

อิทธิพลของผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ทัศนคติ และการตัดสินใจใช้บริการ
ด้านสุขภาพจิต



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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์
คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Influence of Opinion Leaders in Online Social Network on Perception, Attitude and
Decision Making towards Mental Healthcare Service

Mr. Pitchakorn Pumpayung



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts (Communication Arts) Program in Communication

Arts

Faculty of Communication Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

อิทธิพลของผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อ
การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจใช้บริการด้าน
สุขภาพจิต

โดย

นายพิชชากร พุ่มพวง

สาขาวิชา

นิเทศศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธাত্রี ใต้ฟ้าพูล

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... คณบดีคณะนิเทศศาสตร์

(ศาสตราจารย์ ดร.ปาริชาติ สถาปิตานนท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ องค์กรรักษา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธাত্রี ใต้ฟ้าพูล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ กิติมา สุรสนธิ)

พิชชากร พุ่มพวง : อิทธิพลของผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ทัศนคติและการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิต (Influence of Opinion Leaders in Online Social Network on Perception, Attitude and Decision Making towards Mental Healthcare Service) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชาติรี ใต้ฟ้าพูล, 145 หน้า.

การศึกษาวิจัยเรื่อง "อิทธิพลของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ทัศนคติและการตัดสินใจ" เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research method) ด้วยการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ในบริเวณขอบเขตที่ศึกษา จำนวน 400 คน และนำมาวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติ SPSS มีวัตถุประสงค์คือ 1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรต่างกันจะมีการเปิดรับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน 2. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรต่างกันจะมีการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน 3. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรต่างกันจะมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน 4. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรต่างกันจะมีการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตแตกต่างกัน 5. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า 1. เพศหญิงมีการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และแนะนำบริการสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย 2. คนที่อายุน้อยแนะนำบริการสุขภาพจิตให้ผู้อื่นทราบ มากกว่าคนที่อายุมากกว่า 3. คนที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่า 4. คนที่มีรายได้น้อยมีทัศนคติต่อการบริการด้านสุขภาพจิตในเชิงบวกมากกว่าคนที่มีการศึกษาได้สูง 5. การที่บุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

สาขาวิชา นิเทศศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5884660128 : MAJOR COMMUNICATION ARTS

KEYWORDS: MENTAL HEALTH / OPINION LEADER / ONLINE SOCIAL NETWORKS

PITCHAKORN PUMPAYUNG: Influence of Opinion Leaders in Online Social Network on Perception, Attitude and Decision Making towards Mental Healthcare Service. ADVISOR: ASST. PROF. TATRI TAIPHAPOON, Ph.D., 145 pp.

The purpose of this research is to study perception, attitude and decision making of taking mental healthcare service from exposure to mental health opinion leaders in social network. This study employs quantitative methodology using a survey with questionnaires to collect data from 400 samples who are following mental health opinion leaders in social network. Percentage, mean, standard deviation and regression analysis were calculated as statistical analysis tools using SPSS software. The objective are follow: 1. To study demographic groups show differences in their exposure to opinion leaders in online social network. 2. To study demographic groups show differences in their perception of mental healthcare information. 3. To study demographic groups show differences in their attitude to opinion leaders in online social network. 4. To study demographic groups show differences in their decision to taking mental healthcare service. 5. To study exposure, perception, attitude influence on decision to taking mental healthcare service.

The results of this research are as follows: 1. Female has exposure to mental health opinion leader on social network, percept in mental health information, has good attitude and word of mouth about mental healthcare service more than male. 2. Young people have word of mouth about mental healthcare service more than older people. 3. Undergraduate has exposure to mental health opinion leader on social network more than bachelor's degree and higher. 4. Low income people have good attitude toward mental healthcare more than high income. 5. Perception of mental healthcare information from opinion leaders in online social network has influence towards decision making on mental healthcare service.

Field of Study: Communication Arts

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

การเรียนระดับบัณฑิตศึกษาและการเดินทางของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นผลผลิตจากความสนใจแต่เดิมเมื่อครั้งที่ผู้วิจัยศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี โดยได้แรงบันดาลใจจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุบลวรรณ ภวกันันท์ ที่ได้ให้ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยเลือกเดินตามความตั้งใจของตัวเองได้จริง ๆ นำมาซึ่งการเลือกทำหัวข้อวิจัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ด้านการสื่อสารในวงการสุขภาพจิตตามที่สนใจ

บุคคลที่มีบทบาทมากที่สุดในการผลักดันงานวิจัยเรื่องนี้ให้ลุล่วงจนสำเร็จเป็นรูปเล่ม คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาติรี ใต้ฟ้าพูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้คอยกระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำ กำลังใจ และสนับสนุนทางวิชาการแก่ผู้วิจัยในทุกด้านตั้งแต่เริ่มงานวิจัยจนงานเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง

นอกจากนี้ ยังมีบุคคลที่มีส่วนช่วยให้งานนี้ประสบความสำเร็จ ซึ่งได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ องค์กรุทธรักษา ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ กิติมา สุรสสนธิ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองที่ชี้แนะและให้ความเห็นในการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ แพทย์หญิงกิริติ พัฒนเสรี และคุณพิศิณี แดงวัง ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ แอดมินเพจต่าง ๆ ทั้งทางเฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ที่ได้ช่วยเผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ติดตามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา โดยทำให้ได้รับข้อมูลกลับมาอย่างรวดเร็วมาก ยังผลให้ผู้วิจัยมีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้องทุกชุดสำหรับนำไปวิเคราะห์ผลสำเร็จทันภายในกรอบระยะเวลาที่กำหนด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับกำลังใจอย่างมากจากครอบครัว ตลอดจนเพื่อนนิสิตปริญญาโท คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาฯ รุ่นที่ 6 ตลอดจนหัวหน้างานและเพื่อนที่ทำงาน รวมถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ อีกหลายท่าน แม้มิได้เอ่ยนามไว้ในที่นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซึ่งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอยกกุศลใด ๆ อันเกิดจากงานนี้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญภาพ | ฉ |
| สารบัญแผนภาพ | ฒ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| 1.2 ปัญหานำวิจัย..... | 20 |
| 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 20 |
| 1.4 ขอบเขตการวิจัย | 21 |
| 1.5 สมมุติฐานการวิจัย | 21 |
| 1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย | 21 |
| 1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 23 |
| 1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 23 |
| บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม..... | 25 |
| 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารในเครือข่ายสังคมออนไลน์..... | 25 |
| 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำความคิด..... | 32 |
| 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้..... | 41 |
| 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ..... | 44 |
| 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจ..... | 46 |

| | |
|---|-----|
| 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและการเปิดรับสื่อ | 48 |
| 2.7 แบบจำลองการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โล หรือ SMCR Model..... | 53 |
| 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 56 |
| บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย..... | 57 |
| 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 57 |
| 3.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง | 58 |
| 3.3 การวัดตัวแปร | 61 |
| 3.4 เครื่องมือ และการทดสอบคุณภาพ | 63 |
| 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล | 64 |
| 3.6 การรายงานข้อมูล | 65 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย | 66 |
| 4.1 การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analytical Statistics)..... | 66 |
| 4.2 การทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis Testing)..... | 84 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 109 |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย | 109 |
| 5.2 อภิปรายผลการวิจัย | 115 |
| 5.3 ข้อเสนอแนะ | 124 |
| รายการอ้างอิง | 128 |
| ภาคผนวก..... | 133 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 145 |

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1 แสดงรายชื่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เป็นคนไทย 10

ตารางที่ 2.1 แสดงรายชื่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เป็นคนไทย 40

ตารางที่ 3.1 แสดงรายชื่อเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เป็นคนไทย 60

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ 66

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามอายุ..... 67

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามสถานภาพ 68

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา 69

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ..... 69

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 70

ตารางที่ 4.7 พฤติกรรมการติดตามข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์
พิจารณาจากด้านระยะเวลาที่ได้ติดตาม 71

ตารางที่ 4.8 ความถี่ของการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด ต่อสัปดาห์ 72

ตารางที่ 4.9 ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้าน
สุขภาพจิต ต่อวัน 73

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อผู้นำความคิดด้าน
สุขภาพจิตที่กลุ่มตัวอย่างกำลังติดตามอยู่..... 74

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามหมวดเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างสนใจ
เปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต 76

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่
มีต่อบริการสุขภาพจิต..... 76

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อความทัศนคติของกลุ่ม
ตัวอย่างต่อผู้นำความคิด 78

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อ
เนื้อหาสารของผู้นำความคิด..... 79

| | |
|--|----|
| ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อช่องทางในการติดต่อสื่อสารของผู้นำความคิด | 79 |
| ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการติดตามผู้นำความคิด | 80 |
| ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สรุปคะแนนเฉลี่ยโดยรวมจากทัศนคติทุกด้าน .. | 80 |
| ตารางที่ 4.18 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรด้านการตัดสินใจใช้บริการของกลุ่มตัวอย่าง | 81 |
| ตารางที่ 4.19 จำแนกประเภทของการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะใช้บริการ | 81 |
| ตารางที่ 4.20 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านเพศกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด | 84 |
| ตารางที่ 4.21 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอายุกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด | 85 |
| ตารางที่ 4.22 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามสถานภาพกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด | 85 |
| ตารางที่ 4.23 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพต่างกัน กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์..... | 86 |
| ตารางที่ 4.24 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามสถานภาพกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด | 86 |
| ตารางที่ 4.25 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่างกัน กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์..... | 87 |
| ตารางที่ 4.26 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามอาชีพกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด | 88 |
| ตารางที่ 4.27 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามรายได้กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด | 89 |
| ตารางที่ 4.28 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านเพศกับการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด..... | 90 |

| | |
|---|-----|
| ตารางที่ 4.29 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอายุ กับ การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด..... | 91 |
| ตารางที่ 4.30 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านสถานภาพ กับ การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด..... | 91 |
| ตารางที่ 4.31 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามระดับ การศึกษากับการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด | 92 |
| ตารางที่ 4.32 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอาชีพกับ การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด..... | 92 |
| ตารางที่ 4.33 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านรายได้กับ การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด..... | 93 |
| ตารางที่ 4.34 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านเพศ กับ ทศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต | 94 |
| ตารางที่ 4.35 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอายุ กับ ทศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต | 95 |
| ตารางที่ 4.36 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามสถานภาพกับ ทศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต | 96 |
| ตารางที่ 4.37 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามระดับ การศึกษากับทศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต..... | 97 |
| ตารางที่ 4.38 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอาชีพกับ ทศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต | 98 |
| ตารางที่ 4.39 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้าน รายได้กับทศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต | 99 |
| ตารางที่ 4.40 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน กับ ทศนคติ ต่อบริการด้านสุขภาพจิตที่ได้รับจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์..... | 100 |
| ตารางที่ 4.41 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านเพศ กับ การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต..... | 102 |

ตารางที่ 4.42 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอายุกับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต..... 103

ตารางที่ 4.43 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน กับการแนะนำบริการด้านสุขภาพจิตที่ได้รับจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์..... 104

ตารางที่ 4.44 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านสถานภาพกับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต 105

ตารางที่ 4.45 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านการศึกษากับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต 106

ตารางที่ 4.46 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามอาชีพกับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต..... 106

ตารางที่ 4.47 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านรายได้กับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต..... 107

ตารางที่ 4.48 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)..... 108

ตารางที่ 5.1 ผลการทดสอบสมมติฐานในด้านความแตกต่างทางลักษณะประชากร 114

ตารางที่ 5.2 ผลการทดสอบสมมติฐานด้านความมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต..... 114

