคนอื่นตายแล้วคนอื่นทำได้ นี่เราพยายามอยู่ทุกวันยังไม่สามารถทำได้อย่างตลอดรอดฝั่งเลย ... รู้สึกว่านี่เราแย่นะ ขนาดพยายามอยู่ยังไม่สำเร็จ แต่มีคนทำได้ ทำได้ง่ายๆ ด้วย! ยิ่งข้อความ ‘ป้องกันง่ายด้วยตนเอง’ ยิ่งทำให้มองว่าขัดแย้งกับความจริงที่ตนพยายามปฏิบัติอยู่จึงรู้สึกค้ำอญอยู่ในใจว่าจริงๆ แล้วพฤติกรรมเหล่านี้แม้ว่าฟังดูอย่างผิวเผินแล้วเหมือนกับใครก็ทำได้ง่ายๆ แต่จากประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงทำให้รู้เลยว่า เรื่องพวกนี้ เป็นเรื่องที่เราอยู่ใจแต่ไม่่ง่ายเลยที่จะทำได้ด้วยตนเองตามที่สื่อบอก เราทำงานนอกบ้านเวลาไม่แน่นอนจึงทำได้ยากมาก อยากทำแต่ไม่เคยทำได้เลย เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิค 3 วันต่อสัปดาห์ การหาผักผลไม้หลายสีและธัญพืชกินทุกมื้อให้ได้ปริมาณที่กำหนด ไปไหนก็มีแต่ข้าวเหนียวหมูทอด ไก่ทอด อาหารจานเดียวมันๆ ข้าวไข่เจียวใช้น้ำมันไม่ดี ขนมหข่อย น้ำอัดลม กาแฟและเบเกอรี่เนื่องจากวิถีชีวิตเรา ครอบครัวยุคใหม่ และการทำงานที่รับผิดชอบและสิ่งแวดล้อมทำให้ไม่สามารถทำได้ ... รู้สึกว่าการจะมีสุขภาพดีหรือปลอดจากโรคร้ายเดี๋ยวนี้ไม่ได้ทำได้ง่ายๆ นะแต่เป็นภาระหนัก เราไม่สามารถทำได้เองคนเดียว แต่ต้องการความช่วยเหลือจากคนรอบตัว เช่นการเตรียมอาหารสุขภาพมื้อกลางวัน อาหารดีๆ มาขายใกล้ๆ หาซื้อสะดวกๆ ... พอเจอการเน้นว่าพฤติกรรมเหล่านี้ทำได้ง่ายด้วยตนเองจึงขัดแย้งกับความรู้สึกมาก”

เพศหญิง อายุ 51 ปี มีปัญหาระบบขับถ่ายเป็นประจำ ขาดการออกกำลังกาย

โดยสรุปคือแม้ว่าสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนจะสามารถสร้างทัศนคติที่ดีและทำให้เกิดความต้องการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ในความเป็นจริงยังเป็นไปได้อย่างยากมากในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดในชีวิตอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากบริบทแวดล้อมของแต่ละคนและปัจจัยด้านร่างกายไม่เอื้ออำนวยเท่าที่ควร

ผลของสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน

สื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (non self-efficacy message) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง 1 คนรู้สึกเชิงบวก (positive) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง 6 คนรู้สึกเฉยๆ (neutral) และทำให้กลุ่มตัวอย่าง 3 คนรู้สึกเชิงลบ (negative) ทั้งนี้ กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่รู้สึกเฉยๆ และรู้สึกในเชิงลบกล่าวว่าเห็นสื่อลักษณะนี้แล้วทำให้ตนเองไม่อยากป้องกัน

ตารางที่ 4.28 ผลของสารที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผลจากสื่อที่ไม่มีข้อความเสริมความสามารถในตน			
มั่นใจ	อยากทำ	ไม่มั่นใจ	ไม่อยากทำ
<ul style="list-style-type: none"> ● มีความน่าเชื่อถือ มีน้ำหนัก ● ตรงประเด็น ไม่อ้อมค้อม 		<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ● เป็นการแจ้งให้รู้เท่านั้น ไม่ได้ชวนให้ทำ ● รู้สึกไม่มีส่วนร่วมทำให้ไม่อยากรู้ต่อ ● เป็นทางการแบบตำราหรือสื่อในโรงพยาบาล ● เหมือนหมอพุด ● ทำให้มองว่าวิธีป้องกัน “ยาก” ● ทำให้มองโรคว่า “รุนแรง” ● สั้น ห้วนเหมือนถูกบังคับ ● ไม่สร้างความรู้สึกที่ดี 	

ผู้ที่มองว่าสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (non self-efficacy message) ทำให้รู้สึกเฉยๆ คือมองว่าเป็นการแจ้งให้ทราบว่ามีวิธีการป้องกันมีอะไรบ้าง รู้สึกว่าไม่น่าสนใจเท่าที่ควร มองดูแล้วก็ไม่น่าอ่านต่อ และไม่อยากปฏิบัติตาม

ในขณะที่ สื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (non self-efficacy message) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง 3 คนมองในเชิงลบ (negative) ว่าไม่สร้างความรู้สึกที่ดี ห้วนสั้น จริงจังเกินไป มีลักษณะเหมือนกับฟังบุคลากรในโรงพยาบาลกำลังพูดคนเดียว ไม่สร้างความรู้สึกร่วม ไม่เชิญชวนให้อยากปฏิบัติตาม เหมือนอ่านข้อความในตำราหรือหนังสือเรียน และยังไม่ส่งผลให้มองพฤติกรรมเหล่านั้นว่ายากไปด้วย อีกทั้งบางคนยังมีความรู้สึกเหมือนถูกบังคับหรือสั่งให้ทำซึ่งยิ่งทำให้ไม่อยากปฏิบัติตาม

“สื่อที่ไม่มีข้อความความสามารถในตนไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี”

เพศชาย อายุ 63 ปี มีประวัติเคยผ่าตัดลำไส้

“เหมือนถูกบังคับให้ทำ รู้สึกเลือกไม่ได้ เลยไม่อยากทำตาม แล้วมันทำให้ดูแรงๆ กว่าด้วย”

เพศหญิง 29 ปี มีความเครียดสูง มีญาติป่วยโรคมะเร็ง

“จริงจังไป มีลักษณะเหมือนกับฟังหมอพูดอยู่ในโรงพยาบาล พูดอยู่อย่างนั้นคนเดียวนะ เราฟังแล้วก็ผ่านไป ไม่สร้างความรู้สึกร่วม ไม่เชิญชวนเราให้อยากปฏิบัติตาม ทำให้รู้สึกเหมือนไม่มีส่วนร่วม เหมือนเป็นการให้ความรู้อยู่ในโรงพยาบาล เหมือนอ่านหนังสือเรียน ทำให้ไม่สนใจอ่านต่อ อ่านแล้วรู้สึกเฉยๆ เหมือนอ่านข้อความในหนังสือเรียน”

เพศหญิง อายุ 30 ปี มีความเครียดสูง ไม่กินผัก มีญาติป่วยเป็นมะเร็ง

แม้ว่าคนส่วนใหญ่ที่ให้สัมภาษณ์มองว่าสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (non self-efficacy message) ไม่ทำให้ตนรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนสูงขึ้นในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่กลับทำให้กลุ่มตัวอย่าง 1 คนรู้สึกในเชิงบวก (positive) ว่าสื่อลักษณะเช่นนี้คือสื่อที่มีความน่าเชื่อถือ

“นี่แหละมีความชัดเจน ตรงไปตรงมา มีความหนักแน่น สิ่งที่สื่อแนะนำคือการป้องกันที่ได้ผลจริง อ่านแล้วรู้สึกเห็นด้วยอย่างมากว่าสิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่สามารถป้องกันโรคมะเร็งได้ นอกจากนี้และสื่อที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นข้อเท็จจริงไม่จำเป็นต้องมีการโน้มน้าวให้อ้อมค้อม ไม่ต้องชักชวน แต่ควรแจ้งอย่างตรงไปตรงมาจะทำให้มีน้ำหนักและชัดเจนว่าประเด็นที่ต้องการสื่อสารคืออะไร ดังนั้นจึงทำให้ตนเองดูสื่อนี้แล้วทำให้รู้สึกอยากทำตามคำแนะนำมากยิ่งขึ้น

เพศหญิง อายุ 51 ปี มีปัญหาระบบขับถ่ายเป็นประจำ ขาดการออกกำลังกาย

โดยสรุปคือสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนเป็นสื่อที่ไม่ทำให้กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค อย่างไรก็ตามแม้ว่าการใช้แนวทางการสื่อสารแบบเสริมสร้างความสามารถในตนจะทำให้เกิดทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติแต่ยังมีความเป็นไปได้น้อยที่จะปฏิบัติได้สม่ำเสมอในชีวิตจริง เนื่องจากปัจจัยทางสังคมและปัญหาสุขภาพของตนไม่เอื้ออำนวยเท่าที่ควร

CHULALONGKORN UNIVERSITY

- กรณีโรคหัวใจ

การสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจพบว่าในภาพรวมมีลักษณะทำนองเดียวกับกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กล่าวคือ สื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) ส่งผลต่อคนส่วนใหญ่ และสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message) ซึ่งมีลักษณะเชิงบังคับทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ชอบและไม่ต้องการปฏิบัติตามดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 ผลโดยภาพรวมของสารที่มีและไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนเองที่มีต่อทัศนคติ และการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ

สาร (message)	ทัศนคติ		การป้องกัน
มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนเอง (self-efficacy message)	บวก (positive)	10 คน	10 คน
	เฉย (neutral)	1 คน	1 คน
	ลบ (negative)	2 คน	2 คน
	รวม	13 คน	13 คน
ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนเอง (no self-efficacy message)	บวก (positive)	1 คน	1 คน
	เฉย (neutral)	6 คน	6 คน
	ลบ (negative)	6 คน	6 คน
	รวม	13 คน	13 คน

ผลของสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน

สื่อที่มีข้อความกระตุ้นความมั่นใจทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (10 คน ใน 13 คน) เกิดความรู้สึกในทางที่ดี รู้สึกได้รับกำลังใจมากขึ้น ทำให้มองว่าตนเองน่าจะทำได้เช่นกันและอยากจะทำตามที่สื่อบอก ทั้งนี้ จะสรุปประเด็นต่างๆ ดังตารางที่ 4.30 ต่อไปนี้

ตารางที่ 4.30 ผลของสารที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ

ผลจากสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน			
มั่นใจ	อยากทำ	เฉยๆ / ไม่มั่นใจ	ไม่อยากทำ
<ul style="list-style-type: none"> ● น่าเชื่อถือ ● มั่นใจว่า “คนอื่นทำได้” ทำให้คิดว่าตนน่าจะทำได้ด้วย ● มองว่าวิธีป้องกัน “ง่าย” “ได้ผล” ● รู้สึกเป็นผู้ควบคุมสุขภาพของตนเอง ● รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วม เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรา ● ยืนยัน/เสริมความมั่นใจสิ่งที่ทำอยู่ ● รู้สึกเป็นกันเอง ● มีลักษณะเชิญชวน ● ให้กำลังใจ 		<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่น่าเชื่อถือ ● ไม่สนใจ ● รู้สึกว่าตัวเองแย่ที่คนอื่นทำได้แต่เราทำไม่ได้ ● เฉยๆ เพราะคิดว่าตัวเองไม่เสี่ยงโรคหัวใจ คิดเข้าข้างตัวเอง สื่อไม่ได้ทำให้มั่นใจขึ้นหรืออยากทำมากขึ้น ที่ทำคือทำเพื่อสุขภาพดี 	

สื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (10 คน) เกิดความรู้สึกในเชิงบวก (positive feeling) คือรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งที่ทำอยู่เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ รู้สึกถึงความเป็นกันเอง มองว่าสื่อเชิญชวนและให้กำลังใจในการปฏิบัติ มองว่าพฤติกรรมเหล่านั้นง่ายและได้ผลจริง ทำให้มองว่าตนเองเป็นผู้ควบคุมสุขภาพของตนเอง และอยากปฏิบัติตาม

“มันมีการให้กำลังใจเรา เสริมให้รู้สึกมั่นใจยิ่งขึ้น ปกติเป็นคนไม่มั่นใจตนเองมากนัก โดยเฉพาะสิ่งที่ไม่เคยทำ พอมีการให้กำลังใจกันนิดๆ หน่อยๆ อืม..รู้สึกมั่นใจขึ้น รู้สึกดีที่ไม่มีความให้กำลังใจ”

กลุ่มเสี่ยงเพศหญิง โสด อายุ 33 ปี มีญาติป่วยเบาหวาน ความดันสูง ไขมันสูง

“ดูง่าย การบอกว่าง่าย ทำให้รู้สึกว่าจะน่าจะทำได้ พอบอกว่าใครก็ได้ ก็น่าจะง่ายจริง ดูเป็นการรับรองว่าง่าย คือเป็นพฤติกรรมที่ไม่ต้องพึ่งพาหมอกี้ก็ได้ เลยอยากทำ เพราะเห็นว่ามันง่าย”

กลุ่มเสียงเพศชาย แต่งงาน อายุ 47 ปี มีญาติป่วยเบาหวาน สูบบุหรี่ 9-10 มวนต่อวัน

“ชอบอะไรที่บอกว่าง่าย เพราะอ้วนมาก (136 กิโลกรัม) เลยทำอะไรอยากได้อะไรที่มีอะไรของง่ายไว้ก่อน คนอ้วนจะได้ทำได้เพราะเห็น้อย่างง่าย งานก็ยุ่ง จัดเวลาก็ยาก ..พอเค้าพูดระบุลงไปว่ามันง่ายก็รู้สึกว่าจะง่ายแต่นำไปสู่การป้องกันโรคได้ จึงอยากทำ”

กลุ่มเสียงเพศชาย โสด อายุ 39 ปี เป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) จะทำให้มั่นใจมากขึ้นแต่ก็เป็นเพียงบางพฤติกรรมที่ชอบ เหมาะกับตนเอง และสิ่งที่ทำได้เท่านั้น

“แต่ที่มั่นใจมากขึ้นนี้ไม่ใช่เรื่องการออกกำลังกายจริงจังแบบเล่นกีฬาณะคะ เรื่องนี้ไม่เคยทำให้ตนเองมีความสุขมาแต่เด็ก วิชาพลศึกษาก็แย่มาก เป็นคนที่ไม่รู้สึกสนุกหรือมีความสุขกับการออกกำลังกายมาแต่ไหนแต่ไร คือถึงข้อความนี้ทำให้มั่นใจมากขึ้นก็เป็นเรื่องที่ทำอยู่แล้วหรือเรื่องที่ทำได้ที่เท่านั้น แต่ให้ออกกำลังกายให้เล่นกีฬาอย่างไรก็ไม่เอา มันรู้สึกกดดันที่จะออกกำลังกายเป็นเรื่องเป็นราว คือจะไม่ทำในสิ่งที่ไม่ใช่เรา ตัวตนของเรา ในกิจกรรมที่เราไม่มีความสุขจะทำ อย่างผลไม่กับชัยที่ยังไม่ชอบกินเลย ทำได้แค่เลือกกินผัก เลี่ยงอาหารบางอย่างบ้าง เชียออกบ้าง และการออกแรงในชีวิตประจำวัน เดินเร็ว ขึ้นบันไดไม่ใช่ลิฟท์เป็นต้น ... เรื่องอาหารอยู่บ้านก็ไม่ได้บอกแม่กับพี่สะใภ้ให้ทำนั้นนี้จะดีกว่านะ ก็กินตามกันมาแบบติดรสหวานติดรสชาติมันๆ อย่างนี้แหละ คนภาคกลาง คือเค้าทำมาเราก็กินหมดเวลาไปกินเองอย่างมือกลางวันถึงจะเลือกกินได้”

กลุ่มเสียงเพศหญิง โสด อายุ 33 ปี มีญาติป่วยเบาหวาน ความดันสูง ไขมันสูง

“ดูแล้วอยากทำนะ รู้สึกมั่นใจมากขึ้นแต่มั่นใจบางอย่างเท่านั้นนะ คือเรื่องกินเราพอทำได้ เพราะกินวันหนึ่งหลายมื้อ ก็เลือกๆ ได้บ้าง เรื่องทำงานบ้าน ทำครัวนี้ทำอยู่ได้เหงื่ออยู่ ก็มั่นใจว่าทำได้ แต่เรื่องออกกำลังกายจริงจัง น้ำหนักตัวเป็นร้อยกิโล มันไม่ไหว ว่ายน้ำก็ไม่สะดวก มันยุ่งยาก ไปวิ่งก็โห..ข้อเข่าเราจะเสีย แกรมเตี้ยวันนี้อายุมากขึ้นอ้วนขึ้นทำให้หน้าอกเราใหญ่ขึ้นอีก เคยไปวิ่งแล้วมันตึงๆ โดนคนมองง...คือไม่อยากถูกมองตรงนี้ ... (หัวเราะ) เรื่องออกกำลังกายนี้อย่างไรก็ยาก ไปเดินยั้งไปกินใหญ่ ตอนเย็นก็ไม่มีเวลาด้วย กลับจากทำงานเตี้ยวันนี้ก็รดติดมากๆ จะทำได้แค่งานในบ้าน”

กลุ่มเสียงเพศหญิง โสด อายุ 38 ปี น้ำหนัก 116 กิโลกรัม

นอกจากนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์แม้รู้ว่าอะไรดีต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้เอาจริงเอาจังมากนักหรือใส่ใจว่าต้องเลือกกินอาหารสุขภาพ เนื่องจากวิถีชีวิตการทำงานนอกบ้านและลักษณะการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนทำให้ไม่จำกัดเรื่องอาหาร เมื่อคนในบ้านทำอะไรกินอะไรก็จะกินด้วยกันกินตามกัน อีกทั้งตนเองไม่ใช่คนทำอาหารจึงต้องพึ่งพาคนในครอบครัวในเรื่องการกิน

“อยู่กับครอบครัวใหญ่ อยู่กัน 2 ครอบครัว มีครอบครัวพี่ชาย ตัวเองกับแม่ แม่กับพี่สะใภ้ทำอาหารตลอดมีอาหารตลอด เช้ามาก็มีอาหารวางไว้แล้ว อาจจะได้กินพร้อมกันแต่มีตลอด เคঁทำอะไรมาก็กินได้หมด เคঁทำอะไรไว้ เราก็กินอย่างนั้น ส่วนใหญ่จะกินทุกอย่าง ไม่กินเคঁเสียใจนะ กินเสร็จก็มาทำงาน เย็นกลับไปเร็วซ้าก็มีอาหารกินแน่นอน คือเราทำงานนอกบ้านอย่างนี้ไม่ทำอาหาร เคঁทำก็สะดวกเรามีอาหารกิน คือถ้าอยู่คนเดียวอาจจะเลือกได้ แต่อาจจะยุ่งยากกว่านี้”

กลุ่มเสียงเพศหญิง โสต อายุ 33 ปี มีญาติป่วยเบาหวาน ความดันสูง ไขมันสูง

“ที่บ้านอยู่กันหลายคนในรั้วเดียวกัน แม่เป็นคนทำอาหารประจำ ญาติบ้านอยู่ในบริเวณเดียวกันก็มีอาหารมาแจม หรือญาติมากินด้วย วันไหนแม่ทำอะไรก็กินหมดทุกอย่าง มีทุกอย่างทั้งปลา หมู เนื้อ ผักไม่ผักมันไม่มัน สลับกัน แค่ว่าซื้ออะไรทำมาเราก็กินทั้งนั้น จะไขมันเยอะก็กิน มันอร่อยกว่าไปซื้อกินไง มีความสุขกับการกิน และในครอบครัวไม่ได้เน้นเคร่งครัดเรื่องต้องกินอาหารดีต่อสุขภาพหรือระวังเรื่องอาหารเลย ตลาดมีอะไรแม่ก็ซื้อมาทำจะมีอะไรกินที่บ้านก็แล้วแต่ว่าช่วงนั้นแม่ได้อะไรมาจากตลาดด้วย แล้วแต่ฤดูกาลด้วย มีอะไรมากก็กินมาก แม่ทำอาหารจะกินได้มาก มีความสุขกับการกิน แล้วเป็นคนที่ชอบอะไรก็กินมาก กินอยู่อย่างเดียวเยอะๆ ก็กินได้ เดี่ยวๆ ก็มีญาติที่มากินด้วย มีหลายคนมันก็สนุก ผลไม้อะไรออกถึงหวานก็กินถ้าชอบ บางทีกินเป็นกิโลๆ ก็มี ... รู้นะว่าไม่ดี และขนาดตอนนั้นรู้สึกสุขภาพแย่งลง เหนื่อยง่าย เผลอๆ ก็กลับไปแบบที่ไม่รู้ตัวเองว่ากลับก็มี และเป็นเบาหวานเป็นเก๊าต์ด้วย หมอพูดว่าเป็นโรคเกี่ยวกับการกิน แต่ก็ยังกินแบบนี้...”

เพศชาย อายุ 39 ปี เป็นโรคอ้วน เบาหวาน เก๊าต์

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) จะทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่รู้สึกดี ที่ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงรู้สึกมั่นใจในความสามารถในการป้องกันโรคของตนมากขึ้น แต่ก็มี 1 คนตอบว่าไม่ทำให้ตนเองรู้สึกอะไร เฉยๆ (neutral) และไม่เกิดความรู้สึกอยากป้องกันแต่อย่างใด ถึงแม้ว่าตนมีอาการน่าสงสัยแต่กลับไม่เคยมองว่าตนเองเสี่ยงโรคหัวใจ

“เฉยๆ ทั้งสองอัน ไม่รู้สึกอยากทำเพราะข้อความแบบไหนเลย ส่วนที่บอกว่า คนนั้นคนนี้ได้ก็ไม่ได้เกี่ยวกับเรา เคঁทำได้ก็เรื่องของเคঁ ไม่รู้สึกว่าตัวเองน่าจะต้องทำได้เหมือนเขาเนี่ย เราทำไม่ได้ก็ไม่เห็นเป็นไร ...เราสุขภาพไม่ดี ยิ่งตอนนี้เดินขึ้นสะพานลอยเหนื่อย เคยอยู่เฉยๆ จุกขึ้นมา รู้สึกเหนื่อยใจไม่ออกก็เคย เคยออกกำลังแรงไปก็เจ็บเข่า เจ็บหลัง การออกกำลังบางอย่างจึงทำไม่ได้แม้ว่าจะมีคำแนะนำว่าดี ... แต่ก็เห็นด้วยว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของเราที่ต้องดูแลและระมัดระวังตนเอง แต่ที่

ทำอยู่ทุกวันนี้เป็นเพราะอยากสุขภาพดี ไม่ได้ทำเพราะป้องกันโรคหัวใจ เพราะเข้าข้างตัวเองว่าเรา
จะไม่ใช่โรคหัวใจ แม้จะมีอาการบ่งบอกคล้ายกับที่สื่อบอก”

กลุ่มเสียงเพศหญิง อายุ 53 ปี ปริญญาตรี มีญาติป่วยเบาหวาน หนึ่งยหอบ่ง่าย

ข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง 2 คน
เกิดความรู้สึกเชิงลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านความน่าเชื่อถือ และทำให้มองว่าตนเองด้อยกว่าคน
อื่น

“...การบอกว่าคนอื่นทำได้ยิ่งทำให้เรารู้สึกแย่ ว่าทำไมคนอื่นทำได้แล้วเราไม่ทำ หรือ
เราไม่ได้เรื่องหรือไง ทำไมเราทำไม่ได้เหมือนอย่างคนทั่วไป กลับรู้สึกเหมือนหมอดูด้วยซ้ำ
ว่าสิ่งเหล่านี้ทำได้ง่ายๆ แล้วทำไมเราไม่ทำ”

กลุ่มเสียงเพศชาย โสต อายุ 43 ปี มีญาติป่วยเป็นโรคหัวใจ

“ทำให้รู้สึกไม่น่าเชื่อถือ เพราะอย่างเรามีโรคประจำตัว แล้วร่างกายคนเราไม่
เหมือนกัน ถ้าไม่คิดและทำตามคนอื่นทุกอย่างอาจทำให้เราป่วยหนักขึ้นหรือถึงตายได้ การ
อ้างถึงคนทั่วไปก็ทำได้เลยเพราะเค้าอาจไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ
แบบเรา การโน้มน้าวอย่างนี้จึงไม่สามารถทำให้ตนเองรู้สึกอยากปฏิบัติตามเลย เพราะมีโรค
อยู่เราสังเกตตัวเรา เรารู้ตัวอยู่ว่าตนเองทำอะไรได้มากเพียงใด ออกกำลังกายหนักได้แค่ไหน
เคยวิ่งๆ ไปหอบหายใจไม่ทัน ไหมหิวต้องบอกคนใกล้ๆ ช่วยด้วยๆ ไหมหิวแล้ว จึงไม่สามารถ
เอาคนอื่นมาชี้แนะได้ เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องอันตราย การโน้มน้าวใจแบบนี้สำหรับตนเองทำให้
มองว่าสื่อลดความน่าเชื่อถือลง จริงๆ มันเหมาะกับการขายของมากกว่า ไม่ใช่เรื่องสุขภาพ
เรื่องสุขภาพไม่น่าใช้การประโคม โน้มน้าวกันมาก แต่อยากได้ข้อเท็จจริงเพื่อเอามาคิดต่อว่า
อะไรเหมาะสมกับสภาพของเราหรือไม่”

กลุ่มเสียงเพศหญิง โสต อายุ 42 ปี มีโรคประจำตัว หัวใจเต้นผิดจังหวะ

ผลของสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน

ส่วนสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message) ทำให้เกิด
ความรู้สึกมั่นใจในข้อมูลว่าเป็นข้อเท็จจริงที่เชื่อถือได้และส่งผลให้อยากปฏิบัติตาม ดังสรุปในตารางที่
4.31 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มึปัจจัยด้านความเจ็บป่วยร้ายแรงจึงต้องการข้อเท็จจริงที่มีความชัดเจน
ในตัวเองโดยไม่ต้องนำไปตีความหมายอีก ทำให้นำไปพิจารณาและหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ง่ายว่าเป็น
ข้อเท็จจริงที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นหรือไม่

“ชอบที่ชัดเจน ตรงๆ ไม่ต้องตีความอีก ขอให้บอกมามีอะไรดีเป็นประโยชน์ แล้ว
จะเอาไปหาข้อมูลและพิจารณาตัดสินใจเองว่าเหมาะกับเราหรือไม่ เพราะมีโรคประจำตัวที่
ค่อนข้างร้ายแรง โรคที่เป็นมันเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และการเต้นของหัวใจมีปัญหา
เคยหลับแล้วหยุดหายใจ ต้องเข้าผ่าตัดแก้ไขมาแล้ว การจะปฏิบัติอะไรสักอย่างจึงต้องการ
ข้อเท็จจริง ไม่อย่างนั้นเราก็กังแก่ชีวิต จึงชอบให้บอกตรงๆ ควรทำอะไรขอให้บอกมาชัดๆ
ขอข้อเท็จจริงแล้วจะเอาไปคิดเองว่าอะไรเหมาะกับตัวเรา เพราะร่างกายคนเราไม่เหมือนกัน