สารบัญภาพ

| | |
|---|----|
| ภาพที่ 1.1 ภาพบรรยากาศบริเวณแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนารมย์..... | 5 |
| ภาพที่ 1.2 "โรคจิตเวช" เป็น keyword ค้นหามาแรงติด Top 5 ปี 2016 ในหมวดโรค..... | 6 |
| ภาพที่ 1.3 หน้าเฟซบุ๊กเพจของกรมสุขภาพจิต..... | 7 |
| ภาพที่ 1.4 หน้าเว็บไซต์ทวิตเตอร์ของกรมสุขภาพจิต | 8 |
| ภาพที่ 1.5 หน้าเว็บไซต์ช่องยูทิวบ์ (Youtube Channel) ของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามมา | 8 |
| ภาพที่ 1.6 หน้าเว็บไซต์สมาคมสมาชิกริตันส์แห่งประเทศไทย | 9 |
| ภาพที่ 1.7 โปสต์จากเพจ Drama-addict..... | 12 |
| ภาพที่ 1.8 ปฏิกริยาต่อโปสต์ของ Drama-Addict | 12 |
| ภาพที่ 1.9 โปสต์บนหน้าเพจของนายแพทย์เจษฎา | 13 |
| ภาพที่ 1.10 การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดตามเพจโดยนายแพทย์เจษฎา | 14 |
| ภาพที่ 1.11 หน้าทวิตเตอร์ของนักจิตวิทยา @PisineeD | 15 |
| ภาพที่ 1.12 หน้าทวิตเตอร์ของผู้มีประสบการณ์เข้าใช้บริการทางจิตเวช @tan_FX..... | 16 |
| ภาพที่ 1.13 เพจ BipolarFC | 17 |
| ภาพที่ 1.14 หน้าเฟซบุ๊กเพจ Heart to Heart แשרอาการใจป่วยของตัวเอง..... | 17 |
| ภาพที่ 1.15 ตัวอย่างหัวข้อกระทู้ในเว็บบอร์ดพันทิปที่พบว่ามีการแשרประสบการณ์การเข้ารับ บริการทางจิตเวชในหัวข้อที่หลากหลายเป็นจำนวนมากในเว็บบอร์ดพันทิป..... | 19 |
| ภาพที่ 2.1 หน้าเฟซบุ๊กแฟนเพจหมอแล็บแพนด้า | 29 |
| ภาพที่ 2.2 หนังสือพิมพ์เนชั่นในวันเด็ก | 30 |
| ภาพที่ 2.3 รูปเครือข่ายสังคมออนไลน์ทวิตเตอร์ บนหน้าปกนิตยสาร TIME..... | 31 |
| ภาพที่ 2.4 แนวคิดของการจำลองการสื่อสารแบบสองชั้นตอน | 32 |
| ภาพที่ 2.5 แผนผังชั้นตอนในกระบวนการรับรู้..... | 41 |
| ภาพที่ 2.6 พีระมิดแห่งการรับรู้ของผู้บริโภค | 42 |
| ภาพที่ 2.7 แนวคิดทัศนคติองค์ประกอบเดียว..... | 45 |

| | |
|--|----|
| ภาพที่ 2.8 กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค | 47 |
| ภาพที่ 2.9 แบบจำลองการสื่อสารของเดวิด เค เบอร์โล | 53 |



สารบัญแผนภาพ

| | | |
|----------------|---|----|
| แผนภาพที่ 4.1 | ค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านเพศ | 67 |
| แผนภาพที่ 4.2 | ค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านอายุ..... | 68 |
| แผนภาพที่ 4.3 | ค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านสถานภาพการสมรส | 68 |
| แผนภาพที่ 4.4 | ค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านระดับการศึกษา..... | 69 |
| แผนภาพที่ 4.5 | ค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านอาชีพ | 70 |
| แผนภาพที่ 4.6 | ค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน | 71 |
| แผนภาพที่ 4.7 | ค่าร้อยละของระยะเวลาการติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่าย สังคมออนไลน์..... | 72 |
| แผนภาพที่ 4.8 | ค่าร้อยละความถี่ที่เปิดรับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อสัปดาห์..... | 73 |
| แผนภาพที่ 4.9 | ค่าร้อยละปริมาณการเปิดรับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคม ออนไลน์ต่อวัน..... | 74 |
| แผนภาพที่ 4.10 | ค่าร้อยละของการติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคม ออนไลน์ตามรายชื่อ | 75 |
| แผนภาพที่ 4.11 | ค่าร้อยละของความสนใจใช้บริการสุขภาพจิตจำแนกตามประเภทของบริการ | 83 |

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

อาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัญหาที่กำลังท้าทายสภาพสังคมในปัจจุบัน โดยปัญหาสุขภาพจิตนับเป็นปัญหาหนึ่งซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ทุกคนในสังคม ทุกเพศ และทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ไปจนถึงวัยชรา หากไม่ได้รับการดูแลให้มีสุขภาพที่ดีแล้ว อาจก่อตัวเป็นโรคทางจิตเวชขั้นเรื้อรังได้ โดยมีปัจจัยกระตุ้นจากทั้งปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมถึงปัจจัยภายใน เช่น พันธุกรรม และความสามารถในการจัดการกับสภาวะจิตใจของแต่ละบุคคล เป็นต้น (นพมาศ อึ้งพระ, 2553) โดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา (NIMH) รายงานว่า 1 ใน 5 ของบุคคลทั่วไปประสบกับปัญหาทางด้านจิตใจในช่วงชีวิตของเขา

อาการป่วยทางจิตยังสอดคล้องกันกับอาการเจ็บป่วยทางกาย (Physical) อีกด้วย กล่าวคือ ถ้าหากสภาพจิตใจ (Mental) ของบุคคลแย่ ขาดการดูแลรักษาที่ดี ขาดการบำบัดทุกข์-บำรุงสุข ร่างกายก็จะเชื่อมโยงไปตามจิตด้วย (Martin Seligman, 2004)

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการณ์ล่วงหน้าว่า ในปีคริสตศักราช 2020 หรือในอีก 3 ปีข้างหน้า วิกฤติทางด้านจิตเวช โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้านั้นจะเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก รองจากอันดับที่ 1 คือโรคหัวใจและหลอดเลือด (สาวิตรี วิษณุโยธิน & นพพร อธิวิศวกุล, 2553) ด้วยเหตุนี้เองทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพทางจิตของประชาชนจำเป็นต้องเร่งสร้างวาระ (agenda) เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ อันจะก่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในหมู่ประชาชน (Marina Marcus et al., 2012)

สำหรับสถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตเมื่อปีพุทธศักราช 2559 ระบุว่ามีคนไทยที่ป่วยจิตเวชประมาณ 1,800,000 คน ซึ่งเป็นอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นจากปีก่อน ๆ เฉลี่ยปีละ 30 เปอร์เซ็นต์ (สถานีโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7, 2559)

ขณะที่ในส่วนของอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทย กระทรวงสาธารณสุขให้ข้อมูลไว้ว่า นับตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2557 เป็นต้นมา คนไทยฆ่าตัวตายด้วยเหตุของโรคซึมเศร้าถึงปีละประมาณ 4,000 คน เฉลี่ยแล้วมีคนไทยฆ่าตัวตายเดือนละประมาณ 300 คน ซึ่งตัวเลขนี้จัดว่าเป็นอันดับที่ 3 ของโลก รองจากอันดับที่ 1 คือประเทศญี่ปุ่น และอันดับที่ 2 คือประเทศสวีเดน (ผู้จัดการออนไลน์, 2559)

ทั้งนี้ พญ.พรรณพิมล วิบุลากร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวเสริมในประเด็นเรื่องการฆ่าตัวตายไว้ว่า จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 ของคนที่ฆ่าตัวตายจะมีการวางแผนและแสดงพฤติกรรม

ก่อนลงมือประมาณ 2-3 วัน ขณะที่ร้อยละ 20 ลงมือเพราะหุนหันพลันแล่น สาเหตุมักมาจากปัญหาเรื่องความรัก ความหึงหวง โรคซึมเศร้า น้อยใจคนใกล้ชิดดูต่ำ ตามลำดับ ในรายที่ลงมือกระทำไม่สำเร็จมักจะหาโอกาสลงมือครั้งต่อ ๆ ไป แต่หากลงมือไป 5 ครั้งแล้วยังไม่สำเร็จก็จะลดความอยากฆ่าตัวตายลงไป ฉะนั้น จึงต้องเฝ้าระวังและช่วยเหลือคนเหล่านี้ให้ได้ ทั้งนี้คนไทยอายุต่ำสุดที่ฆ่าตัวตายคือเด็ก 10 ขวบ สูงสุดคือ 97 ปี กลุ่มที่การฆ่าตัวตายสูงสุดคืออาชีพแรงงานอายุ 30 ปีขึ้นไป รองลงมาคือราชการ เกษตรกร เมื่อจำแนกตามเพศพบว่าผู้ชายฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยสูงกว่าผู้หญิง 4 เท่า กลุ่มที่น่าเป็นห่วงและต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด คือแรงงานชาย วัย 35-39 ปี และผู้สูงอายุ 70-74 ปี เพราะมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ การไม่ได้รับความรักจากลูกหลานและคนใกล้ชิด การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย และทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (ไทยรัฐออนไลน์, 2559)

ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคทางจิตนั้นเปรียบเสมือนกับการถูกแทงด้วยดาบสองคม โดยคมที่หนึ่ง นั่นคือ อาการทางจิตที่เกิดขึ้นนั้นมีผลทำให้ทักษะของบุคคลบกพร่องไปจากปกติ และความเจ็บป่วยทางจิตนั้น ๆ ครอบคลุมต่อการบรรลุซึ่งบทบาทหน้าที่ทางสังคม การงาน และโอกาสในการดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระภายใต้สังคมและคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับคมแรกนี้คือแง่ของความไม่สบายกายไม่สบายใจในตัวเอง ส่วนคมที่สอง คือปฏิกิริยาจากสังคมที่มีต่ออาการทางจิตขั้นรุนแรง อันนำไปสู่การถูกตีตรา (stigma) และการกีดกัน (discrimination) (Corrigan W. Patrick & Penn David, 1997)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันองค์ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิกและศาสตร์แขนงที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาจะมีการพัฒนาไปมาก ทั้งการบำบัดรักษาด้วยการใช้ยาเข้ามาร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา อีกทั้งกลยุทธ์การพักฟื้น (rehabilitation strategies) ที่ใช้แล้วพบว่าประสบผลสำเร็จในการบำบัดผู้ป่วย ซึ่งนั่นทำให้จากคนที่ไม่ปกติได้กลายมาเป็นปกติได้แล้วก็ตาม แต่กระนั้นผู้มีอาการทางจิตก็ยังคงถูกคนในสังคมบางส่วนตีตราและกีดกัน ซึ่งสิ่งนี้ควรได้รับการแก้ไขให้ถูกต้อง (Patrick W. Corrigan, 2000)

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งในการสื่อสารอย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้รับสารแต่ละคนเกิดการรับรู้ในเรื่องสุขภาพจิต (Mental health perception) อันจะนำไปสู่ความรู้ ความเข้าใจ จนนำไปสู่การมองเห็นปัญหา และเกิดการยอมรับว่าตนเองหรือผู้อื่นกำลังประสบปัญหา อันนำไปสู่การเกิดความต้องการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต (Perceived Needs for Mental Health Services) และสุดท้ายเกิดเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อที่จะนำมาซึ่งสุขภาพทางจิตที่ดีของบุคคลนั้น ๆ ต่อไป

ทั้งนี้ ผู้เข้ารับบริการหรือผู้บริโภคมักจำเป็นต้องมีชุดข้อมูลในความคิดว่าการพบจิตแพทย์ไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นคนบ้า เช่น หลุดโลกไปแล้วจึงจะไปเข้ารับบริการได้ แต่ความจริงแล้วผู้ที่ไปพบจิตแพทย์ไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น เมื่อไหร่ที่บุคคลรู้สึกไม่มีความสุข มีความคิด

อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมจนมีผลต่อการเข้าสังคมหรือการใช้ชีวิตประจำวันเป็นเวลานานจนส่งผลเสียต่อตัวเองและคนรอบข้าง เช่น กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่อยากไปเรียน ไม่อยากทำงาน ไม่อยากมีชีวิตอยู่ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย เครียดง่าย วิตกกังวลมากจนมีผลต่อการตัดสินใจ หรือการกระทำหลาย ๆ อย่างผิดปกติไปอย่างเห็นได้ชัด เช่น พุดคนเดียว หวาดระแวง กลัวความสูง กลัวลิฟต์ กลัวแมลง หรือลือกประตูแล้วเกิดการย้ำคิดย้ำทำต้องคุ้ยซ้ำ ๆ หลายๆ ครั้งว่าลือกแล้วหรือยัง และการใช้สารเสพติดที่ผิดหรือถูกกฎหมายแต่ใช้มากเกินไป เป็นต้น อาการเหล่านี้สามารถเข้าพบจิตแพทย์เพื่อรับบริการรักษาได้ ทั้งนี้ โรคทางจิตเวชก็เหมือนโรคอื่น ๆ ธรรมดาที่ต้องได้รับบำบัดรักษาเพื่อให้อาการดีขึ้นได้

ดังนั้น ถ้าบุคคลเกิดความเครียด จิตใจไม่สบาย ก็ควรต้องพบแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช หรือที่เรียกกันว่าจิตแพทย์ (psychiatrist) ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชและจิตวิทยาบำบัด โดยในปัจจุบันมีผู้ช่วยคนไทยเข้ามาขอพบจิตแพทย์เองเป็นจำนวนมากเพราะผู้คนมีการศึกษาดีขึ้น อาจมาพบเพื่อขอคำแนะนำ หรือปรึกษาเรื่องครอบครัว การปรับตัวกับความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาการเรียน หรือการดำเนินชีวิต เพียงแค่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ แม้เพียงเรื่องเล็กน้อย จิตแพทย์รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่เป็นสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน อย่างเช่น นักจิตวิทยา (psychologist) ที่เชี่ยวชาญในการทำจิตบำบัดและทำประเมินจากแบบสอบถามก็พร้อมให้บริการ

อย่างไรก็ตาม ผู้คนในสังคมทุกวันนี้อาจยังคงติดภาพของการไปเข้ารับบริการสุขภาพจิตว่าจะกลายเป็นคนที่ไม่ดีในสายตาคนอื่น หรืออาจอยู่ร่วมกับสังคมปกติไม่ได้ ดังจะเห็นว่ามี การตั้งกระทู้ตามเว็บบอร์ดสอบถามกันอยู่บ่อยครั้ง อันแสดงว่าคนไทยยังหวงในภาพลักษณ์ของตนเองเหนือกว่า การเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตซึ่งมันเป็นวิถีทางที่ถูกต้องที่สุดในการบำบัดรักษาความทุกข์ภายในจิตใจและแก้ไขปัญหอันเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมผิดปกติ (abnormal behavior) ของตนเองให้กลับไปสู่ปกติได้อีกครั้ง ทั้งนี้ บุคคลที่ไม่มีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชบางกลุ่ม เมื่อเห็นพฤติกรรมประหลาด ๆ ของตัวเองหรือคนใกล้ชิด จึงมักไปพึ่งหมอผีหรือหันไปใช้วิธีทางไสยศาสตร์ เพื่อแก้ไขพฤติกรรมแทนการพาไปพบจิตแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยอาการของโรค และบำบัดรักษาให้หายดี (Thaifamilylink, 2560)

นอกเหนือไปจากค่านิยมผิด ๆ ของคนบางกลุ่มในสังคมที่ไม่เลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตด้วยความคิดความเชื่อดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเทศไทยยังพบว่า มีสื่อละครและภาพยนตร์ที่นำเสนอเรื่องราวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีถูกเขียนบทและให้แสดงไปตามใจของผู้เขียนบท มีการกำหนดบทบาทให้ผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องนั้นมีอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นตัวตลก มักเป็นที่ขบขันและถูกล้อเลียนโดยตัวละครอื่น ๆ ในเรื่อง หรือถูกคนในเรื่องแสดงที่ท้าวว่าคนมีอาการทางจิตคือคนที่แปลกไม่ควรเข้ามาอยู่ร่วมในสังคมของคนปกติได้ อีกทั้งยังมีการสร้างบุคลิกของคนโรคจิตให้น่ากลัว ป่า

เดือน คอยทำร้ายคนอื่นตลอดเวลา ทั้งที่ความจริงแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้มีลักษณะเหมือนในหนังไทย ไปเสียหมด จะเห็นว่าผู้ป่วยหลายคนมีลักษณะเหมือนคนทั่วไป เดินเหินไปไหนมาไหนได้ ประกอบอาชีพได้อย่างปกติ หากแต่ลึก ๆ ในใจของเขาเหล่านี้มีปัญหาบางอย่างกักเก็บเอาไว้

จากการที่คนไทยบางส่วนเข้าใจคนไข้จิตเวชผิดไปด้วยภาพจำมาจากสื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้น อันตราย ก้าวร้าว ความเป็นจริงแล้วจากสถิติพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงได้ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) อีกทั้งสื่อที่นอกเหนือไปจากบันเทิงคดี อย่างรายการข่าวที่นำเสนอข้อเท็จจริงผ่านโทรทัศน์ก็ยังเลือกฉายข่าวที่แสดงถึงอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช อยู่บ่อยครั้ง โดยเฉพาะเมื่อมีข่าวอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยจิตเวช มีการประโคมข่าวอย่าง ครึกโครม ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริงมีเพียงจำนวนน้อยมาก โดยจากสถิติพบว่าผู้ป่วยทางจิตมักจะเป็นเหยื่อที่ถูกกระทำเสียมากกว่าเมื่อเทียบกับคดีอาชญากรรมที่เกิดจากการกระทำของคนปกติทั่วไป จะเห็นได้ว่าผลจากปัญหาทางจิตยังทำให้ผู้ป่วยตกเป็นเหยื่อของสังคมมากกว่าเป็นผู้กระทำความรุนแรงเอง (NAMI, 2016)

นอกจากสื่อละครที่สร้างมายาคติต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชแล้ว สื่อละครยังมีการสร้างมายาคติต่อโรงพยาบาลจิตเวชและบุคลากรที่เกี่ยวข้องอีกด้วย โดยมักจัดฉากและสถานที่ให้รู้สึกไม่น่าอภิรมย์ที่จะพึงไปเข้าใช้บริการ ด้วยการสร้างภาพให้มีแต่คนโรคจิตเดินพ่นพ่นไปมา ทำร้ายตัวเอง และอาละวาดอยู่ทั่วบริเวณของโรงพยาบาล หรือแม้แต่หมอและบุคลากรในละครก็ยังแสดงปฏิกิริยาต่อคนไข้ในแบบที่ไม่เห็นอกเห็นใจคนไข้ และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (จิตเวช รามาฯ, 2558) ซึ่งผิดไปจากสภาพความเป็นจริงอย่างมาก เพราะต้องมีการดูแลอย่างดีทุกจุด บุคลากรและเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือด้วยความปลอดภัย ภายใต้สภาพแวดล้อมที่อบอุ่น ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดบาดแผลในใจ (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2559) ดังภาพที่ 1.1 ซึ่งแสดงบรรยากาศโดยทั่วไปของโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน

นอกจากนี้ การนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตจากสื่อมวลชนพบว่ามีคามหมายในแง่ลบ โดยเฉพาะด้านการใช้ภาษา หรือการนำเสนอภาพพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชไปในทางที่ผิด อันนำไปสู่การตีตราในการสร้างตราบาป (stigma) ให้เกิดขึ้นในจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกอ้างอิง และยังรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชคนอื่น ๆ อีกด้วย จากการศึกษาพบว่าการนำเสนอข้อมูลข่าวสารโดยสื่อมวลชนไทยจึงมีผลให้คนในสังคมไทยมีอคติบางอย่างต่อผู้ป่วยจิตเวชหลังจากที่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้รู้สึกหวาดกลัว ตระหนก และเกิดเป็นทัศนคติในด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช อีกทั้งยังยับยั้งพฤติกรรม การเข้ารับบริการสุขภาพจิตอีกด้วย (วชิระ จันท์เพ็ง, 2545)



ภาพที่ 1.1 ภาพบรรยากาศบริเวณแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมนารมย์
(ที่มา: http://www.manarom.com/servicein_thai.html)

อย่างไรก็ดี สื่อมวลชนในประเทศไทยทุกวันนี้ยังคงนำเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ด้านสุขภาพจิตอยู่เป็นระยะ ๆ ตามที่กระแสวิพากษ์วิจารณ์ให้ความสนใจ ยกตัวอย่างเหตุการณ์อันเป็นที่พูดถึงบ่อยครั้ง ได้แก่

- ปี พ.ศ. 2548 สื่อนำเสนอข่าวของนางสาวจิตรลดา ต้นติวณิชชยสุข ผู้มีอาการจิตเวชก่อเหตุ แหวงนักเรียนเซนต์โยเซฟคอนเวนต์ วินิจฉัยพบว่ามีอาการหลงผิด และมีปมในใจเกี่ยวกับเด็กจากครอบครัวที่ร่ำรวยจึงตัดสินใจลงมือแทงเด็ก ภายหลังจึงได้รับการบำบัดและได้รับการปล่อยตัวแล้ว

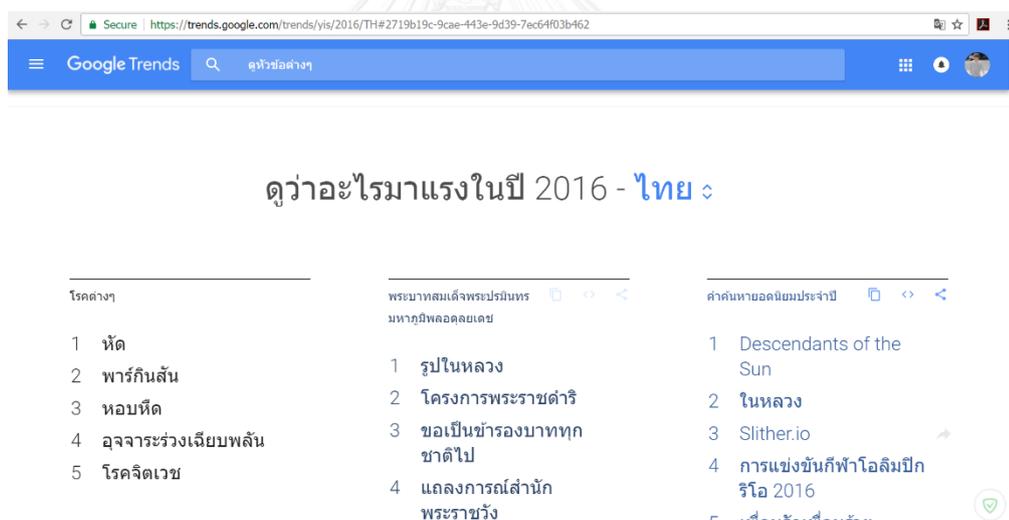
- ปี พ.ศ. 2551 สื่อนำเสนอข่าวนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะวิทยาศาสตร์ คิดสั้นฆ่าตัวตายโดยกระโดดอาคารคณะฯ ลงมาเสียชีวิต สอบสวนญาติเผยว่าเคยมีประวัติรักษาโรคซึมเศร้า

- ปี พ.ศ. 2558 สิงห์ Squeez Animal นักดนตรีชื่อดัง ขวัญใจวัยรุ่น ตัดสินใจฆ่าตัวตายด้วยการกระโดดตึกลงมาเสียชีวิต สอบสวนภายหลังพบว่ามีประวัติเข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า

- ปี พ.ศ. 2559 ดร.วันชัย ดนัยตโมนุฑ ผู้ต้องหาที่ใช้อาวุธปืนยิงเพื่อนอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร จนเสียชีวิต ได้ตัดสินใจฆ่าตัวตายด้วยอาวุธปืน หลังเจ้าหน้าที่ใช้เวลาเกลี้ยกล่อมนานกว่า 5 ชั่วโมง ในข่าวนี้นี้มีการวิพากษ์วิจารณ์จากนักจิตวิทยาถึงความเหมาะสมในการถ่ายทอดสด (Live) ลงบนสื่อสังคมออนไลน์ที่มีผู้รับชมจำนวนมาก ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมลอกเลียนแบบ (copy cat)

นอกเหนือจากนี้ ในแต่ละปีจะพบว่ามีความเชื่อเรื่องการฆ่าตัวตายของคนไทยที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักอยู่เป็นระยะ รวมถึงข่าวประชาชนในแต่ละภูมิภาคที่คิดสั้นฆ่าตัวตายลงนินสือให้เห็นอยู่บ่อยครั้ง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาภายในจิตใจของบุคคลเหล่านี้ที่องค์กรทางด้านสุขภาพจิตพยายามวางมาตรการป้องกันตามแนวทางแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) หนึ่งในนั้นคือการดำเนินการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health promotion) ทุกช่องทางให้เกิดขึ้นในสังคมด้วยการสื่อสารอย่างชัดเจนและเข้าถึงกลุ่มของประชาชนในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพให้มากที่สุด เพื่อสอดคล้องกับความต้องการข้อมูล และความต้องการเข้ารับบริการของประชาชน

ทั้งนี้ เสิร์ชเอนจินชื่อดังอย่าง Google ได้ทำการเก็บข้อมูลสถิติเกี่ยวกับคำค้นหา (keyword) ที่ถูกค้นหาผ่าน Google ในโลกอินเทอร์เน็ตช่วงปี พ.ศ. 2559 สำหรับประเทศไทย พบว่า 5 อันดับสูงสุดของคำค้นหา (keyword) ที่จัดอยู่ในหมวดโรคภัยไข้เจ็บนั้น คำว่า “โรคจิตเวช” ติดคำค้นหาเป็นอันดับที่ 5 ของหมวดโรคต่าง ๆ ซึ่งสิ่งนี้อาจสะท้อนถึงพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตในสื่อออนไลน์ได้ ดังภาพที่ 1.2