และส่วนตัวเป็นคนที่มีมั่นใจตัวเองว่าถ้าจะทำอะไรเราสามารถทำได้ทั้งนั้น แต่ต้องเลือกให้เหมาะกับภาวะความเจ็บป่วยของเรา เราจะได้ปลอดภัย ดังนั้นจึงต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ตรงไปตรงมา ที่เชื่อถือได้เพื่อจะได้เลือกมาใช้ให้เหมาะกับตนเอง เพราะตนเองจะรู้สถานะของตัวเองที่สุด เช่นกินอะไรได้ไม่ได้ ...ส่วนเวลาจะออกกำลังกายเรารู้ว่าทำอะไรได้มากแค่ไหน แค่นั้นควรหยุด ไม่งั้นหายใจไม่ทัน เราตาย”

กลุ่มเสี่ยงเพศหญิง โสัด อายุ 42 ปี มีโรคประจำตัว และหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตารางที่ 4.31 ผลของสารที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนที่มีต่อทัศนคติและการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ

ผลจากสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน			
มั่นใจ	อยากทำ	เฉยๆ / ไม่มั่นใจ	ไม่อยากทำ
<ul style="list-style-type: none"> ● นำเชื่อถือ ● ชัดเจน ตรงประเด็น ● ไม่อ้อมค้อม ไม่ต้องตีความ 		<ul style="list-style-type: none"> ● พูดคนเดียวแค่บอกให้รู้ ไม่ได้บอกให้ทำ ● ทำให้รู้สึกว่ามีวิธีป้องกัน “ยาก” ● เป็นทางการเกินไป ไม่มีอารมณ์ให้ความรู้สึก “แข็ง” ● ไม่สร้างความรู้สึกที่ดี ● ไม่น่าสนใจ ไม่สร้างสรรค์ ● ไม่ชักชวนให้รู้สึกอยากทำ ● รู้สึกไม่เกี่ยวกับตนเอง 	

อย่างไรก็ตาม สื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message) ก็ทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (12 ใน 13 คน) ไม่รู้สึกใดๆ แต่มีนัยค่อนข้างไปทางลบ และไม่ยักนำไปปฏิบัติ

“เฉยๆ อ่านแล้วมีลักษณะเหมือนกับหมอกี้พูดๆ ไป คุณจะเอาไปทำหรือไม่ทำก็เรื่องของคุณ ดูเหมือนไม่เกี่ยวกับเรา เหมือนไม่ได้บอกให้เราทำอะไร มีลักษณะเป็นทางการ เป็นข้อความปกติทั่วไป ไม่มีอารมณ์ความรู้สึก ไม่อยากทำหรอก”

กลุ่มเสี่ยงเพศหญิง โสัด อายุ 47 ปี ไม่กินผัก ชอบกินของมัน มีญาติป่วยโรคความดันสูง

“เฉยๆ ดูเหมือนอ่านทฤษฎี เหมือนเป็นการบอกให้รับรู้เท่านั้น ไม่ได้ชวนให้เราทำ เหมือนแค่พูดคนเดียว เลยไม่รู้สึกรว่าอยากทำ”

กลุ่มเสี่ยงเพศหญิง โสัด อายุ 33 ปีมีญาติป่วยเป็นเบาหวาน ความดันสูง ไขมันสูง

สื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message) ทำให้กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกด้านลบอย่างชัดเจน ได้แก่ ทำให้รู้สึกว่าการแนะนำยากกว่าอีกชิ้นหนึ่ง ทำให้ดูวิชาการเกินไป เป็นความรู้แห้งๆ ไม่สร้างสรรค์ ดูไม่น่าสนใจ และจริงจังเกินไป เช่น

“ทำให้รู้สึกว่าการแนะนำนั้นยากไปด้วย แม้ว่าคำแนะนำจะเหมือนกันนะ (หัวเราะ) ดูจริงจังเกินไป มันแห้งๆ ไม่ค่อยพิเศษเท่าไร ดูซีเรียส เป็นหลักการแพทย์เกินไป เป็นวิชาการเกินไป ดูแล้วเหมือนต้องปรึกษาหมอก่อนทำ”

กลุ่มเสี่ยงเพศหญิง อายุ 39 ปี น้ำหนักเกิน มีความเครียดสูง และมีญาติป่วย

“ทำให้มองว่ายากและไม่สามารถจะทำตามได้ทั้งหมด ไม่สนใจเรา ไม่เชิญชวน ทำให้ไม่อยากทำ”

กลุ่มเสี่ยงเพศหญิง อายุ 59 ปี ไขมันสูง น้ำหนักเกิน มีญาติเป็นโรคหัวใจ

โดยสรุป จากการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเสี่ยงสูงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจ ทำให้พบว่าแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) ทำให้กลุ่มเสี่ยงเกือบทั้งหมดมีทัศนคติที่ดีต่อสื่อและต่อพฤติกรรมการป้องกัน โดยกลุ่มเสี่ยงเกือบทั้งหมดเกิดความรู้สึกมั่นใจมากยิ่งขึ้นและมีความรู้สึกอยากป้องกันมากขึ้น ทั้งนี้ กลุ่มเสี่ยงสูงเหล่านี้ยังแสดงความรู้สึกในทางลบต่อแนวทางการสื่อสารเชิงบังคับ (ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน) โดยแสดงความคิดเห็นในทางตรงกันข้าม เช่นไม่ชอบ ดูเป็นทางการเกินไป ดูเป็นการบังคับ ทำให้มองว่าการแนะนำยากไปด้วย และทำให้ไม่อยากปฏิบัติตาม เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม สื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน ก็ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ปัญหาสุขภาพเฉพาะอย่างเช่นมีโรคภัยแรงและมีข้อจำกัดด้านร่างกาย เนื่องจากทำให้ได้ข้อมูลที่จำเป็น ถูกต้อง และเป็นข้อเท็จจริงและช่วยให้ได้ข้อมูลสำหรับค้นหาสิ่งที่สอดคล้องกับสภาพของตนเองต่อไป โดยในคนกลุ่มนี้แสดงความรู้สึกไม่ชอบต่อสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน เนื่องจากทำให้รู้สึกว่าตนเองแยกว่าคนอื่นที่ทำได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพไม่ชอบสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตนหรือข้อความเชิงโน้มน้าวเนื่องจากรู้สึกว่าการแนะนำของตนเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล ดังนั้นจะเปรียบเทียบหรือทำตามคนอื่นไม่ได้ ทำให้มองว่าการใช้การโน้มนำนั้นดูไม่น่าเชื่อถือ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสาร เพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อศึกษาแนวทางการสื่อสาร เพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง โดยมีกรณีศึกษา 2 โรคคือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจ

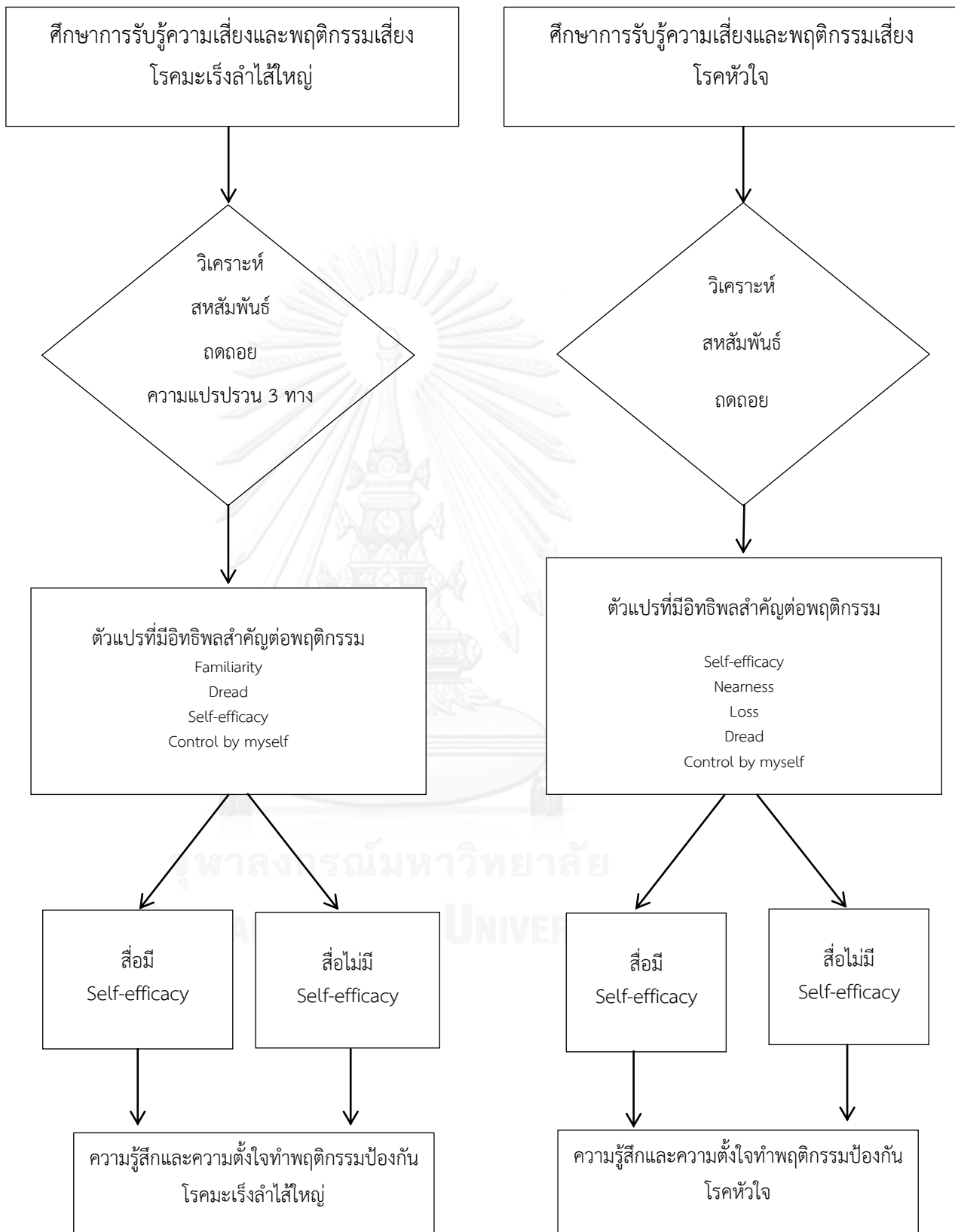
ระเบียบวิธีวิจัยใช้แบบผสมเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ (Mixed Method) คือระยะที่ 1 การสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 400 คนและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ 400 คน รวม 800 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS เพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอ้างอิงแบ่งเป็นสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percent) เพื่อแสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอ้างอิงในการหาความสัมพันธ์ได้แก่สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) เพื่อศึกษาเบื้องต้นว่ามีตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงตัวใดสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง จากนั้นใช้สถิติการถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) และสถิติ 3- ANOVA (เฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่) เพื่อวิเคราะห์หาตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ในการสร้างแนวทางการสื่อสารด้วยเนื้อหาหลัก (key message) ในชิ้นงานโปสเตอร์โฆษณาเพื่อสื่อสารสุขภาพเชิงป้องกัน

ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อศึกษาอิทธิพลของสื่อที่สร้างขึ้นจากระยะที่ 1 ต่อทัศนคติและการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงทั้งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจ โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักคือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสรุปจากข้อมูล (Grounded Theory) และนำเสนอผลแบบพรรณนาวิเคราะห์

ระยะที่ 1 การสำรวจ (Survey Research) การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการสำรวจการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจ สามารถสรุปกระบวนการวิจัยได้ดังภาพที่ 5.1



ภาพที่ 5.1 สรุปกระบวนการวิจัย

สรุปผลการวิจัยในแต่ละกรณีศึกษามีดังนี้

1. กรณีการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผลการศึกษาประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และ ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 400 คน ใช้เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถาม และใช้ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่อยู่ในวัย 25-35 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี ส่วนกลุ่มอายุอื่นๆ มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและส่วนใหญ่ทำงานประจำในบริษัทเอกชน รองลงมาเป็นนิสิตนักศึกษา เจ้าของธุรกิจและข้าราชการ/พนักงานของรัฐ (ตามลำดับ) มีรายได้ระดับ 10,000 – 25,000 บาทต่อเดือนและส่วนใหญ่อาศัยกับครอบครัวเดี่ยว

1.2 การรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ภาพ 5.2) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ พบว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงของผู้ตอบแบบสอบถามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงในด้าน การรับรู้ความน่ากลัว ($r_{dr} = -.24$) การรับรู้ความคุ้นเคย ($r_{fa} = .35$) การควบคุมได้ด้วยตัวเอง ($r_{cm} = 0.17$) และความสามารถในตน ($r_{sef} = .17$) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงด้าน การรับรู้การสูญเสีย และการรับรู้ความใกล้เคียง เมื่อพิจารณาการรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละด้านกับพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละกลุ่มย่อยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความน่ากลัว (dr) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย ($p < 0.05$) คือ การกินผัก ผลไม้ (beh1) การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) การกินอาหารไขมันสูง (beh3) และการกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (beh4) การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ประโยชน์ (ben) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การรับสารก่อมะเร็ง (beh5) การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความใกล้เคียง (ne) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) และการรับสารก่อมะเร็ง (beh5) การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความคุ้นเคย (fa) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย ในทุกๆกลุ่มย่อย การรับรู้ความเสี่ยงด้าน การควบคุมได้ด้วยตนเอง (cm) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินผัก ผลไม้ (beh1) การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) การกินอาหารไขมันสูง (beh3) และการรับสารก่อมะเร็ง (beh5) การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความมั่นใจ (sef) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ

พฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินผัก ผลไม้ (beh1) การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) และการออกกำลังกาย (beh6)

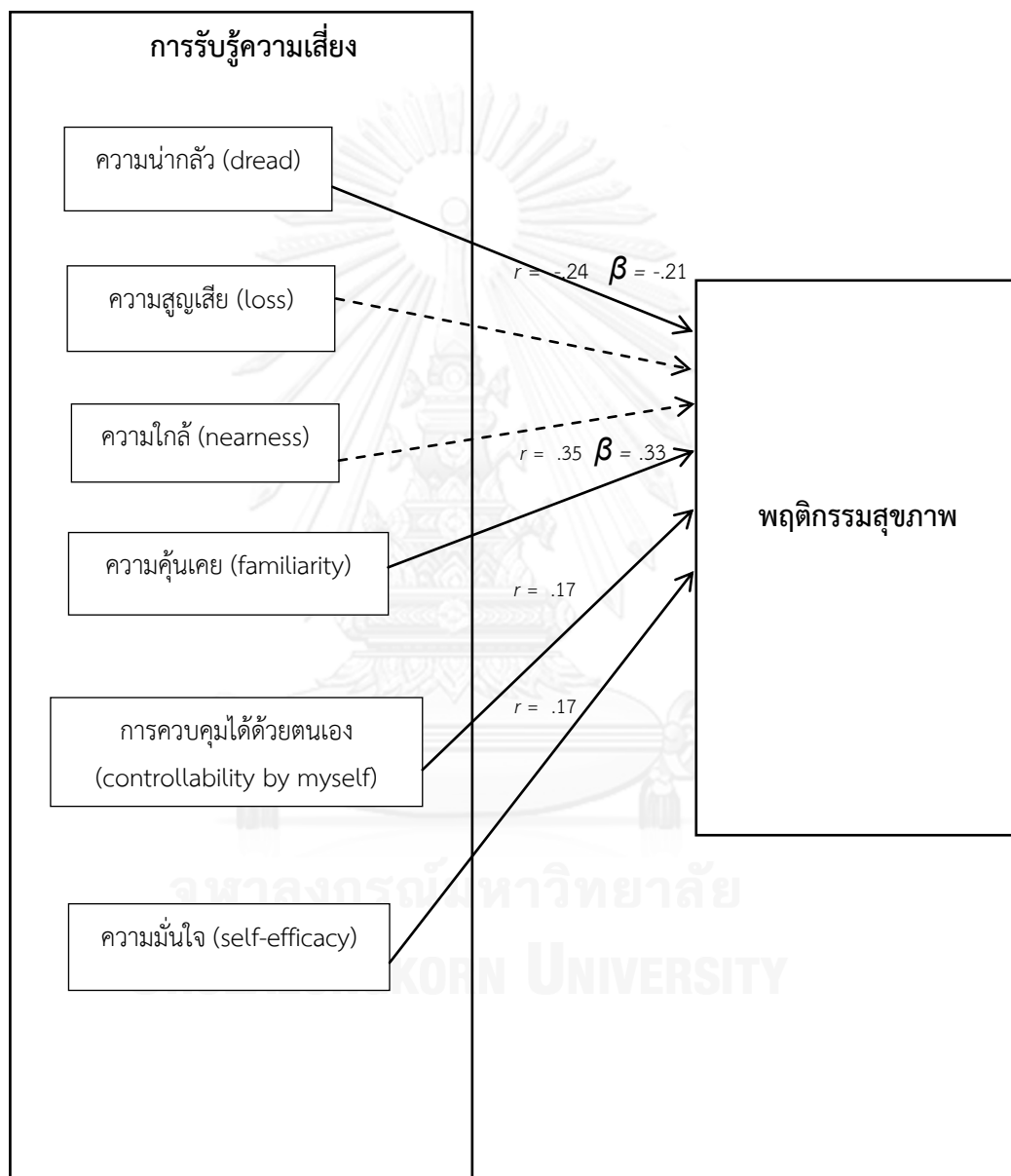
ส่วนการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบ stepwise พบว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีผลต่อตัวแปรตามมากที่สุด คือ ความคุ้นเคย ($\beta_{fa} = .33$) รองลงมา คือ ความน่ากลัว ($\beta_{dr} = -.21$)

ทั้งนี้ เนื่องจากไม่พบตัวแปรความสามารถในตน (self-efficacy) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมในการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวน 3 ทางเพิ่มเติม พบว่าสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีผลต่อตัวแปรตามมากที่สุด คือ ความคุ้นเคย รองลงมา คือ ความน่ากลัว และยังพบอีกว่าตัวแปรความมั่นใจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีเงื่อนไขกับตัวแปรทั้งสอง ตัวแปรความคุ้นเคย (fa) มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ($F=19.69, p=.000$) หมายถึงการรู้เห็นหรือมีประสบการณ์มากเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก ตัวแปรความกลัว ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ($F=14.23, p=.000$) แสดงว่ายิ่งรู้สึกกลัวมากยิ่งขึ้นทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก ตัวแปรความสามารถในตน (sef) เมื่อรวมกับตัวแปรความคุ้นเคย (fa) ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ($F=2.40, p=.050$) หมายความว่า ในกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงที่มีประสบการณ์รู้เห็นมากเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง โดยตัวแปรความมั่นใจ (sef) ตัวมันเองตัวเดียวไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยง (ยืนยันผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุ) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ระหว่าง 3 ตัวแปรพบว่าเมื่อความคุ้นเคย (fa) ความกลัว (dr) และความสามารถในตน (sef) พบกันในเงื่อนไขต่างๆ กันจึงจะเกิดผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง

ผลวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เชิงปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างตัวแปรความน่ากลัว (dr) ความคุ้นเคย (fa) และความสามารถในตน (sef) เป็นรายคู่พบว่าโดยภาพรวมทั้ง 27 กลุ่ม (ตัวแปรต้น 3 ตัวแปรๆ ละ 3 กรณีคือ สูง ปานกลาง ต่ำ) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ความมั่นใจต่ำ (low sef) และกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในตนระดับปานกลาง (mid. sef) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนสูง (high sef) ตามเงื่อนไขต่างๆ 3 คู่ ในกลุ่มคนที่รับรู้ความกลัวต่ำ (low dr) รับรู้ความคุ้นเคยต่ำ (low fa) และรับรู้ความสามารถในตนสูง (high sef) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยง สูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ความกลัวสูง (high dr) รับรู้ความคุ้นเคยต่ำ (low fa) และรับรู้ความสามารถในตนสูง (high sef) โดยกลุ่มแรกมีค่าเฉลี่ย 104.47 กลุ่มหลังมีค่าเฉลี่ย 88.09 ($p = .001$) หมายความว่า ภายในกลุ่มผู้มีความสามารถในตนสูงและมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้นพบว่ามีผู้ที่มีความกลัวน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีความกลัวมาก คู่ที่ 2 ความกลัวต่ำ ความคุ้นเคยปานกลาง ความสามารถในตนสูง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มความกลัวปานกลาง

ความคุ้นเคยปานกลาง ความสามารถในตนสูง โดยกลุ่มแรกมีค่าเฉลี่ย 103.84 กลุ่มหลังมีค่าเฉลี่ย 86.86 ($p=0.003$) หมายความว่า ในกลุ่มคนที่มีความสามารถในตนสูง มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระดับปานกลาง พบว่าคนที่มีความรู้สึกลัวโรคน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าคนที่กลัวในระดับปานกลาง คู่ที่ 3 กลุ่มที่มีความกลัวต่ำ ความคุ้นเคยปานกลาง ความสามารถในตนสูง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่มีความกลัวสูง ความคุ้นเคยปานกลาง ความสามารถในตนสูง โดยกลุ่มแรกมีค่าเฉลี่ย 103.84 กลุ่มหลังมีค่าเฉลี่ย 86.00 ($p=.000$) หมายความว่า ในกลุ่มผู้มีความสามารถในตนสูง และมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับปานกลาง พบว่า ในคนที่รู้สึกกลัวน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าคนที่รู้สึกกลัวมาก

จากผลการศึกษากรณีศึกษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ดังที่กล่าวมาจึงพบว่าความสามารถในตน (sef) เป็นเงื่อนไขของการเกิดพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ กัน เป็นข้อสนับสนุนให้นำตัวแปรความสามารถในตน (sef) ไปใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่ อย่างไร



ภาพที่ 5.2 ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

หมายเหตุ แสดงเฉพาะตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, เส้นทึบหมายถึงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, เส้นประหมายถึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กรณีการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ

ผลการศึกษารวบรวมข้อมูล 2 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และ ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงกับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยสถิติ ดังนี้

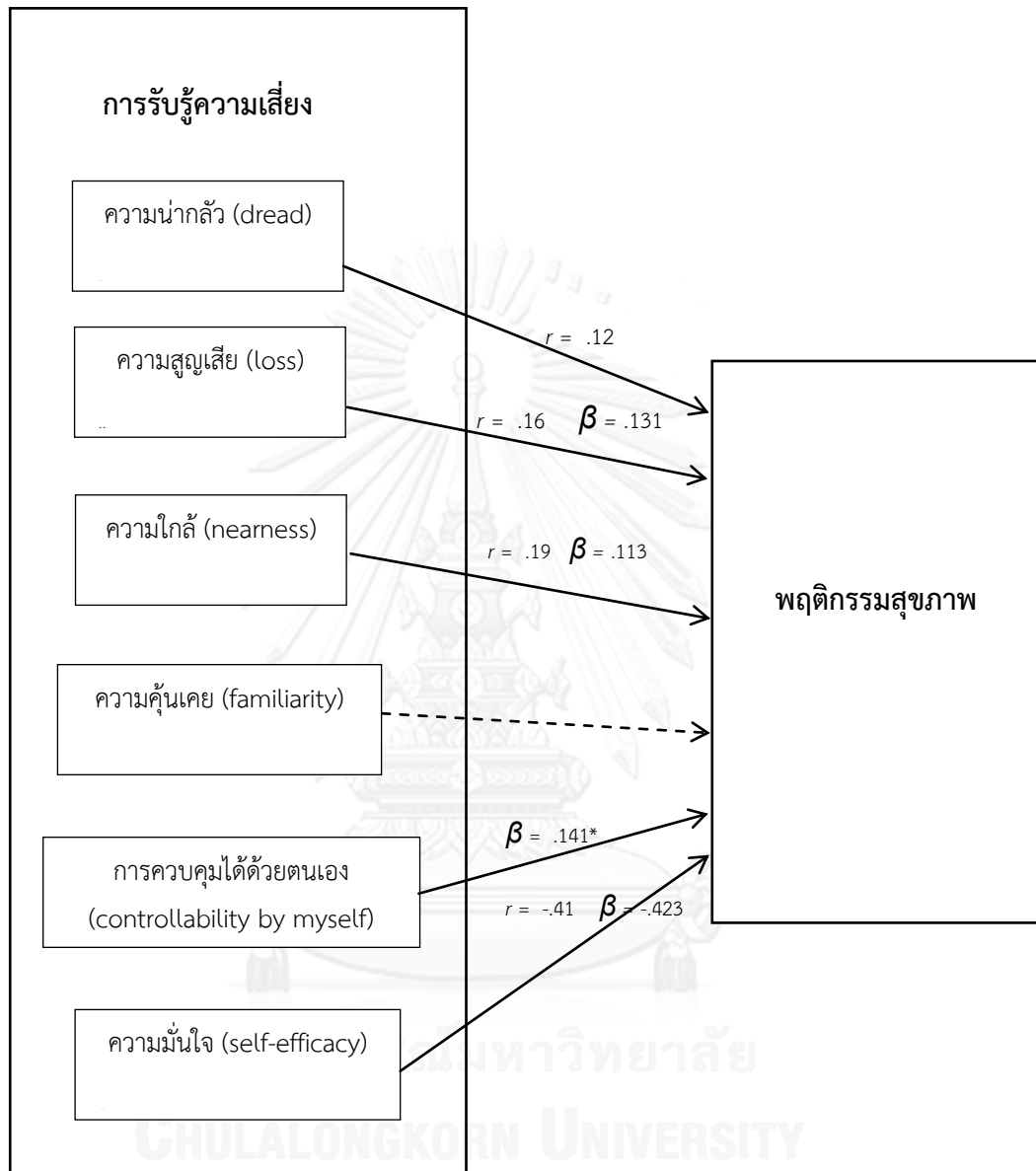
2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ 400 คน ใช้เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามและใช้ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่อยู่ในวัย 25-35 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 36-45 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี และ 46-55 ปี ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด กว่าครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและส่วนใหญ่ทำงานประจำในบริษัทเอกชน รองลงมาเป็นเจ้าของธุรกิจ นิสิตนักศึกษาและค้าขาย (ตามลำดับ) มีรายได้ระดับ 25,000 -40,000 บาทต่อเดือนและส่วนใหญ่อาศัยกับครอบครัวเดี่ยว

2.2 การรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ (ภาพ 5.3) พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงในด้าน ความน่ากลัว ($r_{dr} = .12$) การรับรู้ความสูญเสีย ($r_{los} = .16$) การรับรู้ความใกล้ ($r_{ne} = .19$) และ ความสามารถในตน ($r_{sef} = -.41$) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงด้านความคุ้นเคยและการควบคุมด้วยตัวเอง เมื่อพิจารณาการรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละด้านกับพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละกลุ่มย่อย พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความน่ากลัว (dr) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย (ค่า Sig < 0.05) คือ การกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (beh4) การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความสูญเสีย (los) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินอาหารไขมันสูง (beh3) การกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (beh4) การรับพิษ (beh5) การออกกำลังกาย (beh6) และ การกินอาหารหวาน (beh7) การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความใกล้ (ne) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) และการรับสารก่อมะเร็ง (beh5) การรับรู้ความเสี่ยงด้าน ความคุ้นเคย (fa) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การออกกำลังกาย (beh6) การรับรู้ความเสี่ยงด้าน การควบคุมได้ด้วยตนเอง (cm) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) การกินอาหารไขมันสูง (beh3) การกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (beh4) การรับสารก่อมะเร็ง (beh5) และ การกินอาหารหวาน (beh7) การรับรู้ความเสี่ยงด้านความสามารถในตน (sef) มีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญกับพฤติกรรมกลุ่มย่อย คือ การกินผักและผลไม้ (beh1) การกินอาหารไขมันต่ำ (beh2) การรับสารก่อมะเร็ง (beh5) การออกกำลังกาย (beh6) และการกินอาหารหวาน (beh7)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพบพบว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมมากที่สุด คือ ความสามารถในตน ($\beta_{sef}=-.423$) รองลงมา คือ การควบคุมได้ด้วยตนเอง ($\beta_{cm}=.141$) ความสูญเสีย ($\beta_{los}=.131$) และความใกล้ ($\beta_{ne}=.113$)

จากผลการศึกษาระณีศึกษาโรคหัวใจดังที่กล่าวมาจึงพบว่าความสามารถในตน (sef) เป็นเงื่อนไขสำคัญของการเกิดพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ กัน เป็นข้อสนับสนุนให้น่าตัวแปรความมั่นใจ (sef) ไปใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อศึกษาว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่ อย่างไร



ภาพที่ 5.3 ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจ

หมายเหตุ แสดงเฉพาะตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, เส้นทึบหมายถึงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, เส้นประหมายถึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากการศึกษาระยะที่ 1 การสำรวจการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงชาวไทยทั้งกรณีศึกษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายต่อไปนี้

1. การรับรู้แนวโน้ม (probability) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันมากกว่าการรับรู้ภัยร้าย (hazard)
2. การรับรู้แนวโน้มด้านการควบคุมได้ (perceived controllability) ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแต่การรับรู้แนวโน้มด้านความใกล้ (perceived nearness) ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง
3. กลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นตัวแปรในกลุ่มกระตุ้นความรู้สึกร่วมกับกลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจเป็นตัวแปรในกลุ่มกระตุ้นเหตุผล
4. ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางในกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้แนวโน้ม (probability) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันมากกว่าการรับรู้ภัยร้าย (hazard)

จากผลการวิเคราะห์ Pearson Correlation แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงที่ประกอบไปด้วย 2 ด้านคือภัยร้ายและแนวโน้มนั้นพบว่าองค์ประกอบด้านแนวโน้มคือปัจจัยสำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน ดังที่พบว่าตัวแปรในกลุ่ม probability หลายตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และในแต่ละคู่ส่วนใหญ่มีระดับความสัมพันธ์ (r) สูงกว่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่อยู่ในกลุ่ม hazard โดยทั้งกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และกรณีหัวใจมีลักษณะทำนองเดียวกันคือพบว่าคู่ที่มีความสัมพันธ์สูงสุดไม่ใช่อยู่ในกลุ่ม hazard แต่อยู่ในกลุ่ม probability คือตัวแปรการควบคุมได้ (controllability) โดยกรณีโรคมะเร็งพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในตน (self-efficacy) สัมพันธ์กับการกินอาหารไขมันต่ำ (0.442) และการควบคุมได้ด้วยตนเอง (control by myself) สัมพันธ์กับการกินอาหารไขมันต่ำ (0.390) ส่วนโรคหัวใจพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นใจ (self-efficacy) กับ การกินอาหารไขมันต่ำ (0.378) การควบคุมได้ด้วยตนเอง (control by myself) สัมพันธ์กับการกินอาหารไขมันต่ำ (0.337) แสดงว่าตัวแปรในกลุ่ม probability ด้านการควบคุมได้

(controllability) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรคมามากกว่าตัวแปรในกลุ่ม hazard ยิ่งกว่านั้น ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอย (Multiple Regression) วิธี Stepwise พบว่าปัจจัยด้านแนวโน้ม (probability) ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันมากกว่าปัจจัยด้านภัยร้าย (hazard) คือทั้ง 2 กรณีศึกษาคือพบว่าตัวแปรจาก probability มีอิทธิพล (β) ต่อพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าตัวแปรกลุ่ม hazard กล่าวคือในกรณีโรคมะเร็งตัวแปร familiarity ($\beta = .331$) ส่งผลมากกว่า dread ($\beta = -.208$) ส่วนโรคหัวใจพบว่าค่า β ของแต่ละตัวแปรคือ self-efficacy (-.423) control by myself (.141) loss (.131) และ nearness (.113) ตามลำดับ จะเห็นว่า dread และ loss ซึ่งเป็นตัวแปรในกลุ่ม hazard ตกอยู่ในอันดับท้ายๆ จึงยืนยันว่าองค์ประกอบด้านแนวโน้มมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันสูงกว่าองค์ประกอบด้านภัยร้าย หมายความว่าตัวแปรด้านภัยร้าย (hazard) ด้านอาการความร้ายแรงน่ากลัว (dread) และด้านการสูญเสียประโยชน์ต่างๆ (loss) แม้ว่าทำให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันแต่ก็เป็นเพียงเล็กน้อย แต่การรับรู้องค์ประกอบด้านแนวโน้มทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันมากกว่าการรับรู้องค์ประกอบด้านภัยร้าย

การที่ตัวแปรในกลุ่มแนวโน้มก่อให้เกิดการป้องกันมากกว่าตัวแปรกลุ่มภัยร้าย เนื่องจากตามปกติมนุษย์รับรู้ภัยร้ายโดยมีอคติเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ว่าเหตุการณ์ร้ายๆ ไม่น่าจะเกิดกับเราแต่ น่าจะเกิดกับคนอื่นมากกว่า (third-person effect) แต่หากเป็นเหตุการณ์ดีๆ ก็จะมองว่าน่าจะเกิดกับตนมากกว่าคนอื่น อคติเช่นนี้ทำให้คนคิดว่าโรค (ในฐานะภัยร้าย) ถูกมองว่าเป็นเรื่องของผู้อื่นจึงมองว่าโรคเป็นสิ่งที่แยกขาดจากตัวเอง กรอบความคิดเช่นนี้ทำให้คนมองว่าโรคยังมีได้เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคามความเป็นอยู่ดีของตนจึงตกอยู่ในความประมาทและไม่ป้องกันตนเองจากโรค (Davison, 1983) แต่เมื่อถูกกระตุ้นว่าโรคนีมี “แนวโน้ม” เกิดกับเขาในอนาคตเท่าๆ กับคนอื่นๆ ในสังคม ทำให้เขาประเมินว่าโรคจะเกิดกับตนเองหรือไม่ ทำให้มนุษย์รู้สึกถึงความไม่แน่นอน (uncertainty) หรือความรู้สึกขาดความมั่นคงปลอดภัยจากการที่ชีวิตกำลังถูกคุกคามจากโรค จึงเริ่มมองว่าเป็นเรื่องของตนเองและเล็งเห็นว่าโรคอาจคุกคามตนเองจึงพยายามปฏิบัติตนในเชิงป้องกันการมองว่าโรคมีโอกาสเกิดกับตนเองได้นี้เองได้เปลี่ยนการรับรู้เดิมที่ว่าโรคเป็นเรื่องของคนอื่นกลายเป็นมองว่าเป็นเรื่องของตนจึงก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนี้ การที่พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรค (ซึ่งมีระดับความน่ากลัวต่างกัน) ได้รับอิทธิพลจากตัวแปรด้านแนวโน้มมากกว่าภัยร้าย ยังชี้ให้เห็นว่าประเด็นความน่ากลัวของโรคไม่ใช่ประเด็นที่นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันได้มากเท่าประเด็นด้านแนวโน้ม

ประเด็นที่ 2 การรับรู้แนวโน้มด้านการควบคุมได้ (perceived controllability) ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแต่การรับรู้แนวโน้มด้านความใกล้ (perceived nearness) ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง

2.1 การรับรู้แนวโน้มด้านการควบคุมได้ (perceived controllability) ส่งผลมากที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากความสัมพันธ์ทั้งในกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคหัวใจพบว่าการรับรู้ด้านการควบคุมได้ (controllability) สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง การที่ตัวแปรด้านการควบคุมได้ (ประกอบด้วย 2 ตัวแปรคือ 1. การควบคุมได้ด้วยตนเอง (control by myself) และ 2. ความสามารถในตน (self-efficacy)) เป็นตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์สูงกว่าตัวแปรอื่นๆ เนื่องจากการรับรู้การควบคุมได้ด้วยตนเอง (control by myself) ทำให้มนุษย์มีความรู้สึกว่าตนเองมีเสรีภาพและอำนาจในการเลือกทำด้วยความสมัครใจ (voluntary choice) และนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเพราะตนเป็นผู้ควบคุมโรคด้วยตนเอง ในขณะที่พฤติกรรมที่ถูกคนอื่นควบคุมจะทำให้ถูกมองว่าตนไร้เสรีภาพหรือถูกบังคับ (involuntary choice) จึงก่อความรู้สึกไร้อำนาจ (powerlessness) (Schmidt, 2004; Slovic, 2000) ประกอบกับอคติเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ที่ว่าสถานการณ์ที่ตนเป็นผู้ควบคุมเองจะสำเร็จมากกว่าสถานการณ์ที่ถูกผู้อื่นเป็นผู้กระทำจึงทำให้การรับรู้แนวโน้มด้านการควบคุมได้ส่งผลต่อการปฏิบัติมากกว่าตัวแปรอื่น ดังเห็นได้จากทั้งกรณีโรคมะเร็งและโรคหัวใจพบว่าตัวแปรด้านการควบคุมได้สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่อยู่ในความควบคุมของผู้อื่นต่ำกว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่วนตัว (การกินอาหารไขมันต่ำ การกินผักผลไม้ และการออกกำลังกาย) แสดงให้เห็นว่า การที่มนุษย์ตระหนักว่าพฤติกรรมที่อยู่ในความควบคุมของผู้อื่น เช่น การรับสารก่อมะเร็ง/การรับสารพิษ การกินอาหารปรุงแต่ง/ถนอมอาหารเป็นสิ่งยากต่อการควบคุมของตนจึงทำให้เขาหันมาเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนควบคุมได้เอง ดังนั้นพฤติกรรมส่วนตัว (เช่น กลุ่มพฤติกรรมการกินอาหาร) จึงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การควบคุมมากกว่าพฤติกรรมที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่าการที่บุคคลจะเลือกทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมิได้ขึ้นกับความรุนแรงของโรคแต่ขึ้นกับว่าเขาประเมินว่าพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นสิ่งที่เขาเป็นผู้ควบคุมได้เองหรือไม่ (Fishbein & Ajzen, 2010)

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองโรคมายังพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างตัวแปร self-efficacy กับตัวแปร control by myself ซึ่งทั้งคู่เป็นตัวแปรในกลุ่มการควบคุมได้ (controllability) พบว่าความสามารถในตน (self-efficacy) ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า control by myself ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยกรณีโรคมะเร็งพบว่าความสามารถในตน (self-efficacy) เป็นตัวแปรที่มีระดับความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมการกินอาหารไขมันต่ำ (0.442) การกินผักผลไม้ (0.276) และการออกกำลังกาย (0.228) ตามลำดับ ส่วนกรณีโรคหัวใจ พบว่าความสามารถในตน (self-efficacy) ก็มีระดับความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมการกินอาหารไขมันต่ำ

(0.378) และการกินผักผลไม้ (0.298) ส่วนการควบคุมได้ด้วยตนเอง (control by my self) (เป็นตัวแปรที่มีระดับความสัมพันธ์อันดับที่ 2) ในกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่าส่งผลต่อพฤติกรรมการกินอาหารไขมันต่ำ (0.390) และการกินผักผลไม้ (0.164) ส่วนกรณีโรคหัวใจพบว่าการควบคุมได้ด้วยตนเองส่งผลต่อการกินอาหารไขมันต่ำ (0.337) การที่ self-efficacy มีค่าความสัมพันธ์สูงกว่า control by myself หมายถึง แม้กลุ่มตัวอย่างมองว่ามีสิ่งอื่นนอกเหนือจากพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค (เช่นกรรมพันธุ์ โศกชะตา) แต่หากเขารับรู้ความสามารถในตนเองว่าตนเองมีความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสำเร็จตามเป้าหมายเขาก็มีแนวโน้มปฏิบัติแม้ว่ามีอุปสรรคใดๆ ชัดขวาง (Bandura, 1986; Fishbein & Ajzen, 2010) ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรครับรู้ทำนองเดียวกัน แสดงว่าไม่ว่าโรคจะถูกมองว่าร้ายแรงมากหรือน้อยเพียงใดแต่หากเขารับรู้ความสามารถในตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้เขาก็จะทำการป้องกัน

อย่างไรก็ตามแม้การรับรู้การควบคุมได้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันแต่ระดับความสัมพันธ์ยังอยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก แสดงว่าแม้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะตนเองควบคุมได้แต่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่องมากนัก จึงเป็นไปได้ว่าเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นวัยทำงานตอนต้นซึ่งส่วนใหญ่ทำงานประจำรายได้ค่อนข้างน้อยในขณะที่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในสังคมเมืองที่มีค่าครองชีพสูงต้องใช้ต้นทุนสูง เช่นอาหารปลอดสารพิษราคาสูงกว่าอาหารปนเปื้อนสารพิษ การปลูกผักกินเองต้องใช้ที่ดิน อุปกรณ์และเวลาในการดูแล เป็นต้น การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเช่นนี้จึงอาจขาดความพร้อมหรือสิ่งอำนวยความสะดวกบางอย่างที่จำเป็นต่อการควบคุมพฤติกรรมในสถานการณ์จริง (actual control) เช่น เวลา เงิน อุปกรณ์ออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกาย ครีวและอุปกรณ์ครีว ความรู้ ทักษะการทำอาหาร (skill /abilities / environment factors) เป็นต้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง social norm เช่นทัศนคติของกลุ่มเพื่อนสนิทและคนในครอบครัวว่าเห็นด้วยกับพฤติกรรมเหล่านั้นหรือไม่อีกด้วย (Ajzen, 1985)

2.2 การรับรู้แนวโน้มด้านความใกล้ (perceived nearness) ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง

จากการวิเคราะห์พบว่า nearness มีความสัมพันธ์ (r) กับพฤติกรรมเสี่ยง ในกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่ายิ่งกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าจะตนเองน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยง (nearness) กลับยิ่งทำให้มีพฤติกรรมรับสารก่อมะเร็ง(ดื่มสุรา สูบบุหรี่ รับเชื้อรา รับสารเคมี เครียด) มากยิ่งขึ้น (0.202) และยิ่งกินอาหารไขมันต่ำน้อยลง (-0.205) ลักษณะเช่นนี้เกิดในกรณีโรคหัวใจด้วยกล่าวคือ ยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าจะตนเองน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยง (nearness) ยิ่งมีพฤติกรรมรับพิษ (ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เครียด) มากขึ้น (0.271) และยิ่งกินอาหารไขมันต่ำน้อยลง (-0.130) หมายความว่า การที่กลุ่มเสี่ยงมองตนเองว่าเป็นผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคทำให้กลุ่มเสี่ยงกลับยิ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงแบบต่างๆ มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้

ระดับความสัมพันธ์ของกรณีโรคหัวใจมีค่าสูงกว่ากรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แสดงว่ากลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจมีความกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอนาคตมากกว่ากลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และปฏิบัติตนเสี่ยงมากกว่ากลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะตนเองน่าจะป่วยโรคเรื้อรังในอนาคตแต่กลับปฏิบัติพฤติกรรมไม่ดีต่อสุขภาพแสดงว่าการรับรู้เรื่องราวในด้านลบว่าตนเองมีแนวโน้มป่วยยิ่งก่อให้เกิดผลเชิงลบทางจิตวิทยาและทางพฤติกรรมคือยิ่งก่อความเครียดและนำไปสู่พฤติกรรมระบายนความเครียดที่เสี่ยงต่อโรคมามากยิ่งขึ้น ที่เป็นเช่นนี้ เป็นไปได้ว่าการรับรู้เรื่องราวด้านลบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ของตนเองก่อให้เกิดสภาวะไม่สมดุลในจิตใจ (cognitive dissonance) หรือเกิดความตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากเมื่อมนุษย์ถูกกระตุ้นด้วยข้อมูลด้านความเสี่ยง (โรค) ที่ความไม่แน่นอน (uncertainty) ทำให้มนุษย์พยายามคาดการณ์อนาคตว่าจะเกิดกับตนหรือไม่ จึงก่อให้เกิดการรบกวนสภาวะจิตใจที่สมดุลตามธรรมชาติ แต่เมื่อรับรู้เรื่องเจ็บไข้ได้ป่วยและ “รู้สึก” ว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดกับตนจึงทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุลในใจ (cognitive dissonance) เช่น ความกังวลใจ ความเครียด และความกลัวเกี่ยวกับการป่วยในอนาคต ดังนั้นเพื่อลดความไม่สมดุลนี้จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากสภาวะไม่สมดุลโดยการหามาตรการต่างๆ เพื่อนำจิตใจกลับคืนสู่ภาวะสมดุลเช่นเดิม (Festinger, 1957)

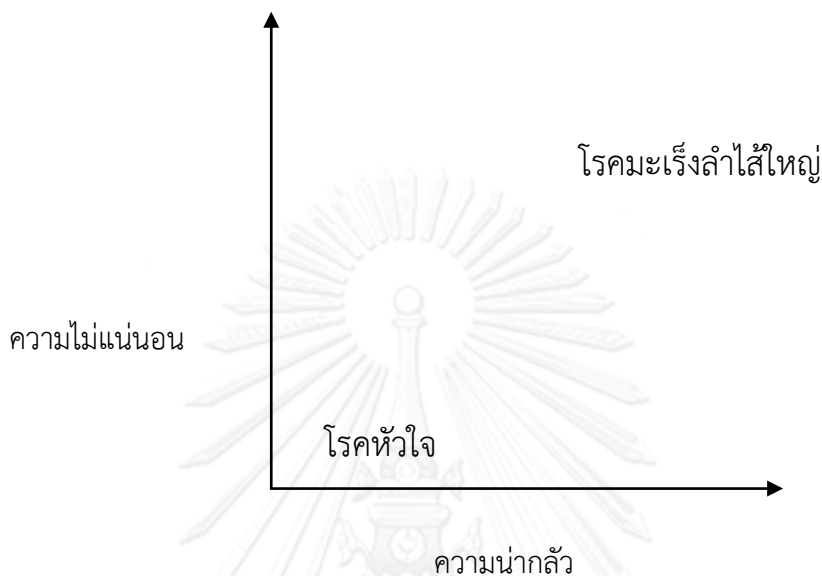
อย่างไรก็ตาม การเลือกมาตรการในการลดความเครียดของมนุษย์มักใช้เกณฑ์คุณค่าส่วนตัว (subjective value) ในการประเมินประโยชน์ในภาพรวม (overall utility) กลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าพฤติกรรมผ่อนคลายนความเครียดเหล่านี้ น่าจะได้ผลลัพธ์จากการกระทำ (outcome expectancy) ในสิ่งที่ตนชอบ (attitude toward behavior) (เช่น สุขสบายใจและการได้พบปะสังสรรค์) กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกทำพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้น (Fishbein & Ajzen, 2010; Renn, 2008a) ประกอบกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นความเสี่ยงที่ใช้เวลานานจึงจะเกิดโรค (delayed effect) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยสูงอายุแต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยหนุ่มสาวถึงวัยกลางคนจึงอาจมองว่าไม่ใช่เรื่องของช่วงวัยของตนเองดังนั้น การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมระบายนความเครียดของคนกลุ่มนี้จึงใช้ความสุขที่จับต้องได้ในปัจจุบันเป็นเกณฑ์มากกว่าคำนึงถึงภัยร้ายที่ยังไม่รู้ชัดเจนกว่าโรคจะเกิดกับตนหรือไม่ในอนาคต เมื่อใช้เกณฑ์คุณค่าส่วนตัวในด้านความสนุกความพึงพอใจเฉพาะหน้าเช่นนี้จึงมองว่าการทำพฤติกรรมดังกล่าวในปัจจุบันมีค่ามากกว่าความเจ็บป่วยในอนาคต (ซึ่งยังไม่รู้แน่ชัดว่าจะเกิดหรือไม่) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงเลือกกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพในการระบายนความเครียด ทั้งนี้ การกลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดเพื่อคลายความเครียดยังเกิดจากปัจจัยอื่นๆ อีกมาก เช่น ความเชื่อ (beliefs) ค่านิยมส่วนตัว (personal values) และบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อน (social norms)

ประเด็นที่ 3 กลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นตัวแปรในกลุ่มกระตุ้นความรู้สึกส่วนกลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจเป็นตัวแปรในกลุ่มกระตุ้นเหตุผล

การรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจมีลักษณะตรงกันข้าม จากการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงได้รับอิทธิพลจากตัวแปรความคุ้นเคย (familiarity) ($\beta = .35$) และความน่ากลัว (dread) ($\beta = -.21$) ตามลำดับ หมายความว่า ประสบการณ์ส่วนตัวและประสบการณ์ผ่านสื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งสะท้อนความแพร่หลายของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในสังคมปัจจุบันและความรู้สึกว่าโรคมะเร็งมีอาการรุนแรงและน่ากลัวส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงแบบที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจปฏิบัติตนในเชิงป้องกันคือ ความใกล้ (nearness $\beta = .397$) การควบคุมได้ด้วยตนเอง (control by myself $\beta = .327$) ความสามารถในตน (self-efficacy $\beta = -.206$) และการสูญเสีย (loss $\beta = .189$) หมายความว่าความรู้สึกว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยง การควบคุมได้ และการเล็งเห็นว่าตนเองจะเสียประโยชน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ การที่ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันของทั้ง 2 โรคเป็นตัวแปรคนละชุดกันแสดงว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งสองโรคแตกต่างกันอย่างตรงกันข้าม คือกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงแบบกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก ส่วนกรณีโรคหัวใจมีตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงแบบเหตุผล โดยตัวแปรด้านอารมณ์ส่งผลในระดับปานกลางถึงสูงมากต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนตัวแปรด้านเหตุผลส่งผลในระดับต่ำถึงต่ำมากต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ หมายถึงกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับอิทธิพลอย่างเด่นชัดมากกว่าปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงที่มีลักษณะกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก แต่กลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจได้รับอิทธิพลไม่มากนักจากปัจจัยเชิงเหตุผล

การที่กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่ได้รับอิทธิพลจากตัวแปรด้านเหตุผลแต่ได้รับอิทธิพลจากตัวแปรด้านอารมณ์ความรู้สึกเพราะลักษณะของโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความไม่แน่นอนสูง (uncertainty) คือปัจจุบันการแพทย์ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดว่ามะเร็งเกิดจากอะไร ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ใช้อยู่เป็นปัจจัยที่รวบรวมจากผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าปัจจัยเหล่านี้คือปัจจัยที่ก่อให้เกิดมะเร็ง นอกจากนี้มะเร็งมีอาการรุนแรงจึงกระตุ้นความรู้สึกกลัวมากกว่าโรคอื่นๆ การที่มะเร็งมีลักษณะความไม่แน่นอนสูงเช่นนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงการขาดความมั่นคง การรับรู้ความแพร่หลายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และความน่ากลัวของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกลัวจึงไม่ใช่หลักเหตุผลแต่ใช้อารมณ์ในการตัดสินใจป้องกันโรค กล่าวคือเมื่อรู้สึกว่าเป็นโรคมะเร็งกันมากและโรคมะเร็งร้ายแรงจึงป้องกันไว้ก่อนไม่ว่ามาตรการป้องกันนั้นจะเป็นพฤติกรรมอะไร ตรงกันข้ามกับกรณีโรคหัวใจคือการที่พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจไม่ได้รับ

อิทธิพลจากตัวแปรเชิงอารมณ์แต่ได้รับอิทธิพลจากตัวแปรเชิงเหตุผลเนื่องจากโรคหัวใจเป็นโรคที่มีความไม่แน่นอนต่ำ (หรือมีความแน่นอนสูง(high certainty)) คือมีความรู้ที่เชื่อถือได้จำนวนมากที่อธิบายชัดเจนว่าสาเหตุมาจากอะไร ป้องกันรักษาได้ด้วยพฤติกรรมใด



ภาพที่ 5.4 แสดงผลวิเคราะห์การรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจ

ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รู้สึกว่าตนเองมีความเกี่ยวข้องในระดับต่ำ (low involvement) ดังที่ตัวแปรการรับรู้ความใกล้ (nearness) ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยังไม่ค่อยมีความรู้สึกรู้ว่าเป็นเรื่องของตนเองหรือยังไม่มองว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีแรงจูงใจต่ำในการคิดด้วยหลักเหตุผลดังนั้นเส้นทางรอง (peripheral route) หรืออารมณ์ความรู้สึกจึงเข้ามามีอิทธิพลต่อการประมวลข้อมูล ส่วนกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจรู้สึกที่ตนเองมีความเกี่ยวข้องมาก (high involvement) ดังที่ตัวแปรการรับรู้ความใกล้ (nearness) มีอิทธิพลสูงสุดในกลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจึงรู้สึกที่ตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงทำให้มองว่าการป่วยเป็นโรคหัวใจจึงเป็นเรื่องของตนเองโดยตรงส่งผลให้มีแรงจูงใจสูงในการพิจารณาไตร่ตรองข้อมูลจึงใช้เส้นทางหลัก (central route) หรือหลักเหตุผลในการประเมินข้อมูลความเสี่ยง (Petty & Cacioppo, 1981, 1984)

ตารางที่ 5.1 แสดงตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่ได้รับอิทธิพลจากระดับความเกี่ยวพัน

involvement		
-------------	--	--

	Cancer	CHD
Low (peripheral route)	familiarity dread	-
High (central route)	-	nearness controllability benefit

อย่างไรก็ตามแม้การวิเคราะห์ถดถอยพบว่า familiarity และ dread เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรม แต่จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่าทั้งสองโรคมะเร็งระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้กับพฤติกรรมต่ำถึงต่ำมาก คือกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่า familiarity มีความสัมพันธ์กับทุกพฤติกรรมแต่ระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก ($r = 0.191-0.323$) แสดงว่าแม้พฤติกรรมป้องกันของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ตรงและประสบการณ์ผ่านสื่อแต่ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งเหล่านั้นก็มิได้ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันในสถานการณ์จริงมากนัก แต่น่าจะก่อให้เกิดภาวะความรู้สึกไม่สบายใจหรือกังวลใจ (cognitive dissonance) ว่าตนเองมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยภาวะอารมณ์ดังกล่าวยังไม่นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันจริงๆ มากนักเนื่องจากปัจจัยที่ก่อพฤติกรรมป้องกันคือการรับรู้ที่ตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมป้องกันได้หรือไม่ (controllability ดังที่อภิปรายแล้วในประเด็นที่ 1 และ 2)

ประเด็นที่ 4 ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางในโรคมะเร็งลำไส้ที่เป็นกรณีศึกษา