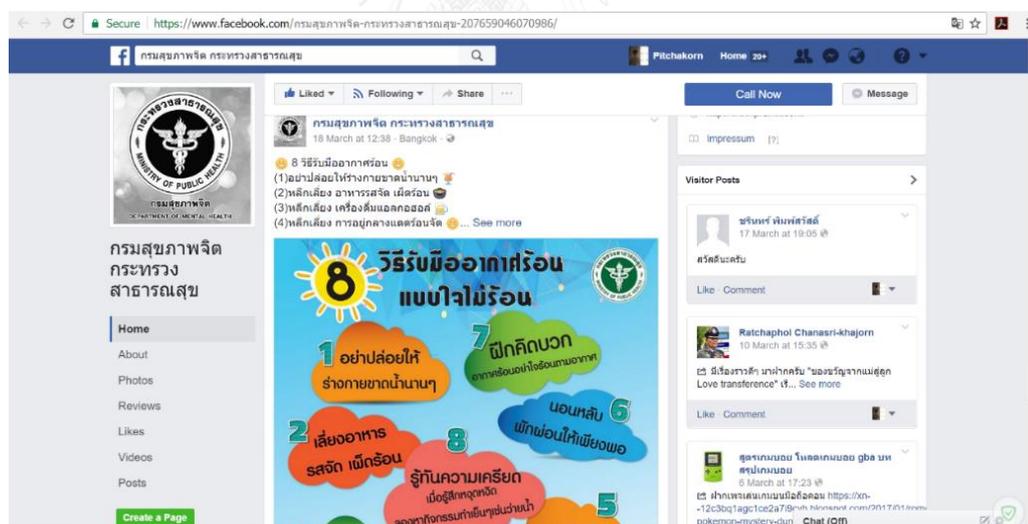
ภาพที่ 1.2 "โรคจิตเวช" เป็น keyword ค้นหาแรงติด Top 5 ปี 2016 ในหมวดโรค (ที่มา: GoogleTrends)

ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่มีการให้บริการทางด้านสุขภาพจิต รวมถึงบริการจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น สังกัดภายใต้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กระจายครอบคลุมอยู่ทุก ๆ ภูมิภาค รวมจำนวนสถาบันที่เปิดให้บริการด้านจิตเวชทั่วประเทศทั้งสิ้น 85 แห่ง โดยมีการแบ่งการกำกับดูแลออกเป็น 12 เครือข่าย (โรงพยาบาลยุวประสาททวโยปถัมภ์, 2557) โดยสำหรับเครือข่ายกรุงเทพมหานครมีจำนวนสถาบันให้บริการด้านสุขภาพจิตจำนวน 13 แห่ง เช่น สถาบันราชานุกูล

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารักษ์ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานที่เปิดให้บริการด้านสุขภาพจิตในลักษณะธุรกิจแบบเอกชนบริหารจัดการ เช่น โรงพยาบาลมนารมย์ รวมไปถึงคลินิกจิตเวชเฉพาะทางที่ดำเนินการโดยจิตแพทย์อีกมากมายที่เป็นทางเลือกให้แก่ผู้บริโภคในการพิจารณาใช้บริการนอกเหนือไปจากการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของภาครัฐ

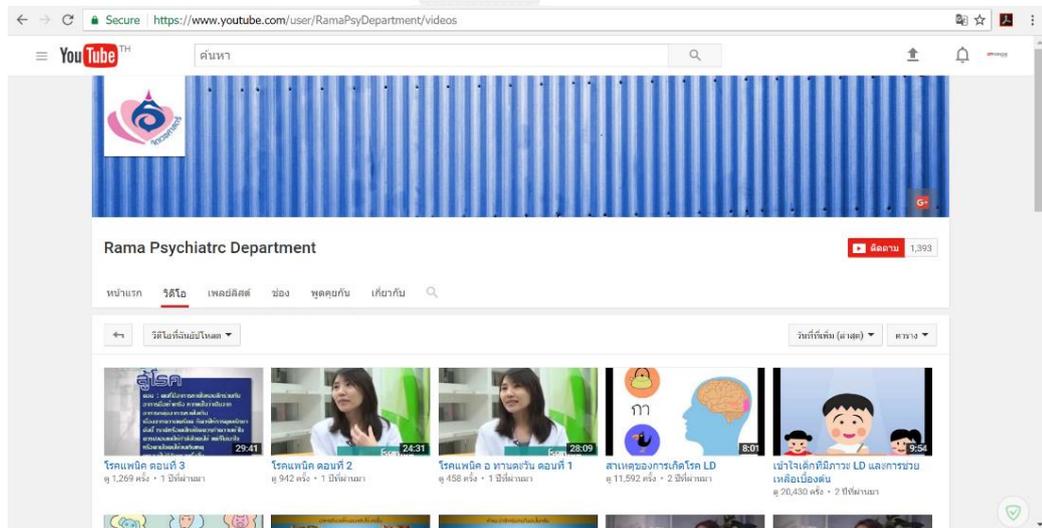
ด้วยวิวัฒนาการทางการสื่อสารบนระบบอินเทอร์เน็ตที่ได้รับความนิยม รวมถึงการเข้ามาของสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้การประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านสุขภาพจิตมิได้เผยแพร่อยู่เพียงแคในสื่อเก่า (Traditional Media) อีกต่อไป ปัจจุบันหน่วยงานด้านสุขภาพจิตยกระดับการสื่อสารมายังสื่อใหม่ (New Media) นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่าผู้ประกอบการสถาบันจิตเวชหลายแห่งต่างตื่นตัวหันมาทำการสื่อสารบนสื่อออนไลน์เพื่อที่จะเจาะกลุ่มเป้าหมายโดยเข้าถึงผ่านช่องทางการสื่อสารบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Online Social Network) ที่มีอยู่หลากหลายรูปแบบ (Platform) อันได้แก่ เฟซบุ๊ก เพจ ทวิตเตอร์ ยูทิวบ์ เว็บไซต์ เป็นต้น ตัวอย่างเช่นภาพที่ 1.3 - 1.6



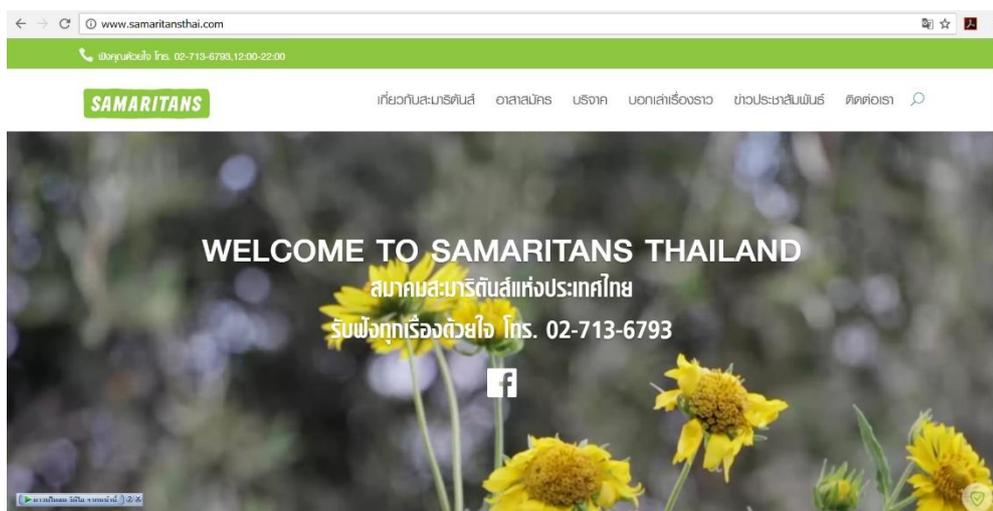
ภาพที่ 1.3 หน้าเฟซบุ๊กเพจของกรมสุขภาพจิต



ภาพที่ 1.4 หน้าเว็บไซต์ทวิตเตอร์ของกรมสุขภาพจิต



ภาพที่ 1.5 หน้าเว็บไซต์ช่องยูทิวบ์ (Youtube Channel) ของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามา



ภาพที่ 1.6 หน้าเว็บไซต์สมาคมสมาชิกรักษ์ใจแห่งประเทศไทย องค์การอาสาสมัครป้องกันการฆ่าตัวตาย

ทุกวันนี้ เครือข่ายสังคมออนไลน์กลายเป็นช่องทางการสื่อสารยอดนิยมในปัจจุบันที่ได้เชื่อมต่อระหว่างบุคคลในโลกอินเทอร์เน็ตเข้าด้วยกัน โดยผู้ใช้งานสามารถแบ่งปัน แลกเปลี่ยนข้อมูล ติดตามกิจกรรม หรือความสนใจเฉพาะเรื่องซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าในเครือข่ายสังคมออนไลน์ มีปรากฏการณ์ที่น่าสนใจคือการสร้างตัวตนขึ้นมาบนแพลตฟอร์ม อย่างเช่น เฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ โดยที่ผู้ใช้งานสามารถมีการแสดงความคิดเห็น โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีความรู้เฉพาะทางในบางเรื่องอย่างมาก เรียกว่า ผู้นำความคิด (opinion leader) โดยเป็นผู้มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ทั้งด้านทัศนคติ และพฤติกรรม โดยทัศนคตินี้อาจส่งผลถึงความตั้งใจในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

ในความหมายทางการสื่อสาร ผู้นำความคิดเป็นผู้ที่รับสารจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ แล้วส่งผ่านข้อมูลไปยังผู้รับสาร โดยที่ผู้รับสารเชื่อถือในข้อความและความคิดเห็นต่าง ๆ เพราะเชื่อว่าผู้นำความคิดนั้นมีความเชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์ในด้านนั้นเป็นเวลานานจนได้รับการยอมรับจากผู้ติดตามที่มีความสนใจภายในแต่ละกลุ่มนั้น ๆ ดังเช่นในงานวิจัยของ อารีรัตน์ สุรอมรรรัตน์ (2555) พบว่ากลุ่มคนที่ชื่นชอบความงามและการศัลยกรรมก็จะมีผู้นำความคิดที่ได้รับการยอมรับและติดตามจากบุคคลที่สนใจในเรื่องเดียวกัน เช่น คุณปุเป่ ที่เชี่ยวชาญในการรีวิวเครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหน้า หรือคุณตูน เป็นผู้มีความรู้ในการแต่งหน้าซึ่งเริ่มจากการเปิดบล็อกขึ้นมาสอนแต่งหน้าให้แก่ผู้ติดตามจนเป็นที่ยอมรับในความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ มีอิทธิพลในการชักนำความคิดบางอย่างในตัวผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางได้ เป็นต้น (อารีรัตน์ สุรอมรรรัตน์, 2555)

จะเห็นได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพและผู้มีประสบการณ์ตรงจะเป็นผู้นำความคิดเห็นตามธรรมชาติ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ลึก มีโลกทัศน์กว้าง และสนใจในความเคลื่อนไหวที่เป็นเรื่องราว

เฉพาะทาง โดยความสนใจนี้มีมากกว่าประชาชนหรือผู้ติดตามทั่วไป และโดยสถานะของผู้นำความคิดนี้ย่อมเป็นที่เชื่อถือของคนโดยทั่วไป ในการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นใด โดยผู้นำความคิดอาจได้รับอิทธิพลจากสื่อมวลชนและ/หรือเป็นความคิดและความเชื่อของตัวเอง

ตารางที่ 1.1 แสดงรายชื่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เป็นคนไทย จากการจัดจำแนกได้ตามคุณลักษณะความรู้เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์/นักจิตวิทยา) กับบุคคลที่มีความรู้อันเนื่องมาจากได้รับประสบการณ์ตรงในการเข้ารับบริการ (ผู้เข้าใช้บริการสุขภาพจิต)

| รายชื่อ | คุณลักษณะผู้นำความคิด | | เนื้อหาที่เน้นเผยแพร่ | จำนวนผู้ติดตาม (คน) |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | จิตแพทย์, นักจิตวิทยา | คนทั่วไปที่มีประสบการณ์ | | |
| Facebook Page | | | | |
| - Psychologist Café | / | | สุขภาพจิต, การศึกษาจิตวิทยา | 72,759 |
| - เลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ | / | | สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น | 168,701 |
| - เซ็นเด็กชั้นอนุฯ | / | | สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น | 282,480 |
| - ปั่นใหม่โดยหมอมูมาร | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 43,966 |
| - หมอเสาวภาเลี้ยงลูกเชิงบวก | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 311,793 |
| - หมอบอขอเล่าเรื่องโรคจิตเวช | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 71,676 |
| - นายแพทย์เจษฎา | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 406,784 |
| - นายแพทย์ประเสริฐ | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 169,404 |
| - สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 182,320 |
| - ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นฯ | / | | โรคจิตเวชช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น | 100,261 |
| - สาส์นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | / | | โรคซึมเศร้า | 16,724 |
| - โรคซึมเศร้าที่รัก | | / | โรคซึมเศร้า | 9,410 |
| - จนกว่าจะหาย bipolar | | / | โรคอารมณ์สองขั้ว | 506 |
| - Bipolar FC | | / | โรคอารมณ์สองขั้ว | 16,290 |
| - BPD as I know it | | / | ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ | 763 |
| - Sleepless Diary | | / | โรคนอนไม่หลับ | 1,303 |
| - Andromeda from Pluto | | / | โรคซึมเศร้า | 2,359 |
| - Heart to Heart แชร้อาการใจป่วย | | / | โรคซึมเศร้า | 1,877 |
| Twitter | | | | |
| - @tan_FX | | / | โรคซึมเศร้า | 28,600 |
| - @PisineeD | / | | จิตวิทยาคลินิก | 9,575 |