อภิปรายผลประเด็นที่ 1 การที่ตัวแปรความคุ้นเคย (fa) ตัวมันเองตัวเดียวมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ในที่นี้ผลมีค่าเป็นบวก ($F=19.69, p=.000$) หมายถึงการรู้เห็นหรือมีประสบการณ์มากเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ยิ่งทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก นอกจากนี้ยังเป็นไปได้ว่าประสบการณ์การรู้เห็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากทำให้เกิดความรู้สึกว่าโรคมะเร็งไม่ใช่ของแปลกใหม่ในปัจจุบันนี้ เนื่องจากมีคนจำนวนมากป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ทำให้เกิดความคุ้นชินจนมองเป็นเรื่องธรรมดา ปรับตัวหรือยอมรับความจริงได้

การที่มีประสบการณ์มากแต่ยังทำให้ปฏิบัติตนเสี่ยงมากขึ้น อาจเป็นไปได้ว่าโรคที่มีความไม่แน่นอนสูง กล่าวคือในผู้ที่พฤติกรรมไม่เสี่ยงก็ยังคงเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ อาจทำให้คิดว่าถึงป้องกันไปแต่ก็ยังมีแนวโน้มเกิดโรคได้อยู่ ดังนั้นจะสละความสุขในปัจจุบันเพื่ออะไร

นอกจากนี้ โรคที่มีความไม่แน่นอนสูงเช่นมะเร็งยังอาจทำให้เกิดอคติ (bias) หรือกรอบความคิดที่ประกอบด้วยภาพชุดความหมาย (semantic image) ว่าการเกิดโรคอยู่เหนือการควบคุมของตน หรือเป็นความเสี่ยงในฐานะพรหมลิขิต (*Risk as a stroke of fate.*) เช่น โรคจะเกิดหรือไม่เกิดไม่ใช่เรื่องที่เราจะควบคุมได้แต่เป็นถูกกำหนดไว้ตามชะตากรรม (Renn, 2008a) จึงอาจทำให้ไม่ใส่ใจที่จะป้องกันแต่ดำเนินชีวิตแบบเลือกอยู่กับความสุขในปัจจุบันกับพฤติกรรมที่ตนเองพึงพอใจ (utility) และไม่ใส่ใจว่าจะต้องบังคับตนเองให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงเช่นบังคับตนเองไม่ให้กินอาหารกลุ่มไขมันสูงหรือเลิกสูบบุหรี่ คนแบบนี้พึงพอใจกับพฤติกรรมเสี่ยงของตัวเอง ยอมรับความเสี่ยงได้ และเลือกที่จะอยู่กับความเสี่ยงแม้ตระหนักดีว่าอาจก่อให้เกิดผลเสียในอนาคต

อภิปรายประเด็นที่ 2 การที่ตัวแปรความกลัว ตัวมันเองตัวเดียวส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ผลมีค่าเป็นบวก ($F=14.23, p=.000$) แสดงว่ายิ่งรู้สึกกลัวมากยิ่งขึ้นทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก แสดงว่าในกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น ความกลัวทำให้เกิดความไม่สมดุลในใจหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความน่ากลัวทำให้ยิ่งรู้สึกเครียดจึงหันไปหาทางออกเพื่อคลายความเครียดหรือความกังวลใจด้วย เช่น สูบบุหรี่ กินอาหารไขมันสูง กินของหวาน เป็นต้น แม้พฤติกรรมเหล่านี้ คนทั่วไปส่วนใหญ่มองว่าเป็นการระบายความเครียดแต่เป็นพฤติกรรมที่ยังทำยิ่งสุขภาพแย่ลง เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนไหวทางจิตใจสูงคือมีความเครียดและกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพและอนาคตของตนเองอยู่แล้ว (Muthusamy, et al., 2009; Sowattanangoon, et al., 2009) เมื่อรับรู้ความกลัวเพิ่มเข้าไปอีกจึงยิ่งเกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงพยายามหาทางออกเพื่อลดความกลัวที่รับรู้ (Festinger, 1964)

การที่ตัวแปรความสามารถในตน (self) เมื่อรวมกับตัวแปรความคุ้นเคย (fa) ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ($F=2.40, p=.050$) หมายความว่า ในกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงที่มีประสบการณ์รู้เห็นมากเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง แสดงว่า ผู้ที่มองตนเองว่าทำอะไรก็สำเร็จนั้นแม้ว่าเขาู้เห็นเรื่องราวของโรคร้ายมามากแต่ก็ไม่ได้ทำให้เขาเกิดความกลัวจนต้องหันมาเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันมิให้ตนเองป่วยแต่อย่างใด อาจเนื่องจากความเชื่อมั่นที่สูงว่าหากตนจะป้องกันเมื่อไรก็ได้ หรืออาจเป็นไปได้ว่าเมื่อรับรู้เกี่ยวกับโรคมามากทำให้เขารู้สึกว่าเห็นเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่เกิดขึ้นมาแล้วเจ็บป่วยทำให้รับความจริงได้ อยู่กับความจริงได้ เป็นต้น ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตัวเองแต่อย่างใด

การที่ผลวิเคราะห์เชิงปฏิสัมพันธ์ในภาพรวมพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในตนต่ำ (low self) และกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในตนปานกลาง (mid. self) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มที่มีความสามารถในตนต่ำ (low self) และกลุ่มที่มีความสามารถในตนปานกลาง (mid. self) ไม่ว่าจะรับรู้ความกลัวมากหรือน้อย และมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมามากหรือน้อยก็ไม่ก่อให้เกิดการปฏิบัติใดๆ เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้ไม่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าตนจะทำอะไรได้สำเร็จได้ในสถานการณ์ต่างๆ และหากเป็นการกระทำในสถานการณ์ที่มีอุปสรรคขัดขวางยิ่งเป็นไปได้ยากมากขึ้น (Bandura, 1977a)

อภิปรายคู่ที่ 1 การที่ผลวิเคราะห์พบว่าภายในกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยที่มีความกลัวน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีความกลัวมากนั้น แสดงว่าความกลัวทำให้คนกลุ่มนี้ลดพฤติกรรมเสี่ยงลง ส่วนคนที่กลัวน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก เนื่องจาก คนมั่นใจในตนเองสูงจะมองตัวเองว่าเขาสามารถทำอะไรก็สำเร็จ แม้ว่ามีอุปสรรคหรือล้มเหลวก็สามารถฝ่าฟันและฟื้นตัวได้เร็ว (Bandura, 1986) ทำให้มองการเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องง่ายสำหรับตนเอง ดังนั้นจึงคิดว่าหากเมื่อใดตนจะลุกขึ้นมาเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก็มองว่าตนสามารถทำได้แม้ว่าอาจมีอุปสรรค นอกจากนี้การที่มะเร็งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมส่วนตัวจึงอาจทำให้คนที่มีความมั่นใจสูงมองพฤติกรรมเหล่านั้นเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง ดังที่ Sjoberg กล่าวว่าความเสี่ยงส่วนตัว (private risks) เป็นความเสี่ยงที่มนุษย์รับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimate) เพราะพฤติกรรมส่วนตัวธรรมดาๆ นี้เองที่ก่อให้เกิดอคติเข้าข้างตนเองว่าตนเองควบคุมได้และจะหยุดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองเมื่อใดก็ได้ (Sjoberg, 2000) ดังนั้นกล่าวได้ว่า การรับรู้ความกลัวในระดับน้อยในกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคทำให้ไม่รู้ถึงอาการความรุนแรงของโรคมักทำให้คนเหล่านี้เกิดความประมาทจึงปฏิบัติตนเสี่ยงกว่าคนที่รับรู้ความกลัวมาก

การที่คนที่เชื่อในความสามารถของตนสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยที่รู้สึกกลัวโรคมะเร็งลำไส้เล็กน้อย ปฏิบัติตนเสี่ยงกว่าคนที่กลัวมากนั้น แสดงว่าตัวแปรความสามารถในตนสูงกลับกลายเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนที่มีความมั่นใจเกี่ยวกับโรคน้อยและกลัวน้อย ดังนั้นในกรณีที่ต้องสื่อสารกับคนกลุ่มนี้จึงควรสื่อสารความน่ากลัวโดยอาจเพิ่มประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่น่ากลัวของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นอวัยวะภายในออกมาให้เห็น เป็นต้น การเพิ่มความกลัวและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการให้มากขึ้นน่าจะทำให้คนที่รับรู้ความสามารถในตนเองสูงเหล่านี้เกิดความรู้สึกกลัวและรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากขึ้นและน่าจะเพิ่มแนวโน้มการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้

คู่ที่ 2 อภิปรายได้เช่นเดียวกับกรณีแรกคือการที่ภายในกลุ่มผู้มีความสามารถในตนเองสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคปานกลางพบว่าผู้ที่มีความกลัวน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคปานกลาง ที่มีความกลัวปานกลาง แสดงว่าระดับความรู้สึกกลัวเป็นปัจจัยที่เป็นตัวแปรให้เกิดการป้องกันหรือการไม่ป้องกันของคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคในระดับปานกลาง กล่าวคือคนที่กลัวในระดับปานกลางและสูงเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำกว่าคนที่กลัวน้อย ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับที่อภิปรายแล้วในประเด็นก่อนนี้

กรณีคู่ที่ 3 นี้ก็สอดคล้องกับ 2 กรณีแรก คือแตกต่างกันที่ตัวแปรความกลัวระดับต่ำกับสูง กล่าวคือคนที่รับรู้ความกลัวต่ำมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าคนที่รับรู้ความกลัวสูง ซึ่งเป็นการยืนยันอีกครั้งว่า ในกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถในตนเองสูงและมีประสบการณ์โรคมาเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับปานกลางที่มีความกลัวน้อย เป็นกลุ่มที่ทำตัวเสี่ยงกว่ากลุ่มผู้ที่มีความกลัวมาก

จากผลการวิเคราะห์ 3-way ANOVA ดังที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า แม้ว่าประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและความกลัวโดยตัวมันเองเดี่ยวๆ จะมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมก็ตามแต่เป็นอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เพราะเป็นตัวแปรที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำไปใช้เดี่ยวๆ ในบริบทของกลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งเนื่องจากทำให้ในกลุ่มคนที่มีความกลัวมากอยู่แล้วเกิดความเครียดและหาทางออกด้วยพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

จากผลวิเคราะห์นี้ แสดงให้เห็นว่า ในการจัดการความเสี่ยงที่มีต้นเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเช่นกรณีโรคมาเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น การรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกัน ในขณะที่การรับรู้ความกลัวก็มีอิทธิพลต่อกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงต่อการป้องกันเท่านั้นโดยส่งผลร่วมกับประสบการณ์การรู้เห็นเกี่ยวกับโรค ดังนั้นกรณีที่จะใช้ความกลัวในการสื่อสารเชิงป้องกันโรคมาเร็งลำไส้ใหญ่จึงควรใช้แนวทางการสื่อสารเพิ่มความกลัวกับคนที่รับรู้ความสามารถในตนเองสูงที่รับรู้ความกลัวต่ำและมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคต่ำถึงปานกลาง เพื่อความกลัวจะเป็นปัจจัยที่เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการรับรู้ประสบการณ์โรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถทำพฤติกรรมป้องกันโรคได้ ดังนั้นการใช้ความกลัวกับคนหมู่มากที่ไม่ได้แบ่งกลุ่มด้วย 2 ตัวแปรนี้อาจทำให้คนที่รับรู้ความสามารถตัวเองต่ำได้รับผลกระทบทางจิตใจในทางลบมากขึ้น ความกลัวจึงเหมาะกับการนำไปใช้สื่อสารกับคนในบางกรณีคือเฉพาะกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันสูง มีประสบการณ์โรคมาเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งระดับน้อยและปานกลางที่มีความกลัวต่ำ

ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์เจาะลึกอิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ กลุ่มเสี่ยง

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ทำให้ได้ตัวแปรความสามารถในตนไปใช้เป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยผลิตสื่อโปสเตอร์โฆษณา 2 แบบคือโปสเตอร์โฆษณาที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน และโปสเตอร์โฆษณาที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน เมื่อนำสื่อทั้งสองแบบ ไปสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อศึกษาผลจากตัวแปรความสามารถในตนที่มีต่อความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน สามารถสรุปผลวิจัยและอภิปรายผลดังนี้

สรุปผลวิจัย

1. อิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผลการสัมภาษณ์เจาะลึกแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และผลวิเคราะห์อิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เจาะลึกคือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (มีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัยขึ้นไป เช่น มีพันธุกรรมเสี่ยง มีอาการไอคลื่นไส้อาการของโรค เคยตรวจร่างกายแล้วได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรค เคยผ่านการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ มีผลการตรวจร่างกายเกินเกณฑ์มาตรฐานเช่นค่าความดันสูง ไขมันสูง น้ำตาลสูง น้ำหนักเกินมาตรฐาน มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น ไม่กินผักผลไม้ ชอบกินอาหารไขมันสูง มีความเครียดสูง ไม่ออกกำลังกายหรือใช้แรงกายในชีวิตประจำวันน้อย เป็นต้น) โดยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ในการคัดกรองคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลที่ดูสื่อทั้ง 2 ชนิดแล้วให้แสดงความคิดเห็นว่าข้อความ self-efficacy มีผลต่อตนเองในด้านความรู้สึกและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตามที่สื่อแนะนำหรือไม่ เพราะเหตุใด จากการคัดกรองพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และยินดีให้สัมภาษณ์มีจำนวน 23 คน แบ่งเป็นเพศชาย 6 คนและหญิง 16 คน อายุตั้งแต่ 29 ถึง 63 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ถึงปริญญาเอก ทั้งนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มี 10 คน

1.2 อิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) ส่งผลต่อกลุ่มเสี่ยงเกือบทั้งหมดคือทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อสื่อและต่อพฤติกรรมการป้องกันและอยากจะทำตาม โดย

กลุ่มเสี่ยงเกือบทั้งหมดเกิดความรู้สึกได้รับกำลังใจยิ่งขึ้นและมีความรู้สึกอยากป้องกันตามที่สื่อบอก อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติในสถานการณ์จริงอาจเป็นไปได้ยากเพราะอิทธิพลจากคนแวดล้อม ความรับผิดชอบและปัจจัยทางสังคม นอกจากนี้คนที่มีความคิดในเชิงบวกต่อสื่อแบบหนึ่งจะมีทัศนคติต่อสื่ออีกแบบหนึ่งในทางเฉยๆ หรือทางลบคือมองว่าสื่ออีกชิ้นไม่ทำให้ตนรู้สึกอยากปฏิบัติเช่นแสดงความรู้สึกในทางลบต่อแนวทางการสื่อสารเชิงบังคับ (ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน) โดยแสดงความคิดเห็นในทางตรงกันข้าม เช่นไม่ชอบ ดูเป็นทางการเกินไป ดูเป็นการบังคับ ทำให้มองข้อเสนอแนะยากไปด้วย และทำให้ไม่อยากปฏิบัติตาม เป็นต้น

2. อิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ

ผลวิจัยการสัมภาษณ์เจาะลึกแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และผลวิเคราะห์อิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เจาะลึกคือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (มีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัยขึ้นไป เช่น มีพันธุกรรมเสี่ยง มีอาการใกล้เคียงอาการของโรค เคยตรวจร่างกายแล้วได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรค เคยผ่านการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ มีผลการตรวจร่างกายเกินเกณฑ์มาตรฐานเช่นค่าความดันสูง ไขมันสูง น้ำตาลสูง น้ำหนักเกินมาตรฐาน มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น ไม่กินผักผลไม้ ชอบกินอาหารไขมันสูง มีความเครียดสูง ไม่ออกกำลังกายหรือใช้แรงกายในชีวิตประจำวันน้อย เป็นต้น) โดยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ในการคัดกรองคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลที่ดูสื่อทั้ง 2 ชนิดแล้วให้แสดงความคิดเห็นว่าข้อความ self-efficacy มีผลต่อตนเองในด้านความรู้สึกและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตามที่สื่อแนะนำหรือไม่ เพราะเหตุใด จากการคัดกรองพบว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และยินดีให้สัมภาษณ์มีจำนวน 23 คน แบ่งเป็นเพศชาย 6 คนและหญิง 16 คน อายุตั้งแต่ 29 ถึง 63 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ถึงปริญญาเอก ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงโรคหัวใจมี 13 คน

2.2 อิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ พบว่า มีลักษณะทำนองเดียวกับกรณีที่พบจากการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กล่าวคือสื่อที่ใช้แนวทางการสื่อสารแบบมีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) ส่งผลต่อกลุ่มเสี่ยงเกือบทั้งหมดคือทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อสื่อและต่อพฤติกรรมการป้องกันและอยากจะทำตาม โดยกลุ่มเสี่ยงเกือบทั้งหมดเกิดความรู้สึกในด้านดีและมีความรู้สึกอยากป้องกันตามที่สื่อบอก อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติจริงอาจเป็นไปได้ยากเนื่องจากได้รับอิทธิพลจากคนในครอบครัวและ

สังคมแวดล้อม ส่วนสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message) อย่างไรก็ตาม ก็ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ปัญหาสุขภาพรุนแรงเฉพาะอย่างเช่นผู้มีข้อจำกัดด้านร่างกาย เนื่องจากทำให้ได้ข้อมูลที่จำเป็น ถูกต้อง และเป็นข้อเท็จจริงและช่วยให้ได้ข้อมูลสำหรับค้นหาสิ่งที่สอดคล้องกับโรคประจำตัวของตนเองต่อไป

อภิปรายผล

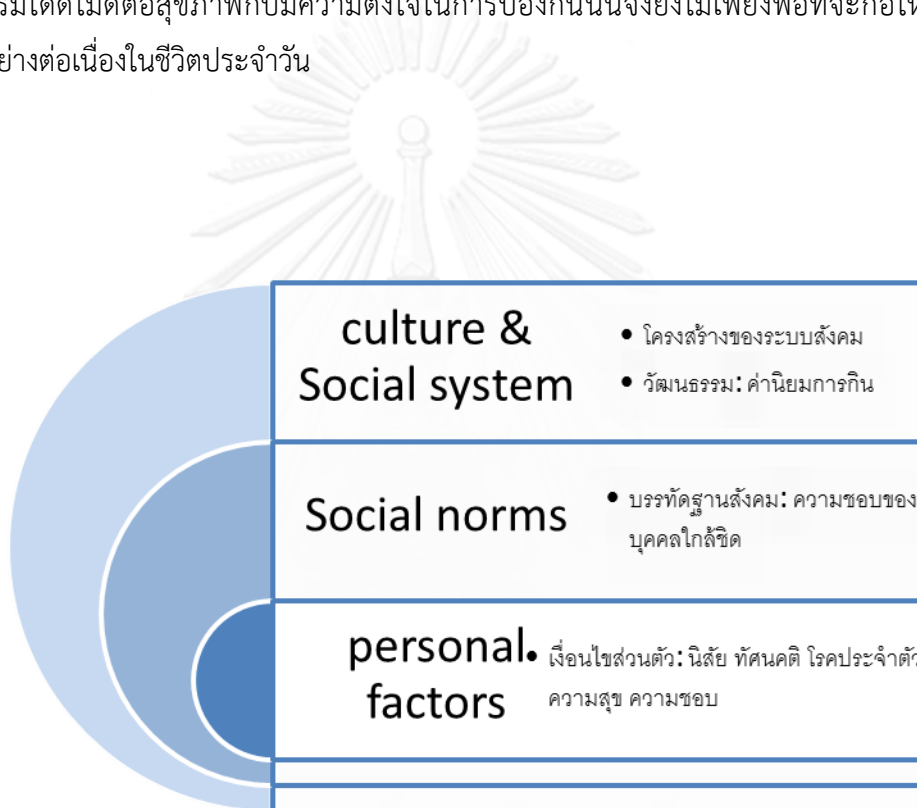
จากการศึกษาในระยะที่ 2 ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อศึกษาอิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงทั้งกรณีศึกษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายต่อไปนี้

1. ลักษณะของสังคมไทยโดยรวมมีบทบาทสำคัญต่อทั้งต่อการสนับสนุนและขัดขวางปัจเจกบุคคลที่มีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ
2. คนใกล้ชิดมีอิทธิพลสำคัญต่อปัจเจกบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
3. แม้ว่ามนุษย์มีความสามารถในการใช้เหตุผลแต่ในทางปฏิบัติมักไม่เป็นไปตามหลักการตัดสินใจในอุดมคติ
4. การสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเป็นกระบวนการสื่อสาร 2 ทาง
5. การที่ปัจเจกบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นนอกจากได้รับอิทธิพลจากสื่อแล้วยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ด้วย ปัจจัยที่สำคัญที่สุดได้แก่ประสบการณ์ในการควบคุม
6. ในกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพด้วยกันแม้ว่าพฤติกรรมด้านการกินเป็นเรื่องที่คนส่วนใหญ่รู้สึกว่ายินดีจะปรับเปลี่ยนและมีความตั้งใจปฏิบัติมากกว่าการออกกำลังกาย และการใช้ร่างกาย

ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ลักษณะของสังคมไทยโดยรวมมีบทบาทสำคัญต่อทั้งต่อการสนับสนุนและขัดขวางปัจเจกบุคคลที่มีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ (Rozin, 1990) การไม่มีอาหารสุขภาพขายในสังคมใกล้ตัวแต่มีร้านอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพส่งผลทางตรงทำให้การเลือกอาหารเป็นไปตามที่สังคมกำหนด เช่น ที่ทำงาน สถานศึกษา สนับสนุนให้มีอาหารสุขภาพขายอย่างแพร่หลายและควบคุมอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพไม่ให้มีมากเกินไปจะทำให้ผู้ที่มีความตั้งใจจริงสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอในสถานการณ์จริง เนื่องจากปัจจุบันคนมีความรู้มากและตระหนักดีว่า

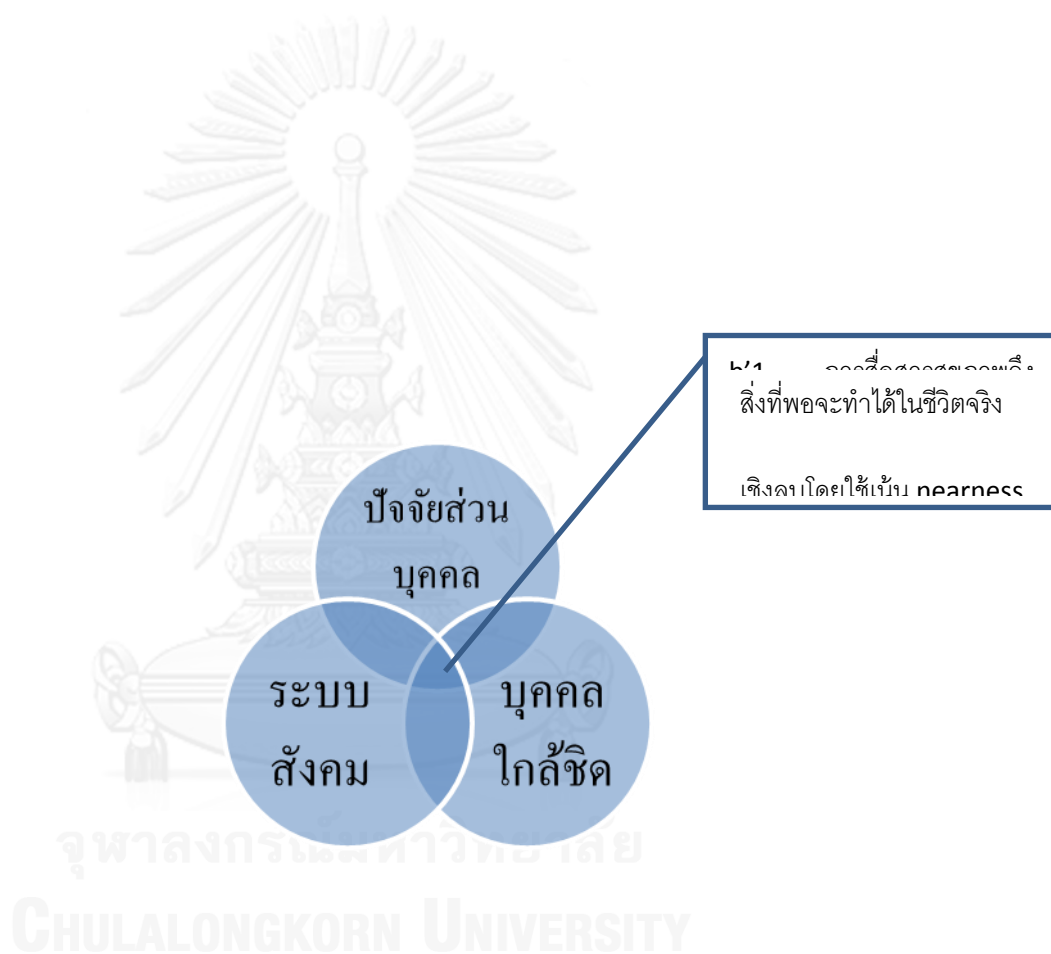
พฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันโรคได้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอในชีวิตจริงแม้ว่าตนจะมีความตั้งใจสูง เช่นอาศัยอยู่ในย่านที่ไม่มีอาหารสุขภาพขายอย่างแพร่หลายทำให้การหาซื้อผักสดผลไม้และผักพื้นบ้านจึงเป็นเรื่องไม่ถนัดนักในสังคมเมืองปัจจุบันแต่อาหารที่นำไปสู่โรคกลับเป็นสิ่งที่หาซื้อได้สะดวกกว่าและยังผลิตออกมาขายและโฆษณาอย่างหนัก เช่น ขนมถุง ของปิ้งย่างทอด เบเกอรี่ กาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม ฟาสต์ฟู้ด เป็นต้น อาหารไม่ดีต่อสุขภาพอาหารสุขภาพในสังคมเมืองจึงซื้อได้ง่ายกว่าจึงมีการบริโภคบ่อยกว่า การที่ปัจเจกบุคคลมีความรู้และตระหนักว่าพฤติกรรมใดดีไม่ดีต่อสุขภาพก็มีความตั้งใจในการป้องกันนั้นจึงยังไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน



ภาพที่ 5.5 ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพฤติกรรมป้องกันโรค

พฤติกรรมสุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องส่วนบุคคลเท่านั้นแต่เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ออกจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Bandura, 1977b) การส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวจึงเป็นประเด็นที่สังคมต้องตระหนักและร่วมส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมที่สนับสนุนให้คนมีสุขภาพดีอย่างทั่วถึงเนื่องจากการที่ปัจเจกบุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากโครงสร้างสังคมโดยรวมทั้งในวงกว้างเช่น นโยบาย กฎหมาย สื่อมวลชน สถานที่สาธารณะ และวงแคบ เช่น สถานที่ทำงาน สถานศึกษา กลุ่มชมรม และครอบครัวจึงจะเกิดผล (ดวงพร คำคุณวัฒน์, พรทิพย์ อุกุรัตน์, et al., 2550) เพื่อสร้างระบบค่านิยมและมาตรการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับพฤติกรรมที่

ต้องการส่งเสริม เพื่อให้เกิดพื้นที่ของประเด็นสุขภาพทั้งพื้นที่ในวงกว้างและวงแคบ อุปกรณ์ กิจกรรม ส่งเสริม และอื่นๆ ที่จำเป็นและเป็นปัจจัยพื้นฐานต่อการปฏิบัติจริงในระยะยาว (Kotler & Lee, 2008)



ภาพที่ 5.6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในสถานการณ์จริง

ประเด็นที่ 2 คนใกล้ชิดมีอิทธิพลสำคัญต่อปัจเจกบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมีบทบาทหน้าที่ในการเกื้อหนุนช่วยเหลือกันและกันเช่นคนในครอบครัวทำอาหารให้รับประทาน ช่วยดูแลความเป็นอยู่ ให้รายได้และที่พักอาศัย เป็นต้น ดังนั้น หากคนใกล้ชิดไม่ใส่ใจต่อการป้องกันโรค หรือไม่ชอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงก็ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เนื่องจากความเกรงใจ ความรัก หรือตามใจคนใกล้ชิด พฤติกรรม

สุขภาพเชิงป้องกันจึงเป็นประเด็นที่คนในครอบครัวต้องตระหนักร่วมกัน เนื่องจากหากคนในครอบครัวไม่เห็นความสำคัญ ไม่เห็นด้วยหรือไม่ใส่ใจจะเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ปัจเจกบุคคลมีความตั้งใจ สอดคล้องกับที่ Ajzen กล่าวว่าบรรทัดฐานสังคม (social norm) เป็นทั้งปัจจัยที่สนับสนุนและขัดขวางพฤติกรรม (Ajzen, 1985)

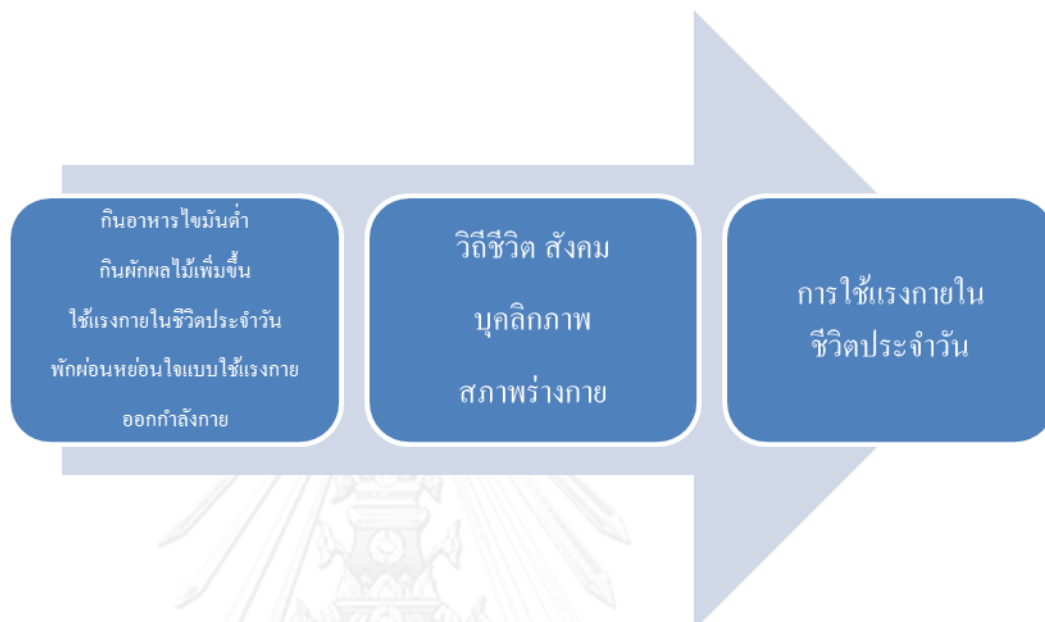
ประเด็นที่ 3 แม้ว่ามนุษย์มีความสามารถในการใช้เหตุผลแต่ในทางปฏิบัติมักไม่เป็นไปตามหลักการตัดสินใจในอุดมคติ (prescription) กล่าวคือเมื่อมนุษย์ตกอยู่ในสถานการณ์จริง มักมีปัจจัยจำนวนมาก เช่น เวลาที่มี และแรงกดดันทางสังคมต่างก็เข้ามามีอิทธิพลต่อการประเมินความเสี่ยงทำให้การรับรู้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงและนำไปสู่พฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ที่ผิดพลาดเหล่านั้นทำให้ปัจเจกบุคคลไม่สามารถรับไปใช้ได้ทั้งหมดในทันที (Janis & Mann, 1977)

ทั้งนี้ ท่ามกลางปัจจัยแวดล้อมจำนวนมากนั้น บริบทของแต่ละบุคคลยังมีรายละเอียดซับซ้อนที่ส่งผลต่อการรับหรือไม่รับไปปฏิบัติอีกด้วย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (Internal factors) เช่น ทักษะคติ (attitudes) ประสบการณ์ (experiences) บรรทัดฐานของคนใกล้ชิด (social norms) (Fishbein & Ajzen, 2010) นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมก็ส่งผลร่วมกันต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1986) และการที่แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันนี้เองจึงทำให้เกิดการยอมรับพฤติกรรมสุขภาพในฐานะสิ่งใหม่หรือนวัตกรรมเข้าสู่วิถีชีวิตโดยมีการปรับให้เข้ากับตนเองเพื่อนำวิธีการป้องกันโรคไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลจึงทำให้เกิดการรับนวัตกรรมซ้ำในคนบางกลุ่ม (Rogers, 2003) เช่น

ปัจจัยทางร่างกาย (physical factors) ค่อนข้างเป็นปัจจัยหลักในการพิจารณาตัดสินใจที่มีน้ำหนักมากว่าบุคคลนั้นจะรับพฤติกรรมสุขภาพด้านใดเข้ามาในชีวิตหรือไม่ อย่างไร เช่น น้ำหนักตัว ความอ้วน โรคประจำตัว เนื่องจากกรณีเช่นนี้ร่างกายกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเช่น การออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ และการออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผน ส่วนการมีรูปร่างอ้วนทำให้เกิดปัญหาในการออกกำลังกายบางชนิดบางท่าหรือการมีน้ำหนักมากเกินไปทำให้เกิดการบาดเจ็บ เป็นต้น

ลักษณะทางจิตใจ (psychological aspect) เช่น ทักษะคติต่อการออกกำลังกาย ทักษะคติต่อการกิน ความสุขที่ได้รับจากการกิน และบุคลิกภาพบางอย่าง เช่น บุคลิกเฉื่อยชา เก็บตัว การไม่ชอบเป็นผู้กระทำ (passive personality) ชอบของง่ายๆ ทำได้ง่ายแต่ได้ผลลัพธ์สูง ไม่ชอบการบังคับ และการไม่ชอบการแข่งขันหรือการกดดันตัวเอง ยังส่งผลต่อการออกกำลังกาย คนที่มีลักษณะข้างต้นมักไม่ชอบออกกำลังกายแบบเล่นกีฬาจริงจังเนื่องจากทำให้เขามีความรู้สึกกดดัน เหนื่อย หรือรู้สึกในเชิงแข่งขันมากเกินไป คนที่มีลักษณะเหล่านี้ แม้ว่าจะได้รับอิทธิพลจากสื่อส่งเสริมสุขภาพแต่ก็ยืนยันว่า

ไม่ทำในสิ่งที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและสิ่งที่ตนมีทัศนคติไม่ดี จึงเลี่ยงไปทำในสิ่งที่ทำได้และรู้สึกปลอดภัยโดยพยายามออกแรงเพิ่มในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันแทนหรือมีฉะนั้นก็ชอบที่จะลดอาหารบางอย่างหรือเลือกอาหารสุขภาพกินมากกว่าออกกำลังกาย เป็นต้น



ภาพที่ 5.7 กระบวนการคัดกรองข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

ความแตกต่างในด้านต่างๆ ของคนและความปัจเจกบุคคล (individualism) ในยุคปัจจุบันจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดหรือเปลี่ยนการกระทำให้รับพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันอย่างทันทีและอย่างถอนรากถอนโคน ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้เองที่มีบทบาทในการคัดกรองว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับตนเอง สิ่งที่ไม่เหมาะสมจะถูกคัดทิ้งไป ส่วนสิ่งที่คิดว่าเหมาะสมก็จะถูกนำไปปรับให้เข้ากับตนเอง การสื่อสารความเสี่ยงในบริบทสุขภาพจึงแตกต่างจากการสื่อสารการตลาดและอาจนำมาปรับใช้ได้เฉพาะในบางบริบท (Leiss, 1996) เนื่องจากประเด็นสุขภาพมีความละเอียดอ่อนสูงและอาจมีผลเสียหายร้ายแรงต่อผู้รับสารเช่นถึงกับบาดเจ็บและเสียชีวิต ทำให้ผู้รับสารด้านสุขภาพต้องการสื่อที่มีส่วนผสมลงตัวระหว่างความน่าเชื่อถือ (credibility) ที่ให้ข้อเท็จจริง การมีส่วนร่วม (participation) และสื่อที่มีลักษณะเชิญชวนให้ปฏิบัติตาม (persuasion) ดังนั้น การเปลี่ยนจากการเน้นเทคนิคในการโน้มน้าวใจมาสู่การให้ความสนใจที่บริบททางสังคมซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ความเชื่อถือได้ และความรับผิดชอบ (responsibility) ทั้งนี้ ความเชื่อถือไว้วางใจไม่สามารถสร้างด้วยการสื่อสารเพียงอย่างเดียว และเป็นสิ่งที่ต้องสร้างอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานโดยผ่านพันธะสัญญาของสถาบันที่เกี่ยวข้องโดยมีการสื่อสารเป็นส่วนประกอบมิใช่เพียงการสื่อสารเป็นครั้งคราวเท่านั้น ดังนั้นรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) ที่เหมาะสมกับกระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management) จึงมิใช่

การให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญต้องการให้ประชาชนรู้ และไม่ใช้การโน้มน้าวใจให้เกิดความตื่นตระหนก แต่การจัดการความเสี่ยงเป็นกระบวนการลด (การรับรู้) ความเสี่ยงให้ลงไปสู่ระดับที่มนุษย์รู้สึกว่าได้ (tolerable) และรู้สึกมีความมั่นใจว่าตนเองมั่นใจว่าควบคุมความเสี่ยงได้ (assure control) ตลอดจนรู้สึกว่าได้ติดตามผล (monitor) ได้ด้วยตนเอง (Leiss, 2005 :90)

การสื่อสารความเสี่ยงที่ได้รับการออกแบบอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์จะเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังที่จะช่วยให้คนในสังคมเกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงทางกายภาพเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง การสื่อสารในแบบนี้จึงไม่มีสูตรสำเร็จแต่จำเป็นต้องออกแบบขึ้นอย่างสอดคล้องกับแต่ละบริบท (Renn, อ้างแล้ว, Leiss, 2005 :90) เนื่องจากการพิจารณาตัดสินใจและเลือกบางอย่างเข้าเป็นหนึ่งเดียวกับวิถีชีวิตหรือปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สภาพร่างกายและบริบทแวดล้อมของคนแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่คุณคนนั้นมีข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัวร้ายแรง เคยบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย จะยิ่งระมัดระวังตนเองมากยิ่งขึ้นว่าจะตัดสินใจนำคำแนะนำไปใช้ได้มากน้อยเพียงใด การสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพและคำแนะนำด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องถูกปัจเจกบุคคลพิจารณา คัดกรอง และตัดสินใจอย่างรอบคอบมากขึ้นเนื่องจากเขารู้สึกถึงความเกี่ยวข้องกับตนเองสูง (high involvement)

ประเด็นที่ 4 การสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเป็นกระบวนการสื่อสาร 2 ทาง การสื่อสารที่มีลักษณะเป็นการสื่อสารทางเดียวอาจไม่เหมาะสมกับสังคมยุคสารสนเทศซึ่งจะและทำให้ขาดการทำความเข้าใจระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ เนื่องจาก อคติ ทำให้เกิดการตีความฝ่ายเดียวอย่างเกินความจริง อคติเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่ทำให้มนุษย์รับรู้ผิดพลาดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีอคติในทางเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ว่าภัยร้ายอย่างโรคมะเร็งไข้เจ็บร้ายแรงไม่มีทางจะเกิดกับตน นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยกจากผู้ส่งสาร รวมถึงการขาดการไว้วางใจกัน การปฏิบัติสื่อสารสองทางในการสื่อสารความเสี่ยงช่วยให้ผู้รับสารได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการเลือกว่าสิ่งใดสำคัญกับเขาและยังก่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกันได้ง่ายกว่า ในขณะที่ผู้ส่งสารก็มีความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้รับสารมากขึ้น (Renn, 2006: 54-55)

ประเด็นที่ 5 การที่ปัจเจกบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นนอกจากได้รับอิทธิพลจากสื่อแล้วยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ด้วย ปัจจัยที่สำคัญที่สุดได้แก่ประสบการณ์ในการควบคุม (Experience of mastery) คือ หากบุคคลมีประสบการณ์อย่างไรในการปฏิบัติจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นของเขาเอง กล่าวคือถ้าเคยทำสำเร็จจะมั่นใจมากขึ้น ส่วนถ้าเคยล้มเหลวจะทำให้สูญเสียความมั่นใจ นอกจากนี้ การโน้มน้าวทางสังคม (Social Persuasion) ในทางลบก็มีผลเช่นกัน กล่าวคือหากคนรอบตัวพูดหรือแสดงให้เห็นในทางไม่ส่งเสริมกำลังใจกันจึงให้เกิดความท้อใจ (Discouragement) จะทำให้มีประสิทธิภาพในการลดความมั่นใจลง (Bandura, 1977b) จากการเก็บข้อมูลผู้ที่มีมองตนเองว่ามีความเสี่ยง รู้สึกกลัวโรค มีความใส่ใจสุขภาพและพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเอง เมื่อพบ

ความล้มเหลวในการปฏิบัติในชีวิตประจำวันบ่อยครั้ง จึงเกิดการประเมินว่าพฤติกรรมสุขภาพที่สื่อแนะนำจะดูแล้วเหมือนง่ายแต่เมื่ออยู่ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันกลับเป็นเรื่องที่ยากยิ่งนัก ดังนั้นแม้ว่าสื่อกระตุ้นความสามารถในตน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นใจขึ้นแต่ประสบการณ์ความล้มเหลวและการสื่อสารในเชิงลบจากคนใกล้ตัวที่มีอยู่ยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ

นอกจากนี้ ประสบการณ์จากการรู้เห็นว่ามีคนทำได้ หรือต้นแบบ (modeling) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy Theory) กล่าวว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้เพราะการมองว่าถ้าคนอื่นทำได้ ตนเองก็น่าจะทำได้เหมือนเขา (Bandura, 1977b) แต่ในกรณีนี้พบว่ามักมีกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์บางส่วนกลับไม่มองเช่นนั้น เนื่องจากตระหนักดีว่าตนเองมีความแตกต่างจากคนอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสภาวะสุขภาพ และรูปร่าง และความแตกต่างนี้เองทำให้เกิดการพิจารณาตนเองอย่างรอบคอบก่อนที่จะการนำข้อแนะนำไปปฏิบัติอย่างปลอดภัย

ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น วิธีชีวิต ความถนัด ทศนคติ จริต/ความชอบ/ไม่ชอบเหนียวกับสิ่งท้าทาย หรือแข่งขันหรือการบังคับตนเองเกินไป การชอบของง่าย ๆ สบาย ๆ ยังทำให้เกิดการปฏิเสธอย่างสิ้นเชิงต่อบางพฤติกรรมที่ต้องจัดเวลาเพื่อนำเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต(ที่หาเวลายากอยู่แล้ว) หาอุปกรณ์เพิ่ม หรือต้องใช้ความพยายามอย่างสูงเช่นการออกกำลังกายอย่างเต็มรูปแบบอีกด้วย

ดังนั้นการสื่อสารประเด็นพฤติกรรมสุขภาพไปยังคนจำนวนมากจึงอาจไม่ส่งผลด้านพฤติกรรมอย่างชัดเจนและฉับพลันเช่นเดียวกับการตัดสินใจซื้อสินค้า เนื่องจากการเริ่มพฤติกรรมสุขภาพแต่ละอย่างต้องการจัดลำดับความสำคัญในชีวิต การเตรียมการ การจัดเวลาเพื่อนำเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน การมีภาระหน้าที่การงาน ภาระครอบครัว ปัญหาการเดินทาง และความพร้อมด้านอื่นๆ เช่นการเงิน อุปกรณ์ และเวลาว่างเป็นอุปสรรคสำคัญของคนในสังคมเมืองปัจจุบัน ดังนั้นแม้ว่าตระหนักและมีความตั้งใจจริงแต่อาจไม่สามารถเริ่มได้ทันที การสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพในยุคปัจจุบันซึ่งสาเหตุของปัญหาสุขภาพไม่เร่งด่วนเช่นยุคที่โรคติดเชื้อระบาด ประกอบกับสภาพสังคมดำเนินมาถึงยุคที่ปัจเจกบุคคลมีเสรีภาพสูงในการเลือก การสื่อสารอย่างสอดคล้องกับบริบทเช่นนี้จึงเหมาะสมกับสื่อสารด้วยการให้ (provide) ข้อเท็จจริงที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอและเปิดโอกาสผู้รับสารซึ่งแต่ละคนมีบริบทแวดล้อมแตกต่างกันได้พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง เมื่อผู้รับสารพิจารณาว่าเมื่อใดตนมีความพร้อม สุขภาพดีขึ้น(กรณีคนมีโรคประจำตัวร้ายแรง) มีภาระน้อยลง ก็จะลงมือปฏิบัติเอง แทนที่จะสื่อสารในแบบสั่งการ และโน้มน้าวใจดังเช่นที่ผ่านมาจะทำให้เกิดผลเชิงลบ เช่น รู้สึกต่อต้าน มองวิธีการป้องกันว่ายากและปฏิเสธ (Leiss, 1996) อย่างไรก็ตาม แนวทางการสื่อสารที่คนส่วนใหญ่ชอบและรู้สึกอยากปฏิบัติตามคือการมีลักษณะเชิญชวนอยู่ด้วยซึ่งจะช่วยให้ดูไม่เป็นทางการและไม่เป็นการบังคับเกินไป ดังนั้นการสื่อสารเพื่อให้เกิดการป้องกันโรคจึงเป็นการสื่อสารที่ละเอียดอ่อนและต้องการส่วนผสมที่ลงตัวระหว่างความน่าเชื่อถือ (credibility) กับการมีลักษณะเชิญชวนให้รู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมว่าเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่อยู่ในความรับผิดชอบของคุณ (involvement/participation) นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการสื่อสารเป็นเรื่องที่ค่อยๆ สะสมเป็น

ทัศนคติซึ่งอาจยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรมในทันที ผู้สื่อสารจึงจำเป็นต้องมีความเพียรพยายามในการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว ไม่หมดกำลังใจในการสื่อสาร และให้เวลาผู้รับสารในการปฏิบัติด้วย

ประเด็นที่ 6 ในกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพด้วยกันแม้ว่าพฤติกรรมด้านการกินเป็นเรื่องที่คนส่วนใหญ่รู้สึกว่ายินดีจะปรับเปลี่ยนและมีความตั้งใจปฏิบัติมากกว่าการออกกำลังกาย (exercise) และการใช้ร่างกาย (physical activity) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศหญิงส่วนใหญ่ไม่นิยมการออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผน (exercise) อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงเวลาปฏิบัติจริงคนส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถควบคุมเรื่องกินได้เนื่องจากพฤติกรรมการกินได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม การสื่อสารที่จะสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินของคนไทยจึงไม่ใช่เรื่องง่ายนักเนื่องจากคนไทยยังมีความสุขกับการรวมกลุ่มกินข้าวมากกว่ากินคนเดียว กล่าวคือแม้ว่ายุคสมัยเปลี่ยนไปแต่กิจกรรมที่มีการรวมตัวกันเช่น การเลี้ยงฉลอง พุดคุยสังสรรค์ในมื้ออาหารกับคนที่รักและสนิทสนมยังคงได้รับความนิยมเสมอ อาหารจึงเป็นศูนย์กลางของความสุข การทำอาหารให้คนที่รักก็เป็นความสุขของผู้ให้ ส่วนการกินก็เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้มนุษย์สัมผัสถึงพลังความรักความอบอุ่น การกินอาหารที่แม่ ลูก ภรรยาหรือสามีตั้งใจทำด้วยความรักความปรารถนาดี นอกจากนี้การมีเวลานั่งล้อมวงกินอาหารพร้อมหน้าหลังเลิกงานหรือในวันหยุดจึงเป็นความสุขในชีวิตที่เริ่มหาได้ยากในสังคมเมือง การกินจึงไม่ใช่เพียงการนำอาหารเข้าไปบำรุงเลี้ยงร่างกายให้ร่างกายตั้งอยู่ได้เท่านั้น แต่เป็นกิจกรรมทางสังคมที่สร้างความสุขและทำให้มนุษย์เจริญอาหารมากขึ้น (deCastro, 1990 cited in Rozin, 1990) ดังนั้น ถึงแม้ว่าปัจเจกบุคคลรู้ว่าอาหารบางอย่างอาจไม่ดีต่อสุขภาพและอยากเปลี่ยนมากินอาหารสุขภาพ แต่หากคนที่รักทำอาหารจานโปรด (ซึ่งมักไม่ดีต่อสุขภาพ) ก็มักจะกินอย่างมีความสุขและกินได้ในปริมาณมาก จึงทำให้ไม่สามารถกินอาหารสุขภาพได้ตามที่ตั้งใจ

ยิ่งกว่านั้น ความชอบ (preferences) อาหารของคนในครอบครัวยังมีอิทธิพลสำคัญต่อการเลือกอาหารกินตามกันทั้งกรณีความสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก พี่น้อง สามีภรรยา และแม้แต่กลุ่มเพื่อนสนิทและสื่อมวลชน การกินตามกันถ่ายทอดถึงกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีคู่เพศเดียวกันเช่นแม่กับลูกสาว พ่อกับลูกชาย พี่น้องเพศเดียวกัน (Pliner and Pelchat, 1986 cited in Rozin, 1990) ดังนั้น หากคนในครอบครัวชอบกินอาหารไม่ดีต่อสุขภาพก็ส่งผลให้กินตามกันแม้ว่ารู้ว่าส่งผลต่อสุขภาพ แบบแผนการกินอาหารซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ทันที

การกินเป็นทางเลือกที่สร้างความพอใจ (utility) ในปัจจุบันที่มีค่ามากกว่าการยอมอดอาหารเพื่อป้องกันโรคที่มีความไม่แน่นอน (uncertainty) ในอนาคต เนื่องจากการกินให้ความอึดกายให้รส

สัมผัสและยังมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ เช่นการกินอาหารที่คนในครอบครัวทำเช่นกับข้าวหรือขนมฝีมือแม่จึงเป็นทางเลือกที่สร้างความพึงพอใจ มากกว่าการป้องกันโรคที่ไม่มีใครรู้แน่ว่าจะเกิดหรือไม่ในอนาคต ดังนั้นการกินอาหารในครอบครัวแม้มีผลเสียด้านสุขภาพอยู่บ้างแต่คนส่วนใหญ่ก็ยังไม่รู้สึกเป็นอะไรมากนักเมื่อเทียบกับสิ่งที่ได้รับเพราะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นโรคมะเร็งและโรคหัวใจส่วนใหญ่ มักเกิดขึ้นในอายุบั้นปลาย (delayed effect) ความสุขจากการกินจึงให้ความพึงพอใจโดยรวม (overall satisfaction) เนื่องจากเป็นประโยชน์ (benefits) ที่จับต้องได้ชัดเจนในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประโยชน์ด้านความอึดท้องและเต็มไปด้วยความสุข ทำให้คนเลือกจะรับความพึงพอใจนั้น มากกว่าการเลิกพฤติกรรมเสี่ยง (Renn, 2008b) นอกจากนี้การที่คนส่วนใหญ่มีอคติเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) โดยมองว่าเรื่องร้ายๆ ไม่น่าจะเกิดกับตนเองแต่น่าจะเกิดกับคนอื่นมากกว่า (third-person effect) จึงยิ่งทำให้ละเลยและประมาทการดูแลสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Davison, 1983) ทำให้การพยายามเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินจึงเป็นเรื่องที่หลายคนรู้แต่ก็ไม่สามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอแม้ว่าสื่อช่วยเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองต่อพฤติกรรมป้องกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการสื่อสารสุขภาพ

1. การที่ตัวแปรความกลัว ตัวมันเองตัวเดียวส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ผลมีค่าเป็นบวก ($F=14.23, p=.000$) แสดงว่ายิ่งรู้สึกกลัวมากยิ่งขึ้นทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก ดังนั้น การสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มผู้มีความกลัวเป็นทุนเดิมจึงไม่ควรสื่อสารด้วยประเด็นความกลัวเพราะจะยิ่งก่อให้เกิดความเครียดและมีพฤติกรรมเข้าหาความเสี่ยงยิ่งขึ้นซึ่งจะยิ่งทำให้สุขภาพเลวลงและเสี่ยงต่อมะเร็งยิ่งขึ้น

2. การที่ในภาพรวมพบว่าคุณค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ (low self) และกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในตนเองระดับปานกลาง (mid. self) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในตนเองต่ำกับกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนเองปานกลางมีจำนวนมากกว่ากลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนเองสูง ดังนั้น หากต้องการให้คนส่วนใหญ่ที่มีความเชื่ออ่อนแอและปานกลางว่าตนเองจะทำพฤติกรรมได้หันมาปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันจึงควรใช้แนวทางการสื่อสารในเชิงส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อที่คนกลุ่มนี้จะได้สั่งสมการรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองในการป้องกันโรคมามากขึ้นซึ่งเมื่อใดปัจจัยถึงพร้อมก็จะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

3. จากผลการวิเคราะห์ที่พบว่าคนที่กลุ่มผู้รับรู้ในความสามารถของตนเองสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยที่มีความกลัวน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนเองสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยที่มีความกลัวมาก แสดงว่าคนที่เชื่อในความสามารถของ

ตนเองในระดับสูงสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้หากเขารู้สึกกลัวโรคในระดับมาก ดังนั้นจึงควรนำความกลัวมาสื่อสารเฉพาะในกลุ่มคนที่มีความเชื่อมั่นสูงแต่ไม่รู้สึกกลัวมากนักเพื่อเพิ่มระดับความกลัวให้มากขึ้นและเพิ่มแนวโน้มไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันขึ้นได้ในสถานการณ์จริง

4. การที่คนที่มองว่าตนเองมีความสามารถสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยที่รู้สึกกลัวโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับน้อย ปฏิบัติตนเสี่ยงกว่าคนที่กลัวมากนั้น แสดงว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถในตนเองกลับกลายเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยและกลัวน้อย ดังนั้นในกรณีที่ต้องสื่อสารกับคนกลุ่มนี้จึงควรสื่อสารความน่ากลัวโดยอาจเพิ่มประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่น่ากลัวของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นอวัยวะภายในออกมาให้เห็น เป็นต้น การเพิ่มความกลัวและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการให้มากขึ้นน่าจะทำให้คนที่รับรู้ความสามารถในตนเองสูงเหล่านี้เกิดความรู้สึกกลัวและรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากขึ้นและน่าจะเพิ่มแนวโน้มการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้