*ข้อมูลจำนวนผู้ติดตาม ณ วันที่ 27 มิถุนายน 2560

สำหรับในประเด็นทางด้านสุขภาพจิต พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตมีการสร้างเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ขึ้นมาเพื่อใช้สำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยเฉพาะเป็นจำนวนมาก ดังตารางที่ 1.1 อีกทั้งในเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ยังมีผู้ใช้ที่ประกาศตัวว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษามาก่อน จึงใช้สื่อสังคมออนไลน์นี้เป็นพื้นที่ในการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ และแบ่งปันประสบการณ์ของเขาเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ประสบพบเจอให้แก่บุคคลทั่วไปได้มาติดตาม (follow) ตรงกันกับคุณลักษณะของผู้นำความคิด ได้แก่ เป็นผู้ได้รับสื่อที่มากกว่า มีความน่าเชื่อถือ มีความรู้ความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ตรง มีอำนาจจากการมีข้อมูล มีการสื่อสารภายนอก เข้าถึงผู้อื่นได้ง่าย เป็นต้น (Marketeer, 2546; Roger, 1995; นิวัฒน์ ชาตะวิทยากุล, 2555; ผู้จัดการออนไลน์, 2553; พัชณี เสงยจรรยา และคณะ, 2541)

ทั้งนี้ เฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ของกลุ่มผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เป็นคนไทยอาจจัดจำแนกกลุ่มไปตามคุณลักษณะทางด้านบุคคลได้โดยดูจากความเชี่ยวชาญจากการอยู่ในแวดวงวิชาชีพ หรือมีประสบการณ์ตรง คุณลักษณะทางด้านเนื้อหาที่เผยแพร่ และมีการยอมรับจากจำนวนการติดตาม พิจารณาได้ดังตารางที่ 1.1

อย่างไรก็ดี ยังไม่รวมถึงผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ในหมวดอื่น ๆ ที่มีอยู่มากมาย แต่ไม่ได้ตั้งตนเป็นผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตโดยตรง ทว่าผู้นำความคิดในด้านอื่น ๆ อาจหยิบยกประเด็นในสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพจิตที่เกิดอยู่ในขณะนั้นขึ้นมาพูดถึง ตัวอย่างเช่น ภาพที่ 1.7 เเพจ Drama-addict ซึ่งดูแลโดยแพทย์ที่ใช้นามแฝงจำพิชิต โดยสร้างเฟซบุ๊กเพจนี้มาเพื่อการสื่อสารเชิงวิพากษ์วิจารณ์ต่อประเด็นสังคมต่าง ๆ โดยจะเห็นว่าประเด็นทางด้านสุขภาพจิตก็ถูกหยิบยกมาพูดในเพจอยู่บ่อยครั้งเช่นกันด้วยเหตุเพราะจำพิชิตมีเพื่อนที่อยู่ในวงการจิตแพทย์ด้วยนั่นเอง นอกจากนี้ เขายังโพสต์ความรู้ทางการแพทย์ในสาขาอื่น ๆ ด้วย จึงเรียกได้ว่า “จำพิชิต” ซึ่งเป็นแพทย์ที่ใช้นามแฝงนี้มาเป็นผู้ดูแลเพจ ถือเป็นหนึ่งใน Opinion Leaders คนหนึ่งในโลกออนไลน์ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่ามีอำนาจในการปลุกกระแสสังคมหรือชี้นำประเด็นด้านต่าง ๆ ให้เกิดเป็นที่ถกเถียงในวงกว้างได้ จะเห็นได้ว่าในโพสต์ตามภาพนี้เขาได้หยิบยกประเด็นเกี่ยวกับการเข้ารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชไม่ให้เสียประวัติมาพูดถึง เป็นต้น



Drama-addict

14 March at 22:13 · 🌐

จขกทนี่ จิตแพทย์ท่านนึงฝากบอกน้อง จขกท ว่า
 ตอนนี้การบรรจุเข้างานหลายหน่วยงานก็ต้องพบจิตแพทย์
 ก่อนจะบรรจุ ไม่รวมการตรวจสุขภาพจิตก่อนการผ่าตัดหลายๆอย่าง
 ดังนั้นการพบจิตแพทย์ไม่ได้แปลว่าเป็นการรักษาความบ้าอย่างเดียว แต่มีทั้งการตรวจ การให้
 คำปรึกษา และการให้การรักษา
 เรื่องเสียประวัติพอเข้าใจ แต่ที่ต้องทราบคือ หากมีการเผยแพร่ประวัติออกไป เชื่อเถอะค่ะว่า
 จิตแพทย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่เซนซิทีฟต่อการเปิดเผยความลับคนไข้ที่สุดในทุกหมวดหมู่ของหมอ
 แล้ว จิตแพทย์จะเด่นหรืบๆและเอาเรื่องจนถึงที่สุดให้คุณเอง
 เอาว่า ถ้าไม่สบายใจก็ลองใช้บริการพ.เอกชน ก็ได้ เพราะจะไม่เชื่อมโยงระบบกับระบบสธ.ของ
 ทางการใดๆเลย

ภาพที่ 1.7 โปสต์จากเพจ Drama-addict



👍 😬 😱 Phottheeta Thisapongse and 1.3k others Top comments ▾

42 shares 25 comments

 Write a comment... 

 **Pongamorn Sriprasert** ผมก็ไปพบจิตแพทย์นะครับ ตั้งแต่ตอนวัยรุ่นละ สองครั้ง ไม่ได้แปล
 ว่าเรบ้า หรือ เป็นโรคจิตอะไรเลย ผมไปเพราะตอนวัยรุ่นเป็นคนรุนแรงมาก ตอนหลังผมได้เกมส์
 เวลาบางทีคันไม้คันมือ ผมจะไปเล่นเกมที่มันต่อสู้อันส์ๆเลย แล้วก็ระดับอารมณ์ได้บ้าง ไม่มีใครคิด
 ว่า พบจิต... See more

Like · Reply · 🍌 36 · 15 March at 10:16 · Edited

↪ 4 Replies

 **Ton Tsundere** ผมรู้จักคนคนหนึ่ง ที่ชอบบ่นไม่อยากทำหน้าที่ของตัวเอง เหมือนโดนบังคับมา แต่
 ก็ดันทุรังหน้าด้านทำต่อไป โดยที่จริงๆแล้วก็ไม่มีใครเชิญเขามา บางครั้งบางครั้งก็จำสิ่งที่ตัวเอง
 เคยพูดไม่ได้ เกรงว่าจะเป็น Multiple Disorder แต่ผมไม่วางปากไป รับสมัครหาคนไปส่งแก่ที่
 ครับ

Like · Reply · 🍌 15 · 14 March at 22:29

↪ 3 Replies

 **Athip Ruamchomrat** โรคปัจจุบันมีหลายโรคที่ต้องใช้การรักษาโดยจิตแพทย์ เพียงแต่ไทยคน
 ไม่สนใจที่จะเรียนรู้เผยแพร่ข้อมูลตรงนี้เลยยังมีคนที่คิดว่าคนที่มีความผิดปกติทุกคนเป็นคนบ้า
 เด็กที่เรียนรู้ปัญหาอ่อนทั้งที่ต่างอาการต่างโรครักษาต่างกัน วงการแพทย์คงต้องออก
 มารณรงค์ให้ข้อมูลตรงนี้ ไม่อย่างนั้นอีก10ปีก็ยิ่งเหมือนเดิม

Like · Reply · 🍌 12 · 14 March at 23:54

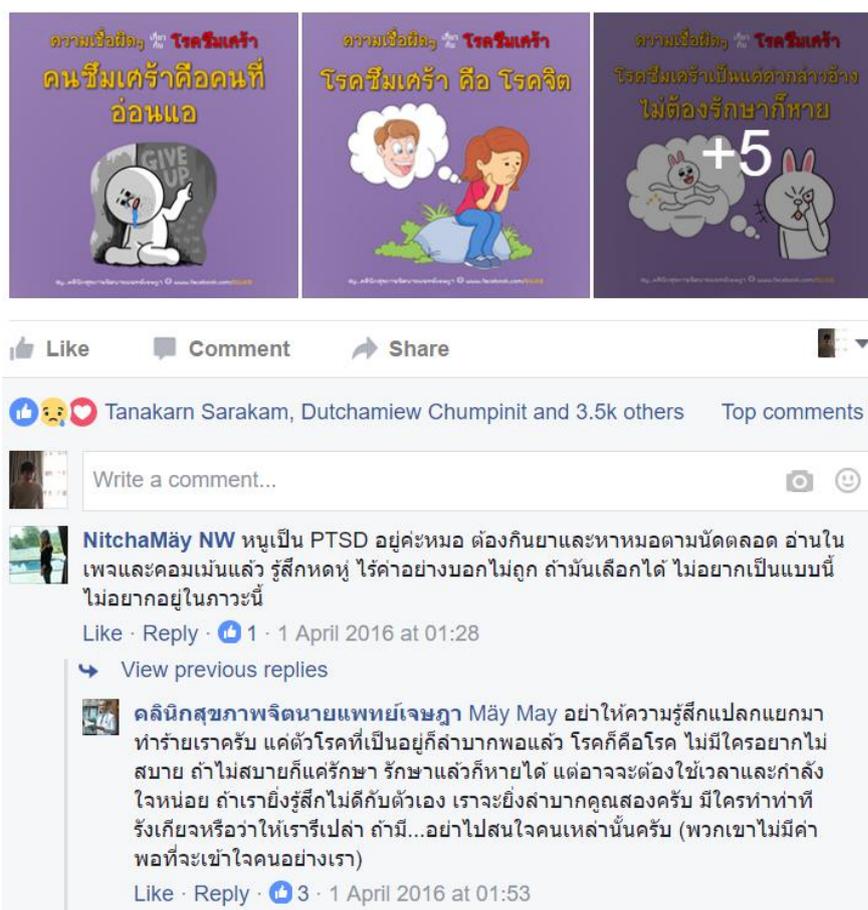
ภาพที่ 1.8 ปฏิกริยาต่อโปสต์ของ Drama-Addict มีผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นและกดแสดงอารมณ์จำนวนมาก (ที่มา

<https://www.facebook.com/DramaAdd/posts/10155244595943291>)

สำหรับเฟซบุ๊กเพจผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต จากการวิเคราะห์เนื้อหาบนเพจพบว่ามี การปลูกฝังเรื่องการเข้ารับบริการสุขภาพจิตโดยให้มองเป็นเรื่องปกติทั่วไปที่ใคร ๆ ก็สามารถเข้ารับ บริการได้ อันเป็นความพยายามในสื่อสารเพื่อสร้างความเชื่อที่ว่า การไปพบจิตแพทย์เป็นเรื่องปกติ ธรรมดา ยกตัวอย่าง จากโพสต์ของเฟซบุ๊กเพจนายแพทย์เจษฎา ที่เน้นแก้ไขความเชื่อเดิม ๆ ให้มอง ในแบบที่ถูกต้อง และด้วยการออกแบบสาร (message design) ที่ทันสมัย สีสดใสสวยงาม ใช้ตัว การ์ตูนและอินโฟกราฟฟิกมาอธิบายประกอบ จึงทำให้มีผู้มีการแชร์หรือกดไลค์ในสื่อสังคมออนไลน์ เป็นจำนวนมากและมีเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น เฟซบุ๊กของนายแพทย์เจษฎา จิตแพทย์ที่นำเสนอ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชด้วยการใช้การ์ตูน และข้อความสั้น ๆ อ่านแล้วเข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ เฉพาะทางมากเกินไป ทำให้คนอ่านแล้วเข้าใจได้ดี ดังภาพที่ 1.9



ภาพที่ 1.9 โพสต์บนหน้าเพจของนายแพทย์เจษฎาในหัวข้อ “ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า” ผู้เป็น Opinion Leader ด้านสุขภาพจิตที่อวดทความรู้ความเข้าใจต่ออาการทางจิตโดยเน้นสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อโรคทางจิตเวชต่าง ๆ โดยมีการหยิบยกประเด็นข่าวจากสื่อมวลชนหรือเหตุการณ์ที่สังคมให้ความสนใจนั้นมาเล่าในมุมมองด้านจิตเวช (ที่มา <https://www.facebook.com/D2JED/posts/805268126273089>)