5. การที่ผู้ที่มีความกลัวน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคปานกลาง ที่มีความกลัวปานกลาง แสดงว่าระดับความรู้สึกกลัวเป็นปัจจัยที่เป็นตัวแปรให้เกิดการป้องกันหรือการไม่ป้องกันของคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคในระดับปานกลาง กล่าวคือคนที่กลัวในระดับปานกลางและสูงเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำกว่าคนที่กลัวน้อยนั้น ดังนั้นสำหรับการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถในตนเองสูงและมีประสบการณ์น้อยหรือปานกลาง ควรนำความกลัวเข้ามาใช้ในการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อให้กลุ่มที่มีความกลัวน้อยให้สัมผัสความกลัวมากขึ้น และเกิดการป้องกันมากขึ้นเช่นเดียวกับคนที่มีความกลัวปานกลางและกลัวมาก แต่ในกรณีของคนที่มีความกลัวอยู่แล้วในระดับปานกลางกับระดับมาก ไม่จำเป็นที่จะต้องใช้แนวทางการสื่อสารเพื่อเพิ่มความกลัวขึ้นไปอีก เนื่องจากเขาป้องกันอยู่แล้วเพราะคนกลุ่มนี้มีความเชื่อว่าหากเขาทำอะไรก็ได้สำเร็จ

6. การสื่อสารสุขภาพไม่ควรใช้แนวทางการสื่อสารเชิงลบโดยใช้ตัวแปร nearness และ dread (เช่น นำเสนออาการบ่งชี้ ตัวเลขความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงโดยใช้ภาพ เสียง เน้นอาการป่วยและสร้างบรรยากาศที่ดูน่ากลัวเกินไป เป็นต้น) เนื่องจาก nearness มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมไม่ดี หรือไม่ควรหยาบยกพฤติกรรมด้านลบมาสื่อสารเพราะเป็นการทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความไม่สบายใจเพราะเป็นการตอกย้ำความเครียดให้รุนแรงยิ่งขึ้นและเกิดการหาทางออกในทางที่ทำให้สถานการณ์ที่เลวลง

ทั้งนี้ การที่พบว่าตัวแปรการควบคุมได้ controllability (ซึ่งประกอบด้วย control by myself และ self-efficacy) กับความใกล้ชิด (nearness) ที่เป็นตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงในกลุ่มแนวโน้ม (probability) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันทั้งในกรณีศึกษาโรคมะเร็งและโรคหัวใจ

แสดงว่า การสื่อสารความเสี่ยงที่มุ่งให้เกิดพฤติกรรมป้องกันสามารถใช้ประเด็นเรื่องการควบคุมได้เป็นจุดจับใจ การส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมด้านดีอาจทำได้โดยยกประเด็นการที่ปัจเจกบุคคลมีศักยภาพในการลดแนวโน้มการเกิดโรคได้ด้วยตนเองกับเน้นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันมาใช้เป็นประเด็นการนำเสนอ จะเป็นการสร้างเสริมกำลังใจในการปฏิบัติ ลดการสื่อสารในแนวทางเชิงบังคับและเป็นทางการเกินไป การส่งเสริมการควบคุมได้ซึ่งสร้างความรู้สึกว่าคุณเองมีอำนาจในการเลือกมีอำนาจในการควบคุมจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันมากกว่า

อย่างไรก็ตาม การนำตัวแปรไปใช้เป็นแนวทางการสื่อสารจำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลของกลุ่มผู้รับสารเพิ่มเติมด้วย เช่น ระดับความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยง วิถีชีวิต ประวัติความเจ็บป่วย ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น จึงจะสามารถผลิตสื่อที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากการสื่อสารความเสี่ยงในบริบทสุขภาพเป็นประเด็นละเอียดอ่อน อาจจำเป็นต้องแบ่งกลุ่มเป้าหมาย (segmentation) เพื่อสามารถสื่อสารอย่างเข้าใจและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะแตกต่างกันได้ดียิ่งขึ้น

7. แม้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคมะเร็งกับโรคหัวใจ) เกิดขึ้นจากพฤติกรรมคล้ายคลึงกัน แต่ไม่อาจสื่อสารด้วยวิธีเดียวกันได้เนื่องจากลักษณะสาเหตุและอาการของโรคแตกต่างกันซึ่งทำให้คนทั่วไปรับรู้ความเสี่ยงแต่ละโรคในทางต่างกัน เช่น การใช้การกระตุ้นความรู้สึกเช่นใช้จุดจับใจด้านความน่ากลัว (fear appeal) ไม่เหมาะกับกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในวงกว้าง เนื่องจากการป้องกันโรคมะเร็งได้รับอิทธิพลมากที่สุดจากกลุ่มปัจจัยด้านอารมณ์ นอกจากนั้นผลการศึกษารังนี้ ยังพบความสัมพันธ์กับความรู้สึกกังวลใจและกับพฤติกรรมระบายนความเครียดแต่ปัจจุบันเป็นแนวทางที่ถูกใช้เป็นสูตรสำเร็จในการสื่อสารสุขภาพอย่างแพร่หลาย แต่ในกรณีของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งที่รับรู้ความสามารถในตนเองสูง ดังนั้นในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งจึงควรเน้นการนำเสนอโดยใช้ตัวแปรในด้านการเสียประโยชน์ (loss) ความใกล้ (nearness) ร่วมกับการเน้นความสามารถควบคุม (controllability) และการเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) มากกว่าเน้นอารมณ์กลัว (dread) เพียงอย่างเดียว โดยอาจจะบุถึงความไม่แน่นอน (uncertainty) ของการเจ็บป่วย การเน้นให้เกิดความรู้สึกว่าเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล การเน้นความสามารถควบคุม (controllability) และการเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกที่ดีกว่าและมีแนวโน้มนำไปสู่การยอมรับพฤติกรรมมากกว่า ส่วนกรณีโรคหัวใจ เป็นโรคที่มีองค์ความรู้ชัดเจนว่าควบคุมได้มากกว่าโรคมะเร็ง คนส่วนใหญ่จึงไม่กลัวโรคหัวใจ ดังนั้นอาจใช้ความกลัว (dread) ในการสื่อสารความเสี่ยงโรคหัวใจร่วมกับตัวแปรในกลุ่มที่สะท้อนเหตุผล เช่น controllability และ self-efficacy เพื่อให้คนส่วนใหญ่มองว่าควบคุมได้ทำได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. อิทธิพลของการใช้ความกลัวร่วมกับ controllability และ self-efficacy ในระดับที่เหมาะสมยังต้องศึกษาวิจัยต่อไป
 2. การวิจัยการรับรู้ความเสี่ยงอาจประยุกต์ใช้ในการสื่อสารในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงเช่นในสถานการณ์ความเสี่ยงอื่นที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมและความเสี่ยงส่งผลต่อสภาพจิตใจของกลุ่มเสี่ยง
 3. ความเสี่ยงเป็นประเด็นที่สามารถประยุกต์ใช้ในการศึกษาในศาสตร์ต่างๆ หลายสาขา หากนำไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยในศาสตร์ต่างๆ น่าจะทำให้ได้ความรู้ใหม่ที่เป็นมุมมองของคนทั่วไป ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงสุขภาพในมุมมองของคนทั่วไปมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยในการจัดการความเสี่ยงทั้งที่เกิดจากพฤติกรรมส่วนตัวของปัจเจกบุคคลเอง ลดการต่อต้านหรือเกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับคนทั่วไปในการจัดการความเสี่ยงในสังคมปัจจุบัน
 4. ควรมีการศึกษาการสื่อสารสุขภาพในแนวทางจิตวิทยาการรับรู้ความเสี่ยงของผู้รับสารมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มความเข้าใจพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมมากยิ่งขึ้นและสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างสื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงชาวไทยมากยิ่งขึ้น เช่น การศึกษาอิทธิพลของตัวแปรสำคัญๆ เช่น credibility, involvement, voluntariness, controllability, familiarity และ self-efficacy
 5. เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงเป็นมโนทัศน์ที่ได้รับอิทธิพลจากหลายตัวแปรและอาจมีความสัมพันธ์เชิงลึกหรือในลักษณะที่เป็นเงื่อนไข ดังนั้น หากศึกษาความเสี่ยงด้วยตัวแปรชุดอื่นอาจได้ผลการศึกษาที่แตกต่างออกไปที่มีความหมายลุ่มลึกยิ่งขึ้น
4. การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพมีความซับซ้อนและเป็นองค์รวมเกี่ยวข้องกับบริบทอย่างมาก ดังนั้นการวิเคราะห์ทางสถิติอาจจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลซ่อนอยู่หรือไม่พบในการวิเคราะห์ด้วยวิธีบางอย่าง
5. พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ได้รับการสั่งสมเป็นเวลานาน ควรนำทฤษฎีที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมในระยะเวลายาวนานมาศึกษา เช่น Cultivation Theory, Social Learning Theory มาใช้ศึกษาการเกิดพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการศึกษาแบบติดตามกลุ่ม (Cohort study)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเสียงทำได้เฉพาะกลุ่มเสียงที่สมัครใจให้ข้อมูลเท่านั้น จึงมิได้เป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มเสียงตามทฤษฎีการสุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงอาจมีประเด็นอื่นนอกเหนือจากที่ผู้วิจัยพบ
2. การรับรู้ความเสี่ยงเป็นความจริงทางสังคมซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลสูงต่อการรับรู้แต่ยังไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น พฤติกรรมการจัดการความเครียดด้วยการปฏิบัติสมาธิเพื่อเข้าสู่ความสมดุลทางร่างกายและจิตใจ
3. แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันที่ศึกษาในครั้งนี้อาจได้รับอิทธิพลจากภาพในโปสเตอร์ อาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน ผู้สนใจวิจัยหาแนวทางการสื่อสารเชิงป้องกันด้วยข้อความจึงควรปรับรูปแบบสื่อให้เน้นข้อความมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- AbuSabha, R., & Achterberg, C. (1997). Review of Self-Efficacy and Locus of Control for Nutrition- and Health-Related Behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(10), 1122-1132.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Allen, J. D., Kennedy, M., Wilson-Glover, A., & Gilligan, T. D. (2007). African-American men's perceptions about prostate cancer: Implications for designing educational interventions. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2189-2200.
- Ashida, S., Goodman, M. S., Stafford, J., Lachance, C., & Kaphingst, K. A. (2012). Perceived familiarity with and importance of family health history among a medically underserved population. *J Community Genet*, 3(4), 285-295.
- Ayanian, J. Z., & Cleary, P. D. (1999). Perceived Risks of Heart Disease and Cancer Among Cigarette Smokers. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281(11), 1019-1021.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (Ed.). (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, K. H., & Frankel, A. (1981). A Conceptualization of Threat Communications and Protective Health Behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44(3), 204-217.
- Boholm, A. (1998). Comparative Studies of Risk Perception: A Review of Twenty years of Research. *Journal of Risk Research*, 1(2), 135-163.
- Bottorff, J. L., Ratner, P. A., Johnson, J. L., Lovato, C. Y., & Joab, S. A. (1998). Communicating cancer risk information: the challenges of uncertainty. *Patient Education and Counseling*, 33(1), 67-81.
- Bouder, F. (2008). *Risk Communication: A Review of Theoretical Developments*.
- Bradbury, J. A. (1989). The Policy Implication of Differing Concepts of Risk. *Science, Technology, and Human Values*, 14(4), 380-399.
- Buatee, S., Siritwatanamethanon, J., & Sindhu, S. (2012). Cardiovascular Prevention Behaviors among Middle Aged Women Living in Banladsrabua Yangtalad District, Kalasin Provice, Thailand. *J Nurs Sci.*, 2012(30 (2)), 58-69.

- Claassen, L., Henneman, L., Kindt, I., Marteau, T. M., & Timmermans, D. R. M. (2010). Perceived Risk and Representations of Cardiovascular Disease and Preventive Behaviour in People Diagnosed with Familial Hypercholesterolemia: A Cross-sectional Questionnaire Study. [Article]. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 33-43.
- Cook, K. S., Yamagishi, T., Cheshire, C., Cooper, R., Matsuda, M., & Mashima, R. (2005). Trust Building via Risk Taking: A Cross-Societal Experiment. *Social Psychology Quarterly*, 68(2), 121-142.
- Coreil, J. (2010). *Social and Behavioral Foundations of Public Health* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Covello, V. T., & Peters, R. G. (2002). Women's Perceptions of the Risks of Age-Related Diseases, Including Breast Cancer: Reports from a 3-Year Research Study. *Health Communication*, 14(3), 377-395.
- Davison, W. P. (1983). The Third-Person Effect in Communication. *Public Opinion Quarterly*, 47(1), 1-15.
- Davison, W. P. (1983). The Third-Person Effect in Communication. *Public Opinion Quarterly*, 47(1), 1-15.
- deVries, H., & Backbier, E. (1994). Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke: The \emptyset -pattern. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 23(2).
- Douglas, M., & Wildavsky, A. (1982). *Risk and Culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Los Angeles and London: University of California Press.
- Ekwueme, D. U., Guy Jr, G. P., Rim, S. H., White, A., Hall, I. J., Fairley, T. L., et al. (2014). Health and Economic Impact of Breast Cancer Mortality in Young Women, 1970–2008. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(1), 71-79.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. California: Stanford University Press.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, Decision, and Dissonance*. California: Stanford University Press.
- Fischer, A. R. H., & Frewer, L. J. (2009). Consumer familiarity with foods and the perception of risks and benefits. *Food Quality and Preference*, 20, 576-585.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*. New York: Psychology Press.

- Fuller, C. W., & Vassie, L. H. (2004). *Health and Safety Management: Principles and Best Practice*. England: Pearson Education.
- Green, J., Grant, M., Hill, K., Brizzolara, J., & Belmont, B. (2003). Heart disease risk perception in college men and women. *J Am Coll Hlth*, 51, 207 - 211.
- Gregory, C. O., Blanck, H. M., Gillespie, C., Maynard, L. M., & Serdula, M. K. (2008). Perceived health risk of excess body weight among overweight and obese men and women: differences by sex. *Preventive Medicine*, 47(1), 46-52.
- Gregory, R., & Mendelsohn, R. (1993). Perceived Risk, Dread, and Benefits. *Risk Analysis*, 13(3), 259-264.
- Hamilton, J., & Lobel, M. (2012). Passing years, changing fears? Conceptualizing and measuring risk perceptions for chronic disease in younger and middle-aged women. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 124-138.
- Heitz, C., Spaeter, S., Auzet, A. V., & Glatron, S. (2009). Local Stakeholders' perception of muddy flood risk and implications for management approaches: A case study in Alsace (France). *Land Use Policy*, 26, 443-451.
- Hordern, A. J., & Street, A. F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1704-1718.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment*. London: Collier Macmillan Publishers.
- Kim, C., McEwen, L. N., Piette, J. D., Goewey, J., Ferrara, A., & Walker, E. A. (2007). Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 30(2281-2286).
- Kotler, P., & Lee, N. R. (2008). *Social Marketing* (3ed ed.). Thousands Oak, CA: Sage Publications.
- Leiss, W. (1996). Three phases in risk communication practice. In H. Kunreuther & P. Slovic (Eds.), *Challenge in risk assessment and risk management: annals of th American academy of political and social science, special issue on risk* Thousand Oaks: Sage.
- Leshner, G., Vultee, F., Bolls, P. D., & Moore, J. (2010). When a Fear Appeal Isn't Just a Fear Appeal: The Effects of Graphic Anti-tobacco Messages. [Article]. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 54(3), 485-507.
- Lin, I., & Peterson, D. D. (2007). *Risk Communication in Action: The Tools of Message Mapping*. Cincinnati, Ohio: National Risk Management Research Laboratory Office of Research and Development, United States Environmental Protection Agency.

- Lipkus, I. M., Rimer, B. K., Lyna, P. R., Prandhan, A. A., Conaway, M., & Woods-Powell, C. T. (1996). Colorectal screening patterns and perceptions of risk among African-American user of a community health center. *21*, 409-427.
- Lofstedt, R. E. (2004). Risk Communication and Management in the Twenty-first Century. *International Public Management Journal*, *7*(3), 335-346.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London: Routledge.
- Mardiyono, Songwathana, P., & Petpichetchian, W. (2011). Concept of Analysis of Perceived Control. *Nurse Media Journal of Nursing*, *1*(2 Juli 2011), 225-243.
- McKeever, B. W. (2014). The Status of Health Communication: Education and Employment Outlook for a Growing Field. *Journal of Health Communication*, 1-16.
- Miceli, R., Sotgiu, I., & Settanni, M. (2008). Disaster preparedness and perception of flood risk: A study in an Alpine Valley in Italy. *Journal of Environment Psychology*, *28*, 164-173.
- Muthusamy, N., Levine, T. R., & Weber, R. (2009). Scaring the Already Scared: Some Problems With HIV/AIDS Fear Appeals in Namibia. [Article]. *Journal of Communication*, *59*(2), 317-344.
- Okumura, Y., & Ito, H. (2013). Out-of-pocket expenditure burdens in patients with cardiovascular conditions and psychological distress: a nationwide cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*, *35*(3), 233-238.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1981). *Attitude and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*. Dubuque, IA: William C. Brown.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1984). The Effects of Involvement on Responses to Argument Quantity and Quality: Central and Peripheral Routes to Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46* (January)(69-81).
- Prochaska, J. Q., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390-395.
- Ramachandran, A., Snehalatha, C., & Ma, R. C. W. (2013). Diabetes in South-East Asia: An update for 2013 for the IDF Diabetes Atlas. *Diabetes Research and Clinical Practice*(0).
- Ratzan, S., Steaens, N., Payne, J. G., Amato, P. P., Liebergott, J. W., & Madoff, M. A. (1994). Education for the health communication professional *American Behavioral Scientist*, *38*, 361-380.
- Rayners, S., & Cantor, R. (1987). How Fair Is Safe Enough? The Cultural Approach to Societal Technology Choice. *Risk Analysis*, *7*(1), 3-13.

- Recchia, V. (1999). *Risk Communication and Public Perception of Technological Harzards* (Vol. First Volume).
- Reiner, Ž., Sonicki, Z., & Tedeschi-Reiner, E. (2010). Public perceptions of cardiovascular risk factors in Croatia: The PERCRO survey. [Article]. *Preventive Medicine*, 51(6), 494-496.
- Renn, O. (1992). Concepts of Risk: A Classification. In S. Krimsky & D. Golding (Eds.), *Social Theories of Risk*. connecticut: Praeger.
- Renn, O. (2004). Perception of Risks. *The Geneva Papers on Risk Insurance*, 29(1), 102-114.
- Renn, O. (2006a). *Risk Governance Towards an Integrative Approach*. Geneva: International Risk Governance Council.
- Renn, O. (2006b). *White Paper: Risk Governance Towards an Integrative Approach*. Geneva: International Risk Governance Council (IRGC).
- Renn, O. (2008a). *Concepts of Risk: An Interdisciplinary Review*. Geneva: GAIA.
- Renn, O. (2008b). Concepts of Risk: An Interdisciplinary Risk Concepts: Part 1. *GAIA*, 17(1), 50-66.
- Renn, O. (2008c). Risk Communication: Insights and Requirements for Designing Successful Communication Programs on Health and Environmental Harzards. 81-99
- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87: 4, 245-324.
- Robb, K. A., Miles, A., & Wardle, J. (2007). Perceived Risk of Colorectal Cancer: Sources of Risk Judgment. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 16(4), 694-702.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations 5th ed*. New York: Free Press.
- Roper, W. L. (1993). Health Communication Takes on New Dimensions at CDC. *Public Health Report*, 108 (2), 179-183.
- Rosenstock, I. M. (1974). The HBM and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rozin, P. (1990). Sociocultural Influences on Human Food Selection. In E. D. Capaldi (Ed.), *Why we eat what we eat: The psychological of eating*. Washington DC: American Psychology Association.
- Sandman, P. M. (2012). Responding to Community Outrage: Strategies of Effective Risk Communication. *American Industrail Hygiene Association: AIHA*.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schmalhofer, F. (1987). Expert Systems as Cognitive Tools for Human Decision Making. *NATO ASI Series*, 35, 269-289.

- Schmidt, M. (2004). Investigating risk perception: a short introduction Chapter 3 in. In M. Schmidt (Ed.), *Loss of agro-biodiversity in Vavilov centers, with a special focus in risks of genetically modified organisms (GMOs)*. Vienna, Australia.
- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The Assessment of Optimistic Self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese Versions of the General Self-efficacy Scale. *Applied Psychology*, 46(1), 69-88.
- Sjoberg, L. (1999). Risk Perception by The Public and by Experts: A Dilemma in Risk Management. *Human Ecology Review*, 6(2), 1-9.
- Sjoberg, L. (2000). Factors in Risk Perception. *Society for Risk Analysis*, 1-11.
- Slovic, P. (2000). *The Perception of Risk*.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1982). Why Study Risk Perception? *Risk Analysis*, 2(2), 83-93.
- Slovic, P., & McGregor, D. J. (1994). *The Social Context of Risk Communication*. Unpublished manuscript, Eugene, OR.
- Smith-Jackson, T. (2006). Culture and Warnings In M. S. Wolgalter (Ed.), *Handbook of Warnings* (pp. 363-371). Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sowattanagoon, N., Kotchabhakdi, N., & Petrie, K. J. (2009). The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 84(3), 245-251.
- Sporny, L. A., & Contento, I. R. (1995). Stages of change in dietary fat reduction: Social psychological correlates. *Journal of Nutrition Education*, 27(4), 191-199.
- Taghavifard, M. T., Damghani, K. K., & Moghaddam, R. T. (2009). *Decision Making Under Uncertainty and Risky Situations*.
- Tansey, J., & O'Riordan, T. (1999). Cultural theory and risk: a review. *Health, risk and society*, 1(1), 71-90.
- Tilbert, J. C., James, K. M., Sinicrope, P. S., Eton, D. T., Costello, B. A., Carey, J., et al. (2011). Factors influencing Cancer Risk Perception in High Risk Populations: A Systematic Review. *Heredity Cancer in Clinical Practice*, 9(2), 1-15.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The Framing of Decision and The Psychology of Choice. *Science*, 211(4481), 453-458.
- Wachinger, G., Renn, O., Begg, C., & Kuhlicke, C. (2012). The Risk Perception Paradox- Implications for Governance and Communication of Natural Hazards. *Risk Analysis*, 1-17.
- Webster, R., & Heeley, E. (2010). Perceptions of risk: understanding cardiovascular disease. *Risk Manag Healthc Policy*, 3, 49-60.
- WHO. (2002). *The World Health Report*. Geneva: World Health Organization.

- Wienstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.
- Wu, L. H. (2007). *Knowledge, perceived risks and preventive behavior of coronary heart disease in Chinese Hong Kong women*. University of California, San Francisco.
- Zhou, T., & Bishop, G. D. (2012). Culture moderates the cardiovascular consequences of anger regulation strategy. *International Journal of Psychophysiology*, 86(3), 291-298.
- Zuckerman, M., Knee, C. R., Kieffer, S. C., Rawsthorne, L., & Bruce, L. M. (1996). Beliefs in realistic and unrealistic control: Assessment and Implications. *Journal of Personality*, 64, 435-464.
- ดวงพร คำคุณวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภาเงิน, & สุนิดา ศิวปฐมชัย. (2548). สถานภาพการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), นนทบุรี.
- ดวงพร คำคุณวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภาเงิน, & สุนิดา ศิวปฐมชัย. (2550). วิจัยและพัฒนาการสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), นนทบุรี.
- ดวงพร คำคุณวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภาเงิน, & สุนิดา ศิวปฐมชัย. (2551). การสื่อสารสุขภาพท้องถิ่น : แนวคิด การดำเนินงาน และการขยายผล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), นนทบุรี.
- ดวงพร คำคุณวัฒน์, พรทิพย์ อัครรัตน์, & นิยะนันท์ สำเภาเงิน. (2550). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนแบบมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- นันทิกา สุนทรไชยกุล. (2550). หน่วยที่ 4 การสื่อสารความเสี่ยงสำหรับงานสาธารณสุข. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2554). การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ. นนทบุรี: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กันภัย, พัฒนพงศ์ จาติเกตุ, & ปิยะนารถ จาติเกตุ. (2546). การสื่อสารสุขภาพ: ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ยินดี จรรย์สมบุญ, ดวงพร คำคุณวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภาเงิน, & ชมกุล เศวตรัตน์. (2548). โครงการวิจัยและพัฒนาารูปแบบเพื่อเพิ่มศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์งานส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถาม การรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ปริญญาเอก คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อแนวทางการสื่อสารสุขภาพในประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงขอให้ท่านกรุณาทำแบบสอบถามทุกข้อ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม

คำแนะนำ กรุณากรอกข้อมูลหรือทำเครื่องหมาย ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ น้อยกว่า 25 ปี 25 - 35 ปี 36-45 ปี
 46 - 55 ปี 56 - 65 ปี 66 ปีขึ้นไป
3. ส่วนสูง เซ็นติเมตร
4. น้ำหนัก กิโลกรัม
5. สถานภาพสมรส โสด สมรส อื่นๆ (ระบุ).....
6. จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
 อนุปริญญา หรือ ปวส. ปริญญาตรี
 ปริญญาโท หรือสูงกว่า
7. อาชีพหลัก พนักงานบริษัทเอกชน
 ข้าราชการ หรือ พนักงานหน่วยงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ
 ข้าราชการ หรือ พนักงานเกษียณ
 เจ้าของธุรกิจ รับจ้าง เกษตรกร
 ค้าขาย พ่อบ้าน/แม่บ้าน
 นิสิต / นักศึกษา อื่นๆ โปรดระบุ
8. รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท 10,000 – 25,000 บาท
 25,001- 40,000 บาท 40,001 – 55, 000 บาท
 55,001 บาท ขึ้นไป
9. การอยู่อาศัยประจำ (เลือกเพียงข้อเดียว)

- อยู่คนเดียว อยู่กับเพื่อน อยู่กับพี่/น้อง อยู่กับคู่สมรส
- อยู่กับครอบครัวเดียว (มี เฉพาะพ่อ/แม่ ลูก)
- อยู่กับครอบครัวขยาย (มี พ่อ/แม่ ลูก และญาติ เช่น ปู่ย่า ตายาย หรือลุงป้า น้า อา หลาน/สะใภ้/เขย)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2.1 ตัวท่านมีพฤติกรรมต่างๆ ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

พฤติกรรม	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ฉันทกินเนื้อแดง เช่น หมู เนื้อวัว					
2. ฉันทกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น หนังไก่ แคนหมู ไช้แดง เครื่องในสัตว์					
3. ฉันทกินอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก					
4. กินอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ต้มข่าไก่ ก๋วยเตี๋ยวชซี พักทองแกงบวด					
5. ฉันทกินอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ้ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวผัด					
6. ฉันทกินขนมขบเคี้ยวประเภททอดในน้ำมันมากๆ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ถั่วทอด ก๋วยเตี๋ยวแกง เป็นต้น					
7. ฉันทกินผักปนเปื้อนสารเคมี เช่น ผักคะน้า กะหล่ำปลี ผักกาดขาว ผักบุ้งจีน เป็นต้น					
8. ฉันทกินอาหารใส่ถั่วลิสงปนซึ่งอาจมีเชื้อรา เช่น ผัดไท ก๋วยเตี๋ยวแห้ง ก๋วยเตี๋ยวต้มยำ เป็นต้น					
9. ฉันทกินอาหารปิ้งย่าง					
10. ฉันทกินปลา					
11. ฉันทกินเนื้อสัตว์เล็ก เช่น ไก่ เป็ด					
12. ฉันทกินผักพื้นบ้านไทย เช่น ชะพลู ย่านาง กระจิน ผักปลัง เพกา ผักแพว ย่านาง กระจิน ผักเม็ก เป็นต้น					
13. ฉันทกินผักที่มีสีเขียวเข้ม เหลือง ส้ม แดง เช่น บรอกโคลี พักทอง ข้าวโพด แครอท มะเขือเทศ เป็นต้น					
14. ฉันทกินผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้งหลายชนิดและสัรรวมกันไม่น้อยกว่า 6 ทศพีต่อวัน					
15. ฉันทกินอาหารผ่านกระบวนการถนอมอาหารรสเค็ม เช่น ไช้เค็ม ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เต้าหู้ยี้ หมูเค็ม ปลาร้า					

พฤติกรรม	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
16. ฉันทกินอาหารผ่านกระบวนการปรุงแต่ง/ถนอมอาหาร เช่น แหนม หมูยอ กุนเชียง ไส้กรอก เบคอน แฮม เบคอน					
17. ฉันทกินอาหารหมักดอง เช่น เครื่องเคียงดอง ผักดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น					
18. ฉันทกินอาหารสำเร็จรูปและอาหารกระป๋อง เช่น น้ำผลไม้ขวด/กล่อง บะหมี่ซอง โจ๊กซอง ปลากระป๋อง					
19. ฉันทกินขนมอบที่ใส่เบกกิ้งโซดา (ผงฟู) เช่น เค้ก ขนมปัง แพนเค้ก คุกกี้ พาย ซาลาเปา					
20. ฉันทกินอาหารที่ปรุงโดยใช้ไขมันน้อย เช่น ลวก ต้ม นึ่ง ตุ่น					
21. ฉันทกินน้ำผักผลไม้สด					
22. ฉันทกินผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ เช่น นมพร่องมันเนย โยเกิร์ตไขมันต่ำ น้ำเต้าหู้					
23. เมื่อฉันทสั่งอาหารนอกบ้านฉันทสั่งอาหารที่มีส่วนประกอบของผักต่างๆ					
24. ฉันททำงานออกแรง/ใช้แรงระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็นเวลานาน อย่างน้อย 10 นาที เช่น การทำครัว การถูบ้าน การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ ล้างรถ ทำสวนเบาๆ เดินขึ้นบันได เป็นต้น					
25. ฉันททำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจนอกเหนือจากการทำงานเช่น ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 10 นาที ในแต่ละครั้ง (ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบ เช่น เดินเร็ว ถีบจักรยานไปเรื่อยๆ เล่นเทนนิสคู่ ว่ายน้ำ เล่นวอลเลย์บอล เล่นโบว์ลิ่ง เต้นรำ เป็นต้น)					
26. ฉันทออกกำลังกายแบบแอโรบิค (การออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมากแต่มีความต่อเนื่องเช่น เดิน ขี่จักรยาน วิ่งเหยาะๆ วิ่งระยะไกล ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก เต้นแอโรบิค) เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที					
27. ฉันทใช้ยาที่อาจมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ เช่น ยาลูกกลอน ยาหม้อ ยาจีน ยาชุด					
28. ฉันทได้รับสารพิษในชีวิตประจำวัน เช่น สูบ/ได้รับควันบุหรี่หรือยาสูบทุกชนิด/ได้รับสารเคมีจากสิ่งแวดล้อมเช่นโรงงาน การจราจร					

พฤติกรรม	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
ยาฆ่าแมลง เป็นต้น มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน					
29. ฉันมีความเครียดสูง					
30. ฉันทำกิจกรรมเพื่อความผ่อนคลายความเครียด เช่น ปฏิบัติสมาธิ เล่นดนตรี ทำงานฝีมือ					

2.2 ปัจจัยเสี่ยง

1. ฉันมีรอบเอวเกิน 36 นิ้ว (ในเพศชาย) หรือ 32 นิ้ว (ในเพศหญิง) ใช่ ไม่ใช่

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. เพศชายหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ใกล้เคียงกัน					
3. ผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					

2.3 ท่านมีอาการใกล้เคียงกับโรคมะเร็งลำไส้บ่อยเพียงใด

อาการ	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ฉันรู้สึกมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งคล้ายกับเป็นอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น รู้สึกว่าท้องไม่โล่งสบาย อาหารไม่ย่อย ท้องร่วงสลับท้องผูก เจ็บในท้องบ่อยๆ ท้องมีลมแน่น หรือเป็นตะคริวในท้อง หรือรู้สึกบวม เจ็บในท้อง ไม่ถ่าย ไม่ผายลม ถ่ายอุจจาระปนเลือดสดๆ หรือเลือดดำๆ อุจจาระมีขนาดเล็กกว่าปกติ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ เหนื่อย หดแรง คลื่นเหียน คลื่นไส้หรืออาเจียน					

2.4 ท่านใส่ใจกับสุขภาพของท่านเพียงใด

ความใส่ใจสุขภาพ	ระดับความเห็นด้วย
-----------------	-------------------

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันทนอนหลับเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง					
2. ฉันทหมั่นดูแลน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน					
3. เมื่อพบอาการผิดปกติคล้ายกับเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ฉันทสนใจใส่ใจ ระวังระวังสุขภาพมากขึ้น เช่น หมั่นสังเกตอาการ หาความรู้เพิ่ม ระวังและเลี่ยงอาหารบางชนิด ปรีกษาแพทย์ เข้ารับการตรวจร่างกาย ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และพยายามกินยาสม่ำเสมอ เป็นต้น					

2.5 ท่านทราบประวัติการป่วยโรคมะเร็งของสมาชิกในครอบครัวท่านหรือไม่

1. คนในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก) ของฉันทเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใช่ ไม่ใช่
2. คนในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก, ลุง ป้า น้า อา หลาน) ของฉันทเป็นโรคมะเร็งอื่นๆ ใช่ ไม่ใช่

2.6 ท่านเคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาลำไส้ใหญ่หรือไม่

1. ฉันทผ่านการตรวจสวนแป้ง หรือส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
2. ฉันทได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอาจเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอนาคต ใช่ ไม่ใช่
3. ฉันทเคยผ่านการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ใช่ ไม่ใช่

2.7 ท่านรู้สึกว่ในอนาคตตัวท่านมีแนวโน้มป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือไม่

แนวโน้ม	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. มีความเป็นไปได้ที่ฉันทจะเป็นคนหนึ่งที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอนาคต					

2. ฉันมีความรู้สึกส่วนตัวบางอย่างว่าในอนาคตตัวฉันน่าจะป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
3. ฉันมีวิถีชีวิตแบบรักษาสุภาพดังนั้นฉันไม่น่าป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่					
4. มีความเป็นไปได้ที่ฉันเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					

2.8 สมมติว่าท่านป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ... ท่านคาดว่าตนเองน่าจะสูญเสียประโยชน์ด้านต่างๆ ชัดเจนเพียงไร

การเสียประโยชน์	ระดับความชัดเจน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่น่าจะทำให้ฉันใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างยากลำบาก เช่น การกิน การนั่ง การเดิน การนอน การขับถ่าย การเข้าสังคม เป็นต้น					
2. ถ้าฉันป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่คงจะส่งผลเสียต่อการประกอบอาชีพของฉัน					
3. สถานะการเงินของฉันน่าจะสั่นคลอนถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
4. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่น่าจะส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เช่น เพื่อน คู่รัก การแต่งงาน ครอบครัว)					
5. ถ้าฉันป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่คงจะเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมบางอย่างที่ฉันชอบ เช่น การกินอาหาร การเล่นกีฬา การเดินทางท่องเที่ยว เป็นต้น					
6. ความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตัวตนของฉันเองน่าจะลดลงถ้าฉันป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
7. ถ้าฉันป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่น่าจะทำให้ฉันต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้านในระยะยาว					
8. หากฉันป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่คงจะทำให้ทั้งชีวิตของฉันเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง					

2.9 เมื่อพูดถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ... ทำให้ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับประโยคต่อไปนี้

ข้อความ	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันเชื่อว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีอันตรายถึงตาย					
2. ถ้าฉันเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ คงจะเป็นเรื่องร้ายแรงกว่าเป็นโรคอื่น					
3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย					
4. เมื่อฉันนึกถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หัวใจฉันเต้นแรงขึ้น					
5. ความคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้ฉันเกิดความกลัว					
6. เมื่อฉันคิดเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียน					
7. ฉันไม่รู้สึกกังวลใจหากฉันป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					

2.10 ท่านเคยรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งจากสื่อต่างๆ และประสบการณ์ตรงของท่านบ่อยเพียงใด

ประสบการณ์	ระดับความบ่อยครั้ง				
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อย
1. ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เกิดจากพันธุกรรม					
2. ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง					
3. ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับอาการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					

4.ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
5.ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
6.ฉันมีคนที่รู้จักที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					

2.11 ท่านคิดว่าอาการที่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเกิดขึ้นกับตัวท่านหรือไม่เป็นเรื่องที่อยู่ภายใต้การควบคุมของท่านเพียงใด

การควบคุมได้	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจเป็นอย่างดีทำให้ปลอดภัยจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
2.การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงในวิถีชีวิต					
3.ไม่มีใครรู้สาเหตุที่แน่ชัดของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
4. แม้จะดูแลตนเองมากแค่ไหนหากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเกิด มันก็คงเป็นเช่นนั้น					
5.การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสิ่งที่เกิดจากความบังเอิญ					
6.โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ในครอบครัว					

2.12 ท่านคิดว่าท่านเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากเพียงใด

การป้องกัน	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันสามารถปฏิบัติตนแบบรักษาสุภาพแม้ว่าต้องลองทำหลายครั้งจนกว่าจะได้ผล					
2. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถกินอาหารสุภาพประเภทต่างๆ ที่ช่วยป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
3. ฉันเชื่อมั่นในความสามารถของฉันในการทำอาหารปลอดภัยจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
4. ฉันเชื่อมั่นในความสามารถของฉันในการหา/ซื้ออาหารที่ปลอดภัยจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่					
5. วิถีชีวิตแบบรักษาสุภาพเป็นสิ่งที่ยากเกินความสามารถของฉัน					
6. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถกินผักผลไม้ ธัญพืช ถั่วหลากหลายชนิดและสีรวมกัน 6 ทักษิตต่อวัน					
7. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินผักพื้นบ้านไทย เช่น ชะพลู ย่านาง กระถิน ผักปลั่ง เพกา ผักแพว ย่านาง กระถิน ผักเม็ก เป็นต้น					
8. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินผักผลไม้ที่มีสีเขี้ยวเข้ม เหลือง ส้ม แดง เช่น บรอกโคลี ฟักทอง ข้าวโพด แครอท มะเขือเทศ					
9. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น หนังไก่ แคนหมู ไช้แดง เครื่องในสัตว์					
10. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ้ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวผัด					
11. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารประเภทเนื้อแดง เช่น หมู เนื้อ					
12. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ เช่น นมพร่องมันเนย โยเกิร์ตไขมันต่ำ น้ำเต้าหู้					

13. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินปลา					
14. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินเนื้อสัตว์เล็ก เช่น ไก่ เป็ด					
15. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารประเภทปังย่าง					
16. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารสำเร็จรูป และอาหารกระป๋อง เช่นบะหมี่ซอง โจ๊กซอง น้ำผลไม้ขวด ปลากระป๋อง					
17. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารผ่านกระบวนการปรุงแต่งหรือถนอมอาหารรสเค็มเช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เต้าหู้ยี้ หมูเค็ม ปลาร้า					
18. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินขนมขบเคี้ยวประเภททอดในน้ำมันมากๆ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ถั่วทอด กลัวยแขก เป็นต้น					
19. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการเติมเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสหรือผงชูรสลงในอาหาร					
20. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่ง เช่น แหนม หมูยอ กุนเชียง แฮม เบคอน					
21. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินผักปนเปื้อนยาฆ่าแมลง เช่น คื่นช่าย กะหล่ำปลี ผักกาดขาว ผักบุ้งจีน					
22. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการดื่มน้ำผักผลไม้สด					
23. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารหมักดอง เช่น เครื่องเคียงดอง ผลไม้ดอง ผักกาดดอง เป็นต้น					
24. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินกุ้ง หอย ปู ปลาหมึก					
25. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารและของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ต้มช่า ไข่ไก่ กลัวยบวชชี พักทองแกงบวด					
26. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินขนมอบที่ใส่เบกิ้งโซดา (ผงฟู) เช่น เค้ก ขนมปัง แพนเค้ก คุกกี้พาย					
27. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันน้อย เช่น ต้ม นึ่ง ตุ่น					

28. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการเติมถั่วป่นลงในอาหาร เช่น ก๋วยเตี๋ยวแห้ง ก๋วยเตี๋ยวต้มยำ ผัดไท					
29. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดปริมาณสารเคมีหรือสารปนเปื้อนต่างๆ ที่ติดมากับผักที่ถูกฉีดสารเคมีฆ่าแมลง					
30. เมื่อฉันกินอาหารนอกบ้าน ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถหา/สั่งอาหารจานผักได้					
31. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้แหล่งสารเคมี/มลพิษ					
32. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการสูบบุหรี่ / หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่					
33. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้แม้ว่าอยู่กับเพื่อนฝูง					
34. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิก (การออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมากแต่มีความต่อเนื่องเช่น เดิน ขี่จักรยาน วิ่งเหยาะๆ วิ่งระยะไกล ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก) เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที 3 วันต่อสัปดาห์					
35. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควรแต่ไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การทำครัว การถูบ้าน การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ ล้างรถ ทำสวนเบาๆ เดินขึ้นบันได เป็นต้น อย่างน้อยครั้งละ 10 นาที อย่างสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์					
36. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจนอกเหนือจากการทำงาน (ซึ่งทำให้หายใจแรงเร็วขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบ เช่น เดินเร็ว ถีบจักรยานไปเรื่อยๆ เล่นเทนนิสคู่ ว่ายน้ำ เล่นวอลเลย์บอล เล่นโบว์ลิ่ง เต้นรำ เป็นต้น) อย่างน้อยครั้งละ 10 นาทีอย่างสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์					
37. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถปฏิบัติสมาธิเพิ่มขึ้น					

38. ฉันเชื่อมั่นว่าเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ที่ไม่คาดคิดขึ้น ในชีวิต (เช่น ปัญหาจากการทำงาน ปัญหา ครอบครัว ปัญหาส่วนตัว) ฉันสามารถจัดการกับ ความเครียดที่เกิดขึ้นได้					
--	--	--	--	--	--



แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ปริญญาเอก คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อแนวทางการสื่อสารสุขภาพในประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงขอให้ท่านกรุณาทำแบบสอบถามทุกข้อ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม

คำแนะนำ กรุณากรอกข้อมูลหรือทำเครื่องหมาย ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ น้อยกว่า 25 ปี 25 - 35 ปี 36-45 ปี
 46 - 55 ปี 56 - 65 ปี 66 ปีขึ้นไป
3. ส่วนสูง เซ็นติเมตร
4. น้ำหนัก กิโลกรัม
5. สถานภาพสมรส โสด สมรส อื่นๆ
6. จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
 อนุปริญญา หรือ ปวส. ปริญญาตรี
 ปริญญาโท หรือสูงกว่า
7. อาชีพหลัก พนักงานบริษัทเอกชน
 ข้าราชการ หรือ พนักงานหน่วยงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ
 เจ้าของธุรกิจ รับจ้าง
 ข้าราชการ หรือ พนักงานเกษียณ
 เกษตรกร ค้าขาย
 พ่อบ้าน/แม่บ้าน
 นิสิต / นักศึกษา อื่นๆ
8. รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท 10,000 – 25,000 บาท
 25,001- 40,000 บาท 40,001 – 55, 000 บาท
 55,001 บาท ขึ้นไป

9. การอยู่อาศัยประจำ (เลือกเพียงข้อเดียว)

- อยู่คนเดียว อยู่กับเพื่อน อยู่กับพี่/น้อง อยู่กับคู่สมรส
- อยู่กับครอบครัวเดียว (มี เฉพาะพ่อ/แม่ ลูก)
- อยู่กับครอบครัวขยาย (มี พ่อ/แม่ ลูก และญาติ เช่น ปู่ย่า ตายาย หรือลุงป้า น้า อา หลาน/สะใภ้/เขย)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงโรคหัวใจ

2.1 ตัวท่านมีพฤติกรรมต่างๆ ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

พฤติกรรม	ความถี่				
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ฉันทกินเนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว					
2. ฉันทกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น หนังไก่ แคมหมู ไข่แดง เครื่องในสัตว์					
3. ฉันทกินอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก					
4. ฉันทกินอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ต้มข่าไก่ กลัวยบวชชี ฟักทองแกงบวด					
5. ฉันทกินอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ้ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวผัด					
6. ฉันทกินขนมขบเคี้ยวประเภททอดในน้ำมันมากๆ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ถั่วทอด กลัวยแขก เป็นต้น					
7. ฉันทกินปลา					
8. ฉันทกินเนื้อสัตว์เล็ก เช่น ไก่ เป็ด					
9. ฉันทกินผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้งหลายชนิดและสัรรวมกันไม่น้อยกว่า 6 ทักษพีต่อวัน					
10. ฉันทกินอาหารผ่านกระบวนการปรุงแต่งหรือถนอมอาหารรสเค็มชนิดต่างๆ เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เต้าหู้ยี้ หมูเค็ม ปลาร้า					
11. ฉันทกินอาหารผ่านกระบวนการปรุงแต่ง เช่น แหนม หมูยอ กุนเชียง ไส้กรอก เบคอน แฮม เบคอน					

พฤติกรรม	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
12.ฉันกินอาหารหมักดอง เช่น เครื่องเคียงดอง ผลไม้ดอง ผักกาดดอง เป็นต้น					
13.ฉันกินอาหารสำเร็จรูปและอาหารกระป๋อง เช่น น้ำผลไม้ขวด/กล่อง บะหมี่ซอง โจ๊กซอง ปลากระป๋อง					
14.ฉันกินขนมอบที่ใส่เบกิ้งโซดา (ผงฟู) เช่น เค้ก ขนมปัง แพนเค้ก คุกกี้ พาย					
15.ฉันกินอาหารที่ปรุงโดยใช้ไขมันน้อย เช่น ต้ม นึ่ง ตุ่น					
16.เมื่อฉันสั่งอาหารนอกบ้านฉันสั่งอาหารที่มี ส่วนประกอบของผักต่างๆ					
17.ฉันดื่มนม/กินพร่องไขมันหรือไม่มีไขมันเช่น นมพร่องมันเนย โยเกิร์ตพร่องไขมันหรือน้ำเต้าหู้ที่ไม่หวาน เต้าฮวย					
18.ฉันดื่มน้ำผักผลไม้สด					
19.ฉันกินขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมเชื่อม ต่างๆ					
20.ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟเย็น ชาเย็น ชาไข่มุก ที่ผสม น้ำตาล					
21.ฉันกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ขนุน เงาะ มะม่วงสุก					
22.ฉันเติมเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสหรือผงชูรสลงในอาหาร					
23.ฉันใช้น้ำมันหมูประกอบอาหาร					
24.ฉันใช้น้ำมันรำข้าว / น้ำมันมะกอก / น้ำมันเมล็ดทานตะวันในการประกอบอาหาร					
25.ฉันทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การทำครัว การถูบ้าน การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ ล้างรถ ทำสวนเบาๆ เดินขึ้นบันได เป็นต้น					

พฤติกรรม	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
26.ฉันมีกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ นอกเหนือจากการทำงานเช่น ออกกำลังกาย ระดับปานกลางอย่างน้อย 10 นาทีในแต่ละครั้ง (ซึ่งทำให้หายใจแรงเร็วขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบ เช่น เดินเร็ว ถีบจักรยานไปเรื่อยๆ เล่นเทนนิสคู่ ว่ายน้ำ เล่นวอลเลย์บอล เล่นโบว์ลิ่ง เป็นต้น)					
27.ฉันออกกำลังกายแบบแอโรบิค (การออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมากแต่มีความต่อเนื่องเช่น เดิน ขี่จักรยาน วิ่งเหยาะๆ วิ่งระยะไกล ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก เต้นแอโรบิค) เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที					
28.ฉันสูบ/ได้รับควันยาสูบทุกชนิด เช่น บุหรี่ ยาเส้น ไปป์ มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน					
29.ฉันดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ชายมากกว่า 2 แก้ว,หญิงมากกว่า 1 แก้วต่อวัน)					
30.ฉันมีความเครียดสูง					
31.ฉันทำกิจกรรมเพื่อความผ่อนคลาย ความเครียด เช่น ปฏิบัติสมาธิ เล่นดนตรี ทำงานฝีมือ					

2.2 ท่านมีอาการใกล้เคียงกับโรคหัวใจบ่อยเพียงใด

อาการ	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ฉันมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งคล้ายกับเป็นอาการของโรคหัวใจ เช่น เหนื่อยง่าย ใจสั่น เสียดหรือเจ็บหัวใจ อึดอัดหายใจไม่ออก เห่าบวม มือ/เท้า/ริมฝีปากมีสีคล้ำเขียว เป็นต้น					

2.3 ปัจจัยเสี่ยง

1. ฉันมีรอบเอวเกิน 36 นิ้ว(ในเพศชาย) 32 นิ้ว (ในเพศหญิง)
 ใช่ ไม่ใช่
2. ฉันกินฮอร์โมนทดแทนเป็นเวลาเกิน 5 ปี
 ใช่ ไม่ใช่
3. ฉันใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลาเกิน 5 ปี
 ใช่ ไม่ใช่
4. ฉันมีระดับไขมันรวม (total cholesterol) ในเลือดมากกว่า หรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/dl
 ใช่ ไม่ใช่
5. ฉันมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90
 ใช่ ไม่ใช่
6. ฉันมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 dl.
 ใช่ ไม่ใช่

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7. ผู้หญิงมีความเสี่ยงโรคหัวใจมากกว่าผู้ชาย					
8. ผู้หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อโรคหัวใจ					

2.4 ท่านเคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องและโรคหัวใจหรือไม่

1. ฉันได้รับยาควบคุมระดับไขมันรวม ใช่ ไม่ใช่
2. ฉันได้รับยาควบคุม/รักษาโรคเบาหวาน ใช่ ไม่ใช่
3. ฉันได้รับยาควบคุมความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่
4. ฉันเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรคหัวใจ ใช่ ไม่ใช่
5. ฉันเคยผ่าตัดหัวใจ ใช่ ไม่ใช่

2.5 ท่านใส่ใจกับสุขภาพของท่านเพียงใด

2.5.1 ความใส่ใจสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน

ความใส่ใจสุขภาพ	ความถี่				
	ไม่	น้อย	ปาน	บ่อย	บ่อย

	เลย		กลาง		มาก
1. ฉันทนอนหลับเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง					
2. ฉันทหมั่นดูแลน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน					
3. เมื่อพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งคล้ายกับเป็นโรคหัวใจ ฉันทสนใจ ใส่ใจ ระมัดระวังสุขภาพมากขึ้น เช่น หมั่นสังเกตอาการ หาความรู้เพิ่ม ระวังและเลี่ยงอาหารบางชนิด ปรีกษาแพทย์ เข้ารับการตรวจร่างกาย ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ปฏิบัติสมาธิ และพยายามกินยาสม่ำเสมอ เป็นต้น					

(ถ้าท่านเป็นโรคเบาหวาน กรุณาทำต่อข้อ 2.5.2 ส่วนท่านที่ไม่เป็นโรคเบาหวานกรุณาข้ามไปข้อ 2.5.3)

2.5.2 ความใส่ใจสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวาน

ความใส่ใจสุขภาพ	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ฉันทกินอาหารมื้อเช้า					
2. ฉันทกินอาหารตรงเวลา					
3. ฉันทพกถุงอม/ของหวานติดตัวเวลาเดินทางหรือออกนอกบ้านเพื่ออมเวลาหน้ามีด					
4. ฉันทกินยาเบาหวาน หรือฉีดยาตรงตามแพทย์สั่ง					
5. ฉันทปรับหรือลดยาเอง					
6. ฉันทใส่รองเท้าแตะแบบหนีบหรือถอดรองเท้าเดิน					
7. ฉันทหมั่นตรวจดูสภาพผิวหนังและแผลที่เท้า					
8. ฉันทหลีกเลี่ยงภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด					

(ถ้าท่านมีภาวะความดันโลหิตสูงกรุณาทำต่อข้อ 2.5.3 ส่วนท่านที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงกรุณาข้ามไปข้อ 2.5.4)

2.5.3 ความใส่ใจสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสำหรับผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง

ความใส่ใจสุขภาพ	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก

1.ฉันกินยาควบคุมความดันตรงตามที่แพทย์สั่ง					
2.ฉันปรับหรือลดปริมาณยาเอง					
3.ฉันหลีกเลี่ยงภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด					

(ถ้าท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูงกรุณาทำต่อข้อ 2.5.4 ส่วนท่านที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง กรุณาข้ามไปข้อ 2.6)

2.5.4 ความใส่ใจสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสำหรับผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ความใส่ใจสุขภาพ	ความถี่				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ฉันกินยาควบคุมไขมันตรงตามที่แพทย์สั่ง					
2. ฉันปรับหรือลดปริมาณยาเอง					
3. ฉันหลีกเลี่ยงภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด					

2.6 ท่านทราบประวัติการป่วยโรคหัวใจและโรคที่เกี่ยวข้องของสมาชิกครอบครัวของท่านหรือไม่

1. คนในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก) ของฉันป่วยเป็นโรคหัวใจ ใช่ ไม่ใช่
2. คนในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก , ลุง ป้า น้า อา หลาน) ของฉันป่วยเป็นโรคระบบหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันรวมสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต

ใช่ ไม่ใช่

2.7 ท่านรู้สึกว่าเป็นอนาคต ตัวท่านมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคหัวใจหรือไม่

แนวโน้ม	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. มีความเป็นไปได้ที่ฉันจะเป็นคนหนึ่งที่ป่วยเป็นโรคหัวใจในอนาคต					
2. ฉันมีความรู้สึกส่วนตัวเองว่าในอนาคตตัวฉันน่าจะป่วยเป็นโรคหัวใจ					
3. ฉันมีวิถีชีวิตแบบรักษสุขภาพดังนั้นฉันไม่น่าป่วยเป็นโรคหัวใจ					
4. มีความเป็นไปได้ที่ฉันเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ					

2.8 สมมติว่าท่านป่วยเป็นโรคหัวใจ ... ท่านคาดว่าตนเองน่าจะต้องสูญเสียประโยชน์ชัดเจนเพียงใด