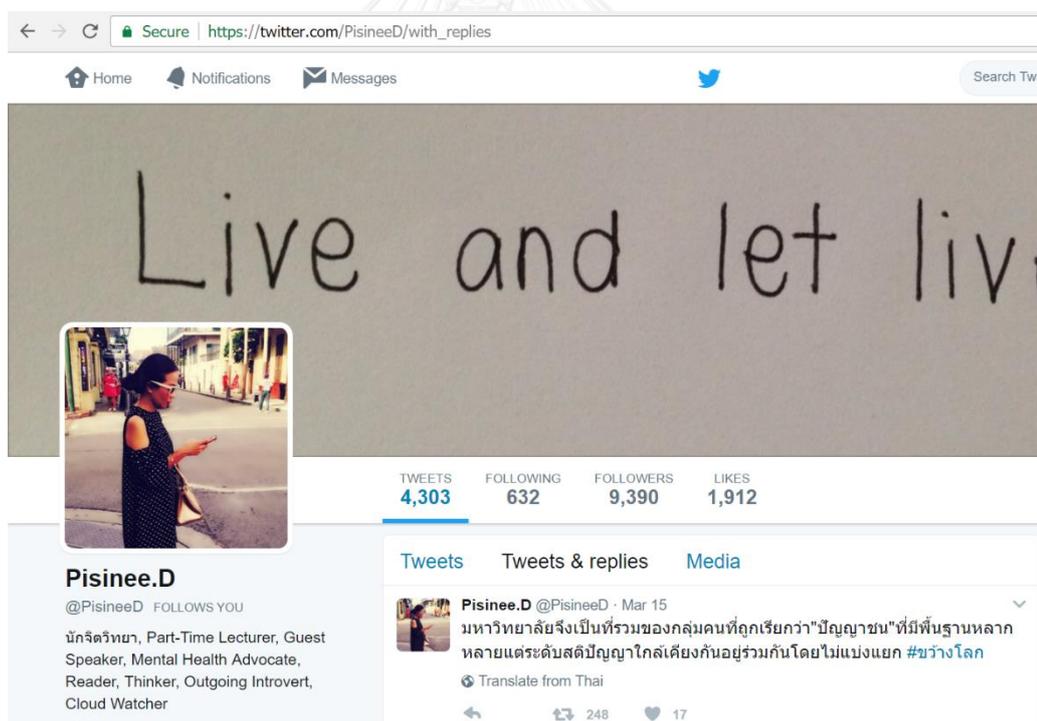


ภาพที่ 1.10 การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ติดตามเพจด้วยการตอบกลับความคิดเห็นโดยนายแพทย์เจษฎา
(ที่มา <https://www.facebook.com/D2JED/posts/805268126273089>)

ขณะที่เฟซบุ๊กเพจของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เป็นจิตแพทย์/นักจิตวิทยารายอื่น ๆ จะมีเนื้อหาที่เล่าแตกต่างกันออกไป บ้างก็เน้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก อย่างเช่น เพจเลี้ยงลูกนอกบ้าน เพจเลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ เพจเข็นเด็กขึ้นภูเขา เป็นต้น ซึ่งกลุ่มนี้จะได้รับการติดตามอย่างมากจากคนที่มีลูกและอยากเลี้ยงดูลูกให้มีสุขภาพทางจิตที่ดี ให้มีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจที่เหมาะสมตามวัย ไม่ให้มีปัญหาด้านพฤติกรรม นอกจากนี้จะเห็นว่าจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นยังได้มุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจว่าจิตเวชเด็กมีความสำคัญอย่างไร และการพาลูกเข้าพบจิตแพทย์ในยุคสมัยนี้ก็ไม่ใช่ว่าเรื่องแปลกแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม นอกจากเครือข่ายสังคมประเภทเฟซบุ๊กเพจแล้ว ทวิตเตอร์ (Twitter) ก็เป็นอีกแพลตฟอร์มหนึ่งของเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่นักจิตวิทยา/จิตแพทย์เลือกใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพจิต เนื่องด้วยคุณลักษณะของทวิตเตอร์ที่จำกัดตัวอักษรในการโพสต์ไว้เพียงแค่ 140 อักขระ และระบบแฮชแท็ก (#Hashtag) ที่เปรียบเสมือนการจัดระเบียบหมวดหมู่ความสนใจเดียวกันเอาไว้ อีกทั้งการแสดงผลเนื้อหาบนหน้าไทม์ไลน์ (Timeline) ของทวิตเตอร์ใช้การเรียงตามลำดับเวลาทำให้มีความเป็นปัจจุบัน (real-time) สูงกว่าหน้านิวส์ฟีดของเฟซบุ๊กที่มีอัลกอริธึมในการแสดงโพสต์แบบสุ่ม ทวิตเตอร์จึงเหมาะเป็นแพลตฟอร์มสำหรับติดตามข่าวสารที่ต้องการความเป็นปัจจุบัน ทันสมัย และเหมาะสำหรับผู้คนที่นิยมการอ่านข้อความสั้น ๆ โดยสามารถกดรีทวีต (retweet) ซึ่งคล้ายกับการแชร์ (share) บนเฟซบุ๊ก และสามารถกดเลิฟ (love) ข้อความที่ชื่นชอบเก็บไว้อ่านภายหลังได้

ผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตคนไทยในทวิตเตอร์ที่มีชื่อเสียง ได้แก่ ผู้ใช้งานชื่อ @PisineeD นักจิตวิทยาที่อาสาผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิต (Mental health advocate) มีผู้ติดตามรับข้อมูลมากกว่า 9,390 คนแล้ว ดังภาพที่ 1.11



ภาพที่ 1.11 หน้าทวิตเตอร์ของนักจิตวิทยา โดยใช้นามแฝงว่า @PisineeD

นอกเหนือไปจากกลุ่มนักจิตวิทยา/จิตแพทย์ที่ใช้เฟซบุ๊กในการให้ข้อมูลข่าวสารจนกลายมาเป็นผู้นำความคิดแก่ประชาชนทั่วไปแล้ว ยังมีอีกกลุ่มคนประเภทหนึ่งในสังคมที่มีคุณสมบัติเป็นผู้นำ

ความคิดด้านสุขภาพจิตได้เช่นกัน นั่นคือ คนใช้จิตเวชหรือคนที่มีประสบการณ์เข้ารับบริการ ซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลในการบอกต่อ โดยมีคนใช้จำนวนหนึ่งได้เปิดเฟซบุ๊กเพจมาแชร์ประสบการณ์ สร้างเป็นชุมชนออนไลน์ไว้อัปเดตข้อมูลของโรค หรือบางคนเลือกใช้ทวิตเตอร์ของตัวเองในการเล่าเรื่องอาการจิตเวชของตัวเอง อัปเดตขั้นตอนนี้หรือกระบวนการบำบัดรักษาของตนให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ติดตามได้มีข้อมูล อีกทั้งยังให้กำลังใจแก่ผู้ที่ตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ใช้ทวิตเตอร์ชื่อ @tan_FX ที่ประกาศว่าตนกำลังเข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า จึงได้เล่าประสบการณ์ลงในทวิตเตอร์ของตัวเอง ดังภาพที่ 1.12



ภาพที่ 1.12 หน้าทวิตเตอร์ของผู้มีประสบการณ์เข้ารับบริการทางจิตเวช โดยใช้นามแฝงว่า @tan_FX

สำหรับบนแพลตฟอร์มเฟซบุ๊กเพจ พบว่ามีการตั้งเป็นเพจในลักษณะชมรมออนไลน์ โดยผู้ดูแลเพจหรือแอดมิน (admin) จะเล่าเรื่องประสบการณ์ของตัวเอง ปัจจุบันมีเพจที่จัดทำโดยผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น โรคไบโพลาร์ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ เนื่องจากเพจของผู้เข้ารับบริการสุขภาพจิตเหล่านี้จะโพสต์ข้อความที่เน้นสร้างความตระหนักต่อปัญหาของโรคที่ตนเองเป็นอยู่มาแนะนำเสนอต่อสังคม ยกตัวอย่างกรณีของเพจ BipolarFC ซึ่งจัดทำโดยผู้เข้ารับรักษาอาการไบโพลาร์หรือโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เคยได้ออกมาโพสต์บทความขึ้นว่า คนไทยไม่ควรใช้คำว่า “คนบ้า” หรือ “ประสาท” ในเชิงที่ใช้เพื่อตำหนิคนอื่น เพราะนั่นเป็นเสมือนการตีตราคนที่ป่วยจริง ๆ ให้รู้สึกไม่ดีต่อโรคของเขา จึงควรเลี่ยงไปใช้

คำอื่นแทน และโพสต์ดังกล่าวยังได้รับการนำไปแชร์ต่อโดยเพจ Drama-addict ทำให้เกิดเป็นกระแส พูดถึงวงกว้างต่อกันด้วย ดังภาพที่ 1.13



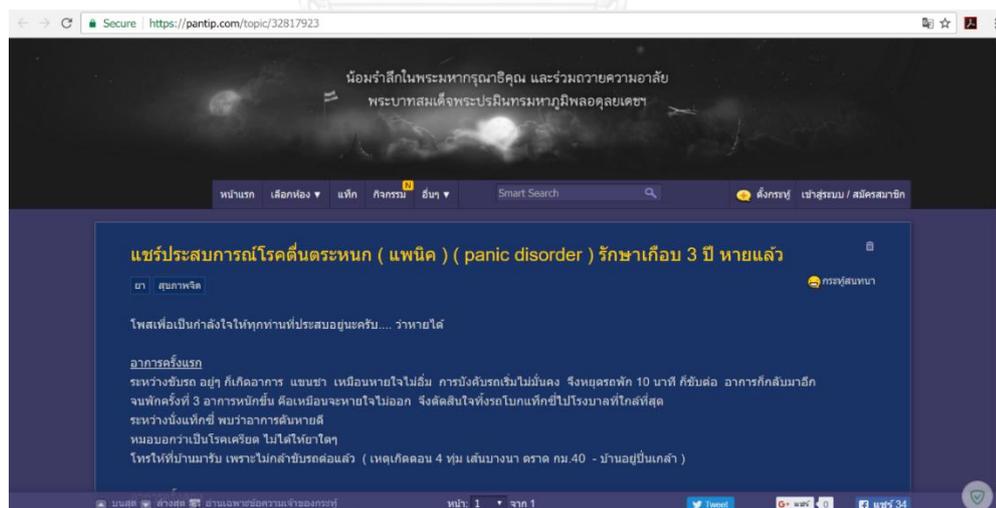
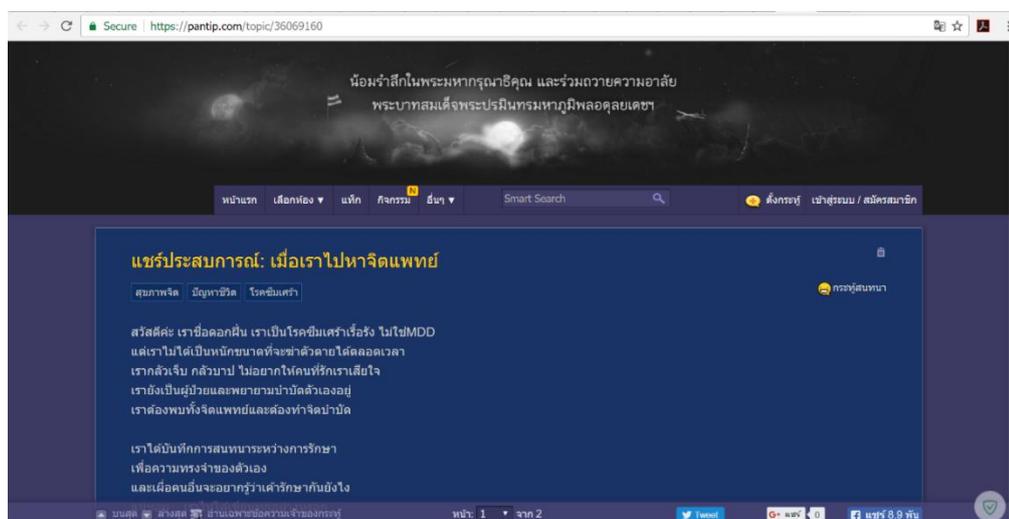
ภาพที่ 1.13 เพจ BipolarFC วิงวอนให้คนไทยเลิกใช้คำว่า ‘ไบโพลาร์’ ซึ่งคือชื่อโรคทางจิตเวช แต่กลับถูกนำมาใช้เป็นคำด่ากัน โดยหวังจะเป็นการสร้างตราบปให้กับคนเป็นโรค

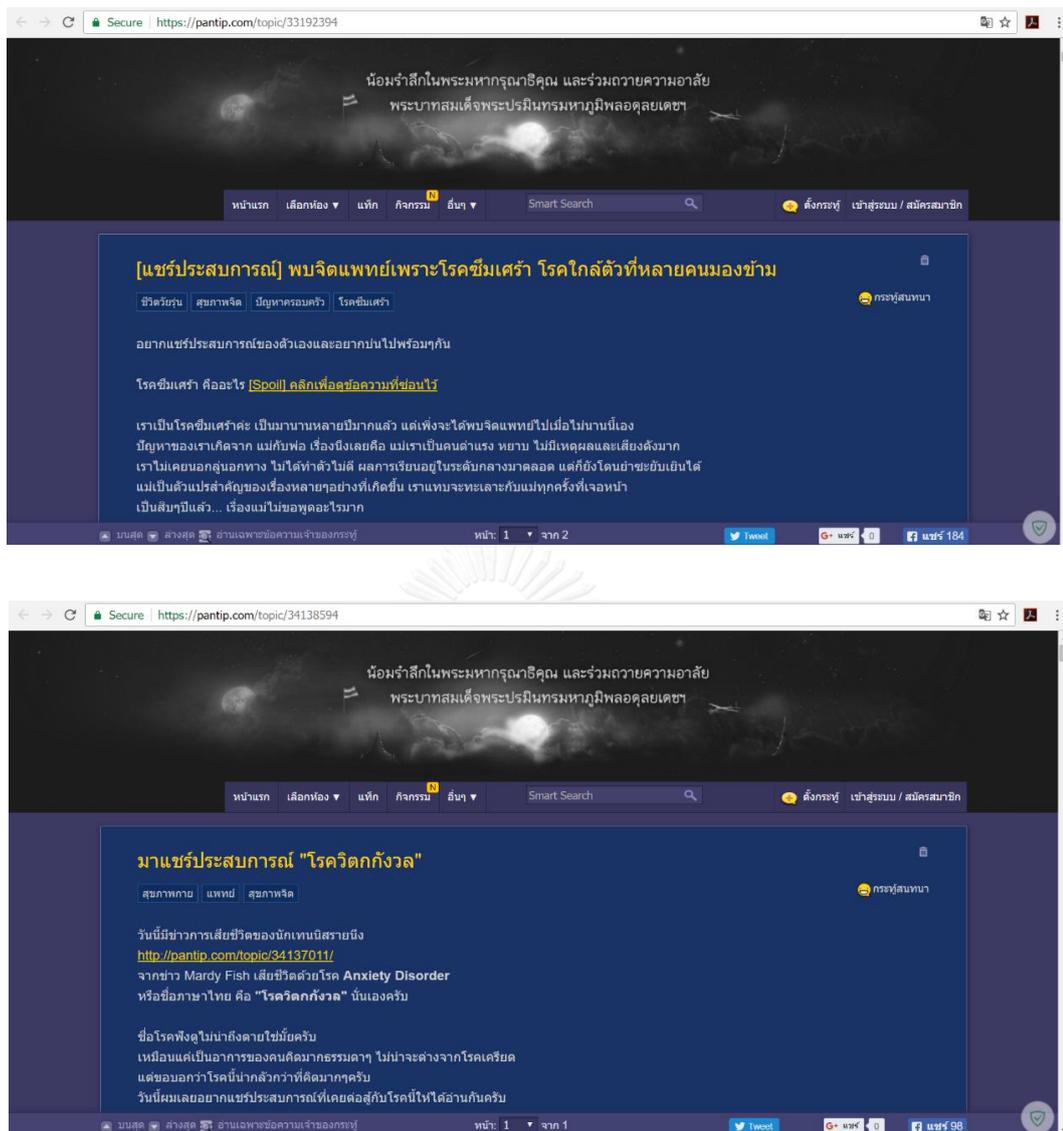
นอกจากนั้น จะเห็นว่าเพจที่จัดทำโดยผู้รับบริการสุขภาพจิตแต่ละเพจจะใช้ภาษาที่เป็นกันเอง หลายเพจมีการสร้างอวตาร (avatar) มาเป็นอัตลักษณ์ของแอดมินหรือผู้ดูแลเพจ ตัวอย่างเช่น เพจ Heart to Heart ที่เล่าประสบการณ์ความป่วยทางใจของตัวเอง พร้อมภาพสีสดใสสวยงามชวนอ่าน ดังภาพ 1.14



ภาพที่ 1.14 หน้าเพจบุ๊เพจ Heart to Heart แชร้อาการใจป่วยของตัวเอง

ในสื่อสังคมออนไลน์ จะเห็นว่าผู้ใช้บริการทางจิตเวชได้แชร์ประสบการณ์ไว้ในแพลตฟอร์มต่าง ๆ อีกจำนวนมาก ทั้งบล็อกส่วนตัว (blog) กระดานสนทนา (webboard/forum) อย่างเช่นเว็บบอร์ดพันทิป ซึ่งมีห้องสุขภาพจิตไว้สำหรับตั้งกระทู้ถามตอบกันเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต โดยเฉพาะ ซึ่งหัวข้อกระทู้ที่พบในเว็บบอร์ดพันทิปนั้น นอกจากจะเขียนแชร์ประสบการณ์การใช้บริการแล้ว ยังมีเนื้อหาในเชิงสอบถามอาการของพฤติกรรมที่ผิดปกติ บ้างก็เข้ามาเขียนเล่าระบายซึ่งเนื้อหาเหล่านี้แสดงให้เห็นพฤติกรรมที่เผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิต





ภาพที่ 1.15 ตัวอย่างหัวข้อกระทู้ในเว็บบอร์ดพันทิปที่พบว่ามี การแชร์ประสบการณ์การเข้ารับบริการทางจิตเวชในหัวข้อที่หลากหลายเป็นจำนวนมากในเว็บบอร์ดพันทิป

จากความสำคัญของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงอิทธิพลของผู้นำความคิด และความสนใจในการดูแลสุขภาพที่มีมากขึ้นในปัจจุบัน อันทำให้บุคคลมีการรับรู้แลเปรียบเทียบข้อมูลต่าง ๆ ก่อนการตัดสินใจ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงอิทธิพลของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ รวมถึงการรับรู้ ทักษะคติ ที่มีต่อความตั้งใจเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพ (Health communication) ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่กำลังได้รับความนิยม ให้มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้บริโภคต่อไป

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับอิทธิพลของผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีต่อการรับรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของคนไทยที่ใช้เฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ โดยจะศึกษาถึงผลอันเนื่องมาจากการสื่อสารของผู้นำความคิดในยุคปัจจุบันที่เลือกใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตผ่านทางสื่อเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ ซึ่งในการติดตามผู้นำความคิดเหล่านี้ อาจจะมีผลต่อความตั้งใจของผู้คนที่ใช้บริการสุขภาพจิตก็เป็นได้

ผู้วิจัยคาดหวังว่าข้อค้นพบที่ได้จะสามารถนำไปวิเคราะห์ต่อไปเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันของความรู้ ทัศนคติที่มีต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต และความตั้งใจที่จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของคนไทยที่ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานออกแบบการสื่อสารสร้างแนวทาง หรือปรับปรุง แก้ไข พัฒนาระบบการถ่ายทอดและนำเสนอข้อมูลข่าวสารทางด้านจิตเวชที่นับเป็นเรื่องที่อ่อนไหว ให้มีความสอดคล้องเข้ากันกับผู้รับสารในยุคสมัยใหม่ และเป็นแนวทางในการคิดกลวิธีทางการสื่อสารของบุคลากร องค์กร โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตให้เกิดขึ้นในหมู่คนไทยเพื่อที่จะก้าวสู่สังคมที่มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจท่ามกลางสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่รอบ ๆ ตัวในแต่ละวัน

1.2 ปัญหานำวิจัย

- 1) ประชาชนมีการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตอย่างไร
- 2) ประชาชนที่มีลักษณะทางประชากรต่างกัน มีการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตต่างกันหรือไม่ อย่างไร
- 3) การเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต จากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์
- 2) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรต่างกัน จะมีความแตกต่างด้านการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต จากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์

3) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ ต่อการตัดสินใจในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิต จากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ก่อดิตตามเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยวิธีการวิจัยสำรวจ (Survey Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน กระจายแจกทางเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ กำหนดการเก็บแบบสอบถามเป็นระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 จนถึงวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2560

1.5 สมมุติฐานการวิจัย

- 1) ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่างกัน
- 2) ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลการใช้บริการด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่างกัน
- 3) ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์และการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตต่างกัน
- 4) ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตต่างกัน
- 5) การเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ของประชาชน

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การเปิดรับ หมายถึง การที่ผู้ติดตามมีการใช้งานและเข้าถึงเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต โดยสามารถวัดได้จากความบ่อยครั้งและความถี่ที่ผู้ติดตามเข้าไปเปิดรับข้อมูลจากหน้าแฟนเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต

การรับรู้ข้อมูลสุขภาพจิต หมายถึง ระดับความมากน้อยในการรับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตจากช่องทางการสื่อสารบนหน้าแฟนเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต โดยสามารถวัดได้จากการที่บุคคลสามารถบอกได้ถึงการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตที่มีให้บริการในประเภทใดประเภทหนึ่งได้ด้วยตนเอง

ทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อข้อมูลที่ปรากฏบนเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต ทั้งในแง่บวก เป็นกลาง และแง่ลบต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิตโดยรวม โดยมีการใช้ดัชนีค่าเฉลี่ยที่ชี้วัดว่าบุคคลมีความคิดและรู้สึกอย่างไรต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิต

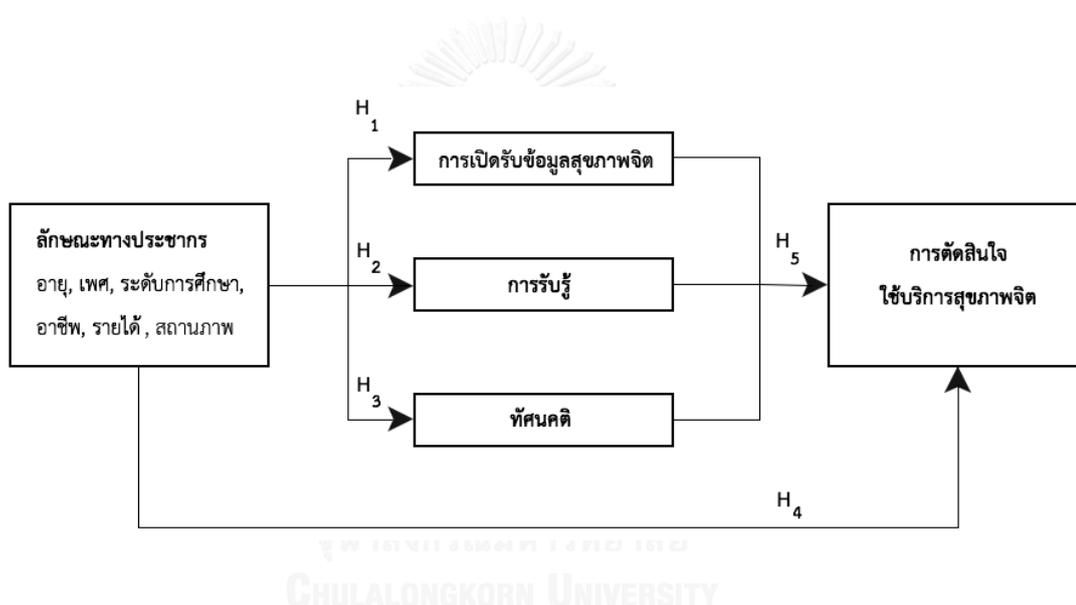
การตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิต หมายถึง การตกลงใจหรือความตั้งใจของบุคคลที่จะไปเข้ารับบริการที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต (mental health professionals) ณ หน่วยงานทางด้านสุขภาพจิต อาทิ ศูนย์สุขภาพจิต คลินิกสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิต โรงพยาบาลที่มีแผนกจิตเวช โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช เป็นต้น ทั้งในองค์กรของภาครัฐและเอกชน โดยหมายความรวมถึงการขอคำปรึกษาปัญหาชีวิต การพูดคุยระบายอารมณ์-ความรู้สึก การบำบัดความเครียด การปรับพฤติกรรม การตรวจเช็คพัฒนาการแต่ละช่วงวัย การตรวจสุขภาพจิต การตรวจรักษาโรค ฯลฯ กับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด ผู้เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิต

ผู้นำความคิด หมายถึง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคิดของคนในสังคม ในทิศทางที่จะขึ้นาประเด็นต่าง ๆ โดยผู้นำความคิดต้องได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากผู้ติดตามด้วย สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้นำความคิด หมายถึง บุคคลที่มีความรู้, มีประสบการณ์, มีทักษะการถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต โดยได้ทำการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตด้วยการใช้ช่องทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์) ในการแสดงความคิดเห็น หรือสร้างประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตขึ้นบนสื่อโซเชียล โดยผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตประกอบไปด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ (1) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด และ (2) ผู้เคยมีประสบการณ์ใช้บริการสุขภาพจิตมาแล้ว และมาจัดทำเพจ/แอคเคันท์บอกเล่าต่อเกี่ยวกับประสบการณ์หรือบริการสุขภาพจิต ซึ่งทั้งสองกลุ่มดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกมาเพื่อศึกษาเป็นจำนวน 20 เพจ/ทวิตเตอร์

เครือข่ายสังคมออนไลน์ หมายถึง สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ซึ่งเป็นลักษณะของการให้บริการผ่าน Web-based ที่อนุญาตให้ปัจเจกบุคคลแต่ละคนสามารถสร้างข้อมูลส่วนตัวแบบเปิดสู่สาธารณะหรือกึ่งสาธารณะ (Public or semi-public profile) ภายใต้เงื่อนไขของแต่ละระบบนั้น ๆ ที่จะเชื่อมต่อไปยังบัญชีผู้ใช้อื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายเดียวกันร่วมกันได้ มีลักษณะเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนความคิดแบบออนไลน์ที่เข้าถึงได้ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดเมนในงานวิจัยนี้เลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างในเครือข่ายสังคมออนไลน์ 2 แพลตฟอร์ม คือ (1) เฟซบุ๊กเพจ และ (2) ทวิตเตอร์ โดยมีคุณลักษณะเป็นเครือข่ายสังคมเสมือนจริง ผู้ใช้งานสามารถสร้างตัวตนได้ สามารถสร้างเนื้อหาที่

ต้องการสื่อสารไปยังผู้คนอื่น ๆ ในเครือข่ายนี้ได้ โดยข้อมูลที่ปรากฏบนเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์เหล่านี้สามารถเป็นได้ทั้งข้อความ เสียง ลิงก์ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และอื่น ๆ ที่สามารถแบ่งปันและนำเสนอให้กับผู้ที่ติดตามได้ อีกทั้งยังสามารถแสดงความรู้สึกด้วยการกดไลค์และอารมณ์อื่นๆ (สำหรับเฟซบุ๊ก) และกด Love (สำหรับทวิตเตอร์) รวมถึงสามารถแสดงความคิดเห็นตอบกลับ (comment/reply) รวมถึงกดส่งต่อ (share/retweet) เพื่อกระจายเนื้อหาของผู้นำความคิดไปยังเฟซบุ๊ก/ทวิตเตอร์ส่วนตัวของตนเองได้

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย



1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพื่อเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพจิต ในการสร้างข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร โดยใช้ผู้นำความคิดเห็นเป็นผู้ทำการส่งสารนั้นให้ถึงกลุ่มเป้าหมายทางการสื่อสาร
- 2) เพื่อเป็นแนวทางแก่หน่วยงานหรือบุคคลในแวดวงอื่น ๆ ที่ต้องการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อสื่อสารกับผู้ติดตาม ในแง่การหาเหตุผลที่ทำให้คนมาใช้บริการ โดยการนำผลการวิเคราะห์และอภิปรายไปปรับใช้

- 3) เพื่อทราบพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้ใช้บริการสุขภาพจิตอันมีผลเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และทัศนคติ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและออกแบบตามกระบวนการสื่อสารสำหรับกระตุ้นให้ผู้คนที่มีความทุกข์เข้ามาใช้บริการสุขภาพจิต
- 4) เพื่อใช้เป็นแนวทางในพัฒนาการใช้สื่อสารผ่านเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแขนงอื่น ๆ ที่สามารถสร้างเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์เพื่อการติดต่อสื่อสาร เช่น ทันตแพทย์ เป็นต้น
- 5) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการออกแบบและวางแผนการสื่อสารบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ขององค์กรและสถาบันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและแขนงอื่น ๆ
- 6) เพื่อเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงเกี่ยวกับผู้นำความคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตสำหรับใช้ในงานวิจัยในอนาคตที่อาจศึกษาในประเด็นนี้เพิ่มเติมต่อไป



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเรื่อง “อิทธิพลของผู้นำทางความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต” ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอันจะนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารในเครือข่ายสังคมออนไลน์
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำความคิด
3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
4. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
5. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจ
6. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและการเปิดรับสื่อ
7. แบบจำลองการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โล หรือ SMCR Model
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารในเครือข่ายสังคมออนไลน์

ความหมายและลักษณะของเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network)

คำจำกัดความของเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) อันเป็นที่ยอมรับจากงานวิจัยของ Danah M. Boyd และ Nicole B. Ellison (2007) ได้รับตีพิมพ์ในวารสารวิชาการชื่อ Journal of Computer-mediated communication ได้ระบุความหมายไว้ว่า

เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) คือ การให้บริการผ่าน Web-based โดยอนุญาตให้ปัจเจกบุคคลแต่ละคนสามารถกระทำการได้ดังนี้ (Danah M. Boyd & Nicole B. Ellison, 2007)

- 1) สร้างข้อมูลส่วนบุคคลแบบเปิดเผยสู่สาธารณะ หรือกึ่งสาธารณะ (Public or Semi-public profile)
- 2) เชื่อมต่อผู้ใช้อื่น ๆ จากรายชื่อที่อยู่ในเครือข่ายร่วมกันได้

- 3) สามารถแสดงผลและเข้าถึงรายชื่อเหล่านั้นในเครือข่ายภายใต้เงื่อนไขหรือตามข้อกำหนดของแต่ละระบบที่มีขอบเขตในการใช้งาน

เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) มีคุณลักษณะพิเศษที่ต่างไปจากการสื่อสารผ่านสื่อกลางคอมพิวเตอร์คือผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์สามารถเชื่อมต่อและเข้าถึงเครือข่ายที่ทำให้เกิดเป็นลักษณะของสังคมที่มีหลายบุคคลอยู่ร่วมกัน โดยมีการสื่อสารข้อมูลที่มาจากคอมพิวเตอร์จำนวนมากว่า 1 เครื่องขึ้นไปที่เชื่อมโยงถึงกันทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลจากองค์กรต่าง ๆ ทั่วโลกเข้าด้วยกันผ่าน World Wide Web ทั้งนี้เครือข่ายสังคมออนไลน์ถือเป็นระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่เป็นสากล โดยมีผู้ใช้คอมพิวเตอร์ที่ถ่ายเทข้อมูลระหว่างกันจากการเชื่อมต่อเข้าด้วยกันภายใต้ระบบอินเทอร์เน็ต โดยมีวัตถุประสงค์คือเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร เผยแพร่และสืบค้นสารสนเทศจากเครือข่ายต่าง ๆ ทั่วโลก จึงกล่าวได้ว่าในสื่อสังคมออนไลน์เป็นแหล่งรวมสารสนเทศทุกประเภท ทั้งข้อความ ภาพ เสียง และสื่อประสมต่าง ๆ ที่ถูกนำเข้ามาในระบบจากทั่วทุกมุมโลก

สำหรับจุดเริ่มต้นของเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) พบว่ามีมาตั้งแต่ปีค.ศ. 1995 จากเว็บไซต์ Classmates.com และเว็บไซต์ SixDegrees.com ในปี ค.ศ. 1997 ซึ่งทั้งสองเป็นเว็บไซต์ที่มีคุณลักษณะการใช้งานสำหรับค้นหานักเรียนที่เรียนอยู่ภายในโรงเรียนเดียวกัน โดยผู้ใช้สามารถสร้างประวัติ ข้อมูลการติดต่อ ส่งข้อความและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่สนใจร่วมกันระหว่างเพื่อนในบัญชีรายชื่อได้เท่านั้น ต่อมาในปีค.ศ. 1999 เว็บไซต์ Epinions.com พัฒนาคุณลักษณะเพิ่มเติมจนทำให้ผู้ใช้สามารถควบคุมเนื้อหาและติดต่อถึงกันได้ไม่เพียงแต่เพื่อนในบัญชีรายชื่อเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่นอกแวดวง จากจุดนี้นับว่าเป็นการเริ่มต้นของเครือข่ายสังคมออนไลน์ทั้งหลายที่ได้ถือกำเนิดต่อมา เช่น My Space, Facebook เป็นต้น

ในปัจจุบัน เครือข่ายสังคมออนไลน์กลายเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างบุคคลช่องทางหนึ่งที่มีความนิยมเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ ข้อมูลผู้ใช้งานเฟซบุ๊กในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (โพลีซันนิ่งแมกกาซีน, 2560) รายงานว่าผู้ใช้เฟซบุ๊กในประเทศไทยมีถึง 44 ล้านรายต่อเดือน โดยมีผู้ใช้งานจำนวน 31 ล้านรายต่อวัน และใช้งานผ่านโทรศัพท์มือถือถึงจำนวน 30 ล้านรายต่อวัน

- 8 ใน 10 ของคนไทยในเมืองและชนบท มีโทรศัพท์มือถือถือเป็นของตัวเอง
- 90% ของผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ใช้งานผ่านสมาร์ตโฟน
- ใช้เวลาบนโทรศัพท์มือถือเฉลี่ย 2.40 ชั่วโมงต่อวัน

ขณะที่เว็บไซต์ IT24HRS รายงานข้อมูลว่า ในประเทศไทยมีเฟซบุ๊กเพจ (Facebook Page) มากถึง 7 แสนเพจ ในส่วนของทวิตเตอร์ (Twitter) มีบัญชีผู้ใช้อยู่ 5.3 ล้านราย โดยที่มีการเข้าใช้งาน (active) ปัจจุบันอยู่ 1.2 ล้านคน (IT24HRS, 2559)

เหตุที่เครือข่ายสังคมออนไลน์ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายเนื่องมาจากพฤติกรรมการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสื่อสารในเครือข่ายสังคมออนไลน์จึงนับเป็นช่องทางที่อำนวยความสะดวกและรวดเร็ว ไม่มีอุปสรรคเรื่องระยะทาง ไม่มีการจำกัดระบบปฏิบัติการของเครื่องคอมพิวเตอร์ คอมพิวเตอร์ต่างระบบปฏิบัติการกันยังคงสามารถติดต่อสื่อสารกันได้เพียงแค่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ผู้ใช้งานยังสามารถมีส่วนร่วมในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ๆ ได้อย่างทันทีทันใด (Instantly) ผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์แต่ละคนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์ในโลกออนไลน์นี้ได้อย่างอิสระ ไร้ขีดจำกัดในเรื่องเวลาและสถานที่ トラบใดที่ยังเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตอยู่ ทุกวันนี้ผู้คนจึงสามารถติดต่อพูดคุยกันข้ามจังหวัด ข้ามภูมิภาค และข้ามประเทศผ่านอินเทอร์เน็ตได้อย่างสะดวกรวดเร็ว โดยใช้บริการเว็บไซต์เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลหลาย ๆ บุคคลเข้าด้วยกัน รวมถึงยังพัฒนาบริการอำนวยความสะดวกสำหรับการสื่อสาร อาทิ การส่งข้อความ การส่งภาพ การส่งวิดีโอ การสร้างกลุ่ม การเชื่อมต่อกับอีเมล การโฆษณา การตั้งกระทู้เว็บไซต์ เขียนเว็บบล็อก และสื่อประสมอื่น ๆ เข้าด้วยกัน ผู้ให้บริการเหล่านี้ได้แก่ Facebook, Twitter, Instagram, Google Plus, Periscope, Youtube และอื่น ๆ อีกมากมาย

กล่าวได้ว่า เครือข่ายสังคมออนไลน์คือความเสมอภาคและเท่าเทียมทางข้อมูล โดยสามารถเปลี่ยนจากผู้อ่าน (Content reader) เป็นผู้สร้างเนื้อหา (Content creator) อีกทั้งเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ส่งสารที่มีมากกว่าหนึ่งและผู้รับสารมากกว่าหนึ่ง (many-to-many communication) อย่างไรก็ตาม สื่อประเภทนี้เป็นรูปแบบการสื่อสารที่มีพื้นฐานจากเพื่อนหรือกลุ่มคนที่อยู่ในระดับเดียวกัน และนำมาซึ่งแนวคิดความฉลาดของกลุ่มคนหรือการระดมความคิดจากหลากหลายบุคคล (Wisdom of Crowd) โดยมีการแสดงความคิดเห็นแยกหัวข้อการอภิปรายตามหัวข้อความสนใจ บ้างอาจถูกเขียนบันทึกเป็นเรื่องราวประจำวันเพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิด มุมมอง ความรู้ ประสบการณ์ และข่าวสารในเรื่องที่ผู้เขียนมีความสนใจโดยเฉพาะ (Evans, 2008) อีกทั้งยังสามารถสร้างตัวตน สร้างหรือเข้าร่วมกลุ่มความสนใจเฉพาะที่เกิดขึ้นเป็นชุมชนออนไลน์ได้อีกด้วย

ทั้งนี้ McQuail (2000) อธิบายถึงการสื่อสารผ่านคอมพิวเตอร์ที่ทำให้เกิดชุมชนขึ้นว่า ชุมชนเหล่านี้เปิดโอกาสในการเข้าถึงให้แก่สังคม มีการเปิดกว้างทางความคิด ในขณะที่สังคมปกติไม่สามารถทำได้ โดยผู้ที่