การสูญเสียประโยชน์	ระดับความชัดเจน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. โรคหัวใจน่าจะทำให้ฉันใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างยากลำบาก เช่น การทำกิจวัตรส่วนตัว การกินอยู่ การเข้าสังคม เป็นต้น					
2. ถ้าฉันป่วยโรคหัวใจคงจะส่งผลเสียต่อการประกอบอาชีพของฉัน					
3. ฐานะการเงินของฉันน่าจะสั่นคลอนถ้าฉันเป็นโรคหัวใจ					
4. โรคหัวใจน่าจะส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (เช่น เพื่อน คู่รัก การแต่งงาน ครอบครัว)					
5. ถ้าฉันป่วยโรคหัวใจคงจะเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมบางอย่างที่ฉันชอบ เช่น การกินอาหาร การเล่นกีฬา การเดินทางท่องเที่ยว เป็นต้น					
6. ความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตัวตนของฉันน่าจะลดลงถ้าฉันป่วยเป็นโรคหัวใจ					
7. ถ้าฉันป่วยโรคหัวใจน่าจะทำให้ฉันต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้านในระยะยาว					
8. หากฉันป่วยเป็นโรคหัวใจคงจะทำให้ทั้งชีวิตของฉันเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง					

2.9 เมื่อพูดถึงโรคหัวใจ ... ทำให้ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับประโยคต่อไปนี้

ข้อความ	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันเชื่อว่าโรคหัวใจเป็นโรคที่มีอันตรายถึงตาย					
2. ถ้าฉันเป็นโรคหัวใจ คงจะเป็นเรื่องร้ายแรงกว่าเป็นโรคอื่น					
3. โรคหัวใจเป็นโรคที่รักษาไม่หาย					
4. เมื่อฉันนึกถึงโรคหัวใจ หัวใจฉันเต้นแรงขึ้น					
5. ความคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจทำให้ฉันเกิดความกลัว					

ข้อคำถาม	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันเชื่อว่าโรคหัวใจเป็นโรคที่มีอันตรายถึงตาย					
2. ถ้าฉันเป็นโรคหัวใจ คงจะเป็นเรื่องร้ายแรงกว่าเป็นโรคอื่น					
6. เมื่อฉันคิดเรื่องโรคหัวใจฉันรู้สึกสะอิดสะเอียน					
7. ฉันไม่รู้สึกกังวลใจหากฉันป่วยเป็นโรคหัวใจ					

2.10 ท่านเคยรู้เรื่องโรคหัวใจทั้งจากสื่อต่างๆ และประสบการณ์ตรงของท่าน บ่อยเพียงใด

ประสบการณ์	ระดับความบ่อย				
	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อย
1. ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับโรคหัวใจเกิดจากพันธุกรรม					
2. ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับโรคหัวใจเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง					
3.ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับอาการโรคหัวใจ					
4.ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคหัวใจ					
5.ฉันเคยได้ยิน ดู หรืออ่านเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคหัวใจ					
6.ฉันมีคนรู้จักที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ					

2.11. ท่านคิดว่ากรณีที่โรคหัวใจจะเกิดขึ้นกับตัวท่านหรือไม่ เป็นเรื่องที่อยู่ภายใต้การควบคุมของท่านหรือไม่เพียงใด

การควบคุมได้	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจเป็นอย่างดีทำให้ปลอดภัยจากโรคหัวใจ					
2. การเกิดโรคหัวใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงในวิถีชีวิต					
3. ไม่มีใครรู้สาเหตุที่แน่ชัดของโรคหัวใจ					
4. แม้จะดูแลตนเองมากแค่ไหนหากโรคหัวใจจะเกิด มันก็คงเป็นเช่นนั้น					
5. การเกิดโรคหัวใจเป็นสิ่งที่เกิดจากความบังเอิญ					
6. โรคหัวใจถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ในครอบครัว					

2.12 ท่านคิดว่าท่านเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจมากเพียงใด

การป้องกัน	ระดับความเห็นด้วย				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันสามารถปฏิบัติตนแบบรักษาสุภาพแม้ว่าต้องลองทำหลายครั้งจนกว่าจะได้ผล					
2. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถกินอาหารสุขภาพประเภทต่างๆ ที่ช่วยป้องกันโรคหัวใจ					
3. ฉันเชื่อมั่นในความสามารถของฉันในการทำอาหารปลอดภัยจากโรคหัวใจ					
4. ฉันเชื่อมั่นในความสามารถของฉันในการหา/ซื้ออาหารที่ปลอดภัยจากโรคหัวใจ					
5. วิถีชีวิตแบบรักษาสุภาพเป็นสิ่งที่ยากเกินความสามารถของฉัน					
6. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารประเภทเนื้อแดง					
7. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น หนังไก่ แคบหมู ไช้แดง เครื่องในสัตว์					

8. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก					
9. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ต้มข่าไก่ กลัวยบวชซี ฟักทองแกงบวด					
10.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ้ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวผัด					
11.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินขนมขบเคี้ยวประเภททอดในน้ำมันมากๆ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ถั่วทอด กลัวยแซก เป็นต้น					
12.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินปลา					
13.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินเนื้อสัตว์เล็ก เช่น ไก่ เป็ด					
14.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถกินผักผลไม้ ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง หลายชนิดรวมกัน 6 ทักษีต่อวัน					
15.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารผ่านกระบวนการปรุงแต่งหรือถนอมอาหารรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เต้าหู้ยี้ หมูเค็ม ปลาร้า					
16.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารผ่านกระบวนการปรุงแต่ง เช่น แหนม หมูยอ กุนเชียง ไส้กรอก เบคอน แฮม เบคอน					
17.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการดื่มน้ำผลไม้สด					
18.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารหมักดอง เช่น เครื่องเคียงดอง ผลไม้ดอง ผักกาดดอง เป็นต้น					
19.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการใช้ไขมันหมูประกอบอาหาร					
20.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินอาหารสำเร็จรูปและอาหารกระป๋อง เช่น น้ำผลไม้ขวด/กล่อง บะหมี่ซอง โจ๊กซอง ปลากระป๋อง					
21.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินขนมอบที่ใส่เบกิ้งโซดา (ผงฟู) เช่น เค้ก ขนมปัง แพนเค้ก คุกกี้ พาย					
22.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินอาหารที่ปรุงโดยใช้ไขมันน้อย เช่น ลวก ต้ม นึ่ง ตุ่น					

23.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการกินผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ เช่น นมพร่องมันเนย โยเกิร์ตไขมันต่ำ หรือน้ำเต้าหู้ไม่หวาน					
24.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินของหวานจัดประเภทต่างๆ เช่นขนมเชื่อม					
25.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการดื่มเครื่องดื่มรสหวานเช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟเย็น ชาเย็น ชาไข่มุก					
26.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ขนุน เงาะ มะม่วงสุก					
27.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถใช้น้ำมันรำข้าว/น้ำมันมะกอก/น้ำมันเมล็ดทานตะวันในการประกอบอาหาร					
28.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการกินผลไม้ที่มีรสหวานจัดประเภทต่างๆ เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ขนุน เงาะ มะม่วงสุก					
29.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการเติมเครื่องปรุง เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสหรือผงชูรสลงในอาหาร					
30.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการสูบบุหรี่ / หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่					
31.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้แม้ว่าอยู่กับเพื่อนฝูง					
32.เมื่อฉันกินข้าวนอกบ้านฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถสั่งอาหารที่มีส่วนประกอบของผักต่างๆ					
33.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน					
34.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถปฏิบัติสมาธิเพิ่มขึ้น					
35.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิก (การออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมากแต่มีความต่อเนื่องเช่น เดิน ขี่จักรยาน วิ่งเหยาะๆ วิ่งระยะไกล ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก) เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที 3 วันต่อสัปดาห์					
36.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถดูแลสุขภาพโดยรวมมิให้โรคที่เป็น (เช่น โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันรวมสูง) ทรุดหนักลง					

<p>37.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มการทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การทำครัว การถูบ้าน การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ ล้างรถ ทำสวนเบาๆ เดินขึ้นบันได เป็นต้น อย่างน้อยครั้งละ 10 นาทีอย่างสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์</p>					
<p>38.ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเพิ่มกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจนอกเหนือจากการทำงาน (ซึ่งทำให้หายใจแรงเร็วขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบ เช่น เดินเร็ว ถีบจักรยานไปเรื่อยๆ เล่นเทนนิสคู่ ว่ายน้ำ เล่นวอลเลย์บอล เล่นโบว์ลิ่ง เต้นรำ เป็นต้น) อย่างน้อยครั้งละ 10 นาทีอย่างสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์</p>					
<p>39.ฉันเชื่อมั่นว่าเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ที่ไม่คาดคิดขึ้นในชีวิต (เช่น ปัญหาจากการทำงาน ปัญหาครอบครัว ปัญหาส่วนตัว) ฉันสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้</p>					

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ชุดที่ 1

พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

คำแนะนำ: กรุณาให้ข้อมูลของท่านตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. จบการศึกษา.....
4. อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ท่านมีพฤติกรรมและอาการบ่งชี้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย ตามความถี่ที่แท้จริง

1.1 พฤติกรรมเสี่ยงและอาการบ่งชี้

ข้อคำถาม	ความถี่ใน 1 สัปดาห์			
	ไม่เลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
1. กินปลา				
2. กินอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอย ปู				
3. ต้มนมพ่องไขมันหรือไม่มีไขมัน โยเกิร์ตพ่องไขมันหรือน้ำเต้าหู้ที่ไม่หวาน				
4. กินอาหารประเภททอดในน้ำมันมากๆ เช่น ปาท่องโก๋ กลัวยแซก ไก่ทอด หมูทอด				
5. กินอาหารไขมันสูง เช่น หนังไก่ แคมหมู ไข่แดง แฮม ไส้กรอก กุนเชียง หมูยอ ไส้จืด ไส้กรอกอีสาน เครื่องในสัตว์				
6. กินอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ้ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่				
7. กินอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ ต้มข่าไก่ กลัวยบวชชี				
8. กินอาหารที่ทำจากเนย หรือ ครีม เช่น คูกี้ เค้ก เบเกอรี่ พาย ไอศกรีม				

ข้อคำถาม	ความถี่ใน 1 สัปดาห์			
	ไม่เลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
9. กินขนมขบเคี้ยวไขมันสูง เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ถั่วทอด				
10. กินหมู หรือ เนื้อ ปิ้ง,ย่าง ปริมาณ 3 ไม้ (ประมาณ 9 ชิ้นเล็ก)				
11. กินน่องไก่ ออกไก่ ปีกไก่ ปิ้ง, ย่าง ปริมาณ 1 ชิ้น				
12. กินผัก เช่น ผักคะน้า กะหล่ำปลี ผักกาดขาว ผักบุ้ง ปริมาณ 5 ซ่อนโต๊ะ				
13. กินผลไม้สด เช่น ส้ม กล้วยน้ำว้า ประมาณ 2 ผล				
14. กินถั่วลิสงปน เช่น ใส่ในกวยเตี๋ยวแห้ง กวยเตี๋ยวต้มยำ ผัดไท ปริมาณ 2 ซ่อนชา				
15. กินอาหารที่ได้ปริมาณไขมันอิ่มตัวประมาณ 5 ซ่อนโต๊ะ				
16. กินอาหารประเภทเนื้อติดมันหรือผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันสูง รวมทั้งมาการีน เนย หรือชีส				
17. กินอาหารประเภทผักดอง ผลไม้ดอง				
18. กินอาหารประเภทปลาเค็ม เนื้อเค็ม เนื้อสวรรค์ หมูสวรรค์ แหนม หมูยอ				
19. กินอาหารหลักที่ฉันกินมีส่วนประกอบของผักในปริมาณมาก เช่น อาหารเหนือ อาหารอีสาน อาหารใต้ ผักน้ำพริก อาหารญี่ปุ่น อาหารอิตาลี				
20. กินผลไม้ต่างๆ เป็นอาหารว่าง				
21. ใช้น้ำมันหมูปรุงอาหาร เช่น ผัด ทอด อบ คลุก				
22. เมื่อฉันสั่งอาหารนอกบ้านฉันสั่งอาหารที่มีส่วนประกอบของผักต่างๆ				
23. เวลาฉันทำอาหารกินเองฉันใส่ผัก				
24. ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีและเป็นเวลามากกว่า 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์				
25. มีความเครียดสูง				
26. สูบยา*/ได้รับควัน / ได้รับมลพิษทางอากาศ เช่น การจราจร หรืออยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน (*ยาสูบทุกชนิดทั้งผลิตจากโรงงานและมวนเอง เช่น บุหรี่ ยานัตถ์ ยาฉุน ยาเส้น ใบบ่)				
27. มีอาการท้องผูก				

ข้อคำถาม	ความถี่ใน 1 สัปดาห์			
	ไม่เลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
28. มีความรู้สึกไม่สบายในท้อง เช่น อาหารไม่ย่อย แน่นท้อง ท้องอืดเพื่อ เจ็บในท้อง ท้องแข็ง ไม่ถ่าย ไม่ผายลม				
29. มีอาการท้องเสียสลับท้องผูก				
30. ขับถ่ายอุจจาระปนมูกเลือด (สีแดง/สีคล้ำ)				
31. ปวดท้องอย่างรุนแรง				
32. ถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้น				
33. เหนื่อยหอบง่าย				

คำแนะนำ: กรุณาทำเครื่องหมาย หรือกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และรูปแบบการดำเนินชีวิต

ข้อคำถาม	ความถี่ใน 1 สัปดาห์			
	ไม่เลย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
34. คุณทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับหนัก ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การยกหรือแบของหนัก การขุดดิน การก่อสร้าง การเพาะปลูก เป็นต้น				
35. คุณทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การทำครัว การถูบ้าน การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ ล้างรถ ทำสวนเบาๆ เดินขึ้นบันได เป็นต้น				
36. คุณมีกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจนอกเหนือจากการ				

ข้อคำถาม	ความถี่ใน 1 สัปดาห์			
	ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-7 วัน
34. คุณทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับหนัก ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การยกหรือแบของหนัก การขุดดิน การก่อสร้าง การเพาะปลูก เป็นต้น				
35. คุณทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การทำครัว การถูบ้าน การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ ล้างรถ ทำสวนเบาๆ เดินขึ้นบันได เป็นต้น				
ทำงานเช่นออกกำลังกายระดับหนักอย่างน้อย 10 นาทีในแต่ละครั้ง (ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือทำให้หอบ เช่น เต้นแอโรบิกโดยใช้แรงกระแทก วิ่งเร็ว ว่ายน้ำเร็ว ถีบจักรยานเร็ว กระโดดเชือก เล่นบาสเกตบอล ชกมวย ฟุตบอล เล่นฟิตเนส เป็นต้น) จำนวนกี่ครั้ง				
37. คุณมีกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจนอกเหนือจากการทำงานเช่น ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 10 นาทีในแต่ละครั้ง (ซึ่งทำให้หายใจแรงเร็วขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบ เช่น เดินเร็ว ถีบจักรยานไปเรื่อยๆ เล่นเทนนิสคู่ ว่ายน้ำ เล่นวอลเลย์บอล เล่นโบว์ลิ่ง เป็นต้น) จำนวนกี่ครั้ง				

38. โดยภาพรวม คุณมีรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมเป็นอย่างไร (ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน)

- นั่ง/เอนกายเป็นส่วนใหญ่ (เช่น ขับรถ/นั่งรถ นั่งทำงานออฟฟิศ ทำงานคอมพิวเตอร์ นั่งสอน นั่งเรียน เล่นอินเทอร์เน็ต ดูโทรทัศน์ นั่งคุย ดูภาพยนตร์ นั่งสมาธิ นั่งขายของนั่งทำงานช่าง/งานฝีมือ เป็นต้น)
- ยืนเป็นส่วนใหญ่ (เช่น ยืนขายของ ยืนสอน ยืนทำงานช่าง/งานฝีมือ เป็นต้น)
- กระฉับกระเฉง (เช่น เดินไกล เดินเร็วขึ้นลงบันไดเป็นประจำ ทำงานบ้านหนักๆ)

2.3 พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของตนเอง

39. การฝึกหายใจเข้า จำนวนกี่ครั้งใน 1 สัปดาห์

- ไม่เคยฝึกเลย เคยฝึกเป็นบางเวลา 1-2 ครั้ง เคยฝึกบ่อยๆ มากกว่า 5 ครั้ง

40. การฝึกโยคะ

- ไม่เคยฝึกเลย เคยฝึกเป็นบางเวลา 1-2 ครั้ง เคยฝึกบ่อยๆ มากกว่า 5 ครั้ง

41. การเจริญสมาธิ

- ไม่เคยฝึกเลย เคยฝึกเป็นบางเวลา 1-2 ครั้ง เคยฝึกบ่อยๆ มากกว่า 5 ครั้ง

42. อื่นๆ โปรดระบุ (เช่น ทำงานอดิเรก ร้องเพลง)

จำนวนครั้งครั้ง เป็นเวลา.....ชั่วโมง.....นาที

2.4 ประวัติการใช้ยาและการตรวจรักษา

43. คุณใช้ยาที่อาจมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ เช่น ยาจีน ยาลูกกลอน ยาหม้อ ยาจีน ยาชุด เป็นเวลาเกินกว่า 5 ปี

- ใช่ ไม่ใช่

44. คุณเคยได้รับการตรวจสวนแป้ง หรือส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

- ใช่ ไม่ใช่

45. คุณเคยมีปัญหาเรื่องระบบขับถ่ายจนต้องเข้ารับการรักษา เช่น ผ่าตัดลำไส้ใหญ่

- ใช่ ไม่ใช่

46. คุณเคยได้รับการวินิจฉัยว่าอาจเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอนาคต

- ใช่ ไม่ใช่

2.5 ประวัติครอบครัว

47. คุณมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงเช่นบิดา มารดา เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

- ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความตั้งใจและสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความตั้งใจ และความรู้สึที่ตั้งใจอยากจะป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

1.ขอให้คุณดูสื่อ 2 ชิ้นนี้และแสดงความคิดเห็นว่ารู้สึกอย่างไรต่อสื่อทั้ง 2 ชิ้นนี้ และด้วยเหตุผลอะไร

2.เมื่อคุณดูสื่อแล้ว รู้สึกอย่างไรต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตามที่สื่อบอก

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ชุดที่ 2
พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

คำแนะนำ: กรุณาให้ข้อมูลของท่านตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. จบการศึกษา.....
4. อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ท่านมีพฤติกรรมและอาการบ่งชี้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย ตามความถี่ที่แท้จริง

2.1 ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนลงพุง

1. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
2. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
3. รอบเอว.....เซนติเมตร
4. ค่าดัชนีมวลกายกิโลกรัมต่อตารางเมตร

2.2 ระดับไขมันในเลือด

1. ท่านทราบระดับโคเลสเตอรอลรวม (ไขมันรวม) ของท่านเองหรือไม่
 - ไม่ทราบ (กรุณาข้ามไปตอบข้อ 2)
 - ทราบมิลลิกรัม/เดซิลิตร
2. ท่านทราบระดับไขมันดี เอช ดี แอล (HDL) ของตัวท่านเองหรือไม่
 - ไม่ทราบ
 - ทราบมิลลิกรัม/เดซิลิตร

2.3 ระดับความดันโลหิต

1. ในปัจจุบันคุณได้รับยาเพื่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
 ได้รับ ไม่ได้รับ
2. ค่าความดันโลหิตของท่านคือ
 ไม่ทราบ
 ทราบมิลลิกรัม/เดซิลิตร

2.4 ระดับน้ำตาลในเลือด

1. ในปัจจุบันคุณได้รับยาเพื่อรักษาโรคเบาหวานอยู่หรือไม่
 ได้รับ ไม่ได้รับ
2. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของท่านคือ
 ไม่ทราบ
 ทราบมิลลิกรัม/ลิตร

2.5 พฤติกรรมการกินของคุณ

1. ปกติคุณกินผักและผลไม้สดประมาณกี่ส่วน* ต่อวัน (*1 ส่วนเท่ากับ 1 ทัพพีหรือ 1 ฝ่ามือ)
 ไม่กินเลย น้อยกว่า 5 ส่วน มากกว่า 5 ส่วน
2. ในหนึ่งสัปดาห์คุณกินเมล็ดพืช ธัญพืช (เช่น ถั่วชนิดต่างๆ ข้าวกล้อง) บ่อยแค่ไหน
 ไม่กินเลย 1-2 ครั้ง มากกว่า 3 ครั้ง
3. ในหนึ่งสัปดาห์คุณกินปลาบ่อยแค่ไหน
 ไม่กินเลย 1-2 ครั้ง 3 ครั้งขึ้นไป
4. ในหนึ่งสัปดาห์คุณกินอาหารที่มีไขมันจากเนื้อสัตว์ (ที่ไม่ใช่ปลา) เช่น คอหมูย่าง เนื้อหมู หรือเนื้อวัวติดมัน หนังไก่ หนังเป็ด แคมหมู หนังหมู เนย บ่อยแค่ไหน
 ไม่กินเลย 1-2 ครั้ง 3 ครั้งขึ้นไป
5. ในหนึ่งสัปดาห์คุณกินอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ/โซเดียม (เช่น เค้ก โดนัท คุกกี้ เฟรนช์ฟราย) บ่อยแค่ไหน
 ไม่กินเลย 1-2 ครั้ง 3 ครั้งขึ้นไป
6. ในหนึ่งสัปดาห์คุณกินขนมหวานที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลบ่อยแค่ไหน
 ไม่เคย บางครั้ง บ่อยๆ
7. ในหนึ่งสัปดาห์คุณกินอาหารฟาสต์ฟู้ด (เช่น พิซซ่า ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์) บ่อยแค่ไหน
 ไม่กินเลย 1-2 ครั้ง 3 ครั้งขึ้นไป

8. ในหนึ่งสัปดาห์คุณดื่มน้ำอัดลมบ่อยแค่ไหน

- ไม่กินเลย 1-2 ครั้ง 3 ครั้งขึ้นไป

2.6 พฤติกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย และรูปแบบการดำเนินชีวิต

1. ในแต่ละสัปดาห์ คุณทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับหนัก ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การยกหรือแบของหนัก การขุดดิน การก่อสร้าง การเพาะปลูก เป็นต้น

- ไม่มี 1-2 ครั้ง 3-4 ครั้ง มากกว่า 5 ครั้ง

2. ในแต่ละสัปดาห์ คุณทำงานออกแรง/ใช้แรงระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอสมควรไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 10 นาที เช่น การทำครัว การถูบ้าน การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ เป็นต้น

- ไม่มี 1-2 ครั้ง 3-4 ครั้ง มากกว่า 5 ครั้ง

3. ในแต่ละสัปดาห์ คุณมีกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจนอกเหนือจากการทำงานเช่น ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 10 นาทีในแต่ละครั้ง (ซึ่งทำให้หายใจแรงเร็วขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบ เช่น เดินเร็ว ถีบจักรยานไปเรื่อยๆ เล่นเทนนิสคู่ วายน้ำ เล่นวอลเลย์บอล เล่นโบว์ลิ่ง เป็นต้น) จำนวนกี่ครั้ง

- ไม่มี 1-2 ครั้ง 3-4 ครั้ง มากกว่า 5 ครั้ง

4. ในแต่ละสัปดาห์ คุณมีกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจนอกเหนือจากการทำงานเช่นออกกำลังกายระดับหนักอย่างน้อย 10 นาทีในแต่ละครั้ง (ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือทำให้หอบ เช่น เต้นแอโรบิกโดยใช้แรงกระแทก วิ่งเร็ว วายน้ำเร็ว ถีบจักรยานเร็ว กระโดดเชือก เล่นบาสเกตบอล ชกมวย ฟุตบอล เล่นฟิตเนส เป็นต้น) จำนวนกี่ครั้ง

- ไม่มี 1-2 ครั้ง 3-4 ครั้ง มากกว่า 5 ครั้ง

5. ในทุกๆ วัน คุณมีรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมเป็นอย่างไร (ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน)

นั่ง/เอนกายเป็นส่วนใหญ่ (เช่น ขับรถ/นั่งรถ นั่งทำงานออฟฟิศ ทำงานคอมพิวเตอร์ นั่งสอน นั่งเรียน เล่นอินเทอร์เน็ต ดูโทรทัศน์ นั่งคุย ดูภาพยนตร์ นั่งสมาธิ นั่งขายของนั่งทำงานช่าง/งานฝีมือ เป็นต้น) ยืนเป็นส่วนใหญ่ (เช่น ยืนขายของ ยืนสอน ยืนทำงานช่าง/งานฝีมือ เป็นต้น)

- ใช้เครื่องอำนวยความสะดวก

- กระฉับกระเฉงมาก (เช่น เดินไกล เดินเร็วขึ้นลงบันไดเป็นประจำ ทำงานบ้าน)

2.7 พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของตนเอง

1. การฝึกหายใจช้า จำนวนกี่ครั้งใน 1 สัปดาห์

- ไม่เคยฝึกเลย เคยฝึกเป็นบางเวลา 1-2 ครั้ง เคยฝึกบ่อยๆ มากกว่า 5 ครั้ง

2. การฝึกโยคะ

- ไม่เคยฝึกเลย เคยฝึกเป็นบางเวลา 1-2 ครั้ง เคยฝึกบ่อยๆ มากกว่า 5 ครั้ง

3. การเจริญสมาธิ

- ไม่เคยฝึกเลย เคยฝึกเป็นบางเวลา 1-2 ครั้ง เคยฝึกบ่อยๆ มากกว่า 5 ครั้ง

4. อื่นๆ โปรดระบุ

จำนวนครั้งครั้ง

เป็นเวลา.....ชั่วโมง.....นาที

2.8 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

1. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่ สูบ ไม่สูบ
2. ปัจจุบันคุณได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นหรือไม่ ได้รับ ไม่ได้รับ
3. ในอดีตคุณเคยสูบบุหรี่หรือไม่ สูบ ไม่สูบ
4. คุณเลิกสูบบุหรี่มานานเท่าไรปีเดือน

2.9 ประวัติครอบครัวของคุณ

1. คุณเคยได้รับการตรวจจากแพทย์ และระบุว่ามมีอาการของโรคหัวใจ หรือเคยผ่าตัดหัวใจหรือไม่

- เคย ไม่เคย

2. มารดาของคุณเคยเป็นโรคหัวใจหรือไม่ (อาการโรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ)

- เคย ไม่เคย ไม่ทราบ

2. บิดาของคุณเคยเป็นโรคหัวใจหรือไม่ (อาการโรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ)

- เคย ไม่เคย ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความตั้งใจและสื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความตั้งใจ และความรู้สึกตั้งใจอยากจะป้องกันโรค

1. ขอให้คุณดูสื่อ 2 ชิ้นนี้และแสดงความคิดเห็นว่ารู้สึกอย่างไรต่อสื่อทั้ง 2 ชิ้นนี้ และด้วยเหตุผลอะไร
2. เมื่อคุณดูสื่อแล้ว รู้สึกอย่างไรต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตามที่สื่อบอก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนิษะนันท์ สำเภาเงิน เกิดเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2516 ที่จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษารัฐศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เมื่อพ.ศ. 2538 สำเร็จการศึกษาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ภาษาและวัฒนธรรมเพื่อการสื่อสารและการพัฒนา) จากมหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อพ.ศ. 2543 และเข้าศึกษาหลักสูตรนิเทศศาสตรดุษฎีบัณฑิตเมื่อพ.ศ.2551 ปัจจุบันทำงานที่สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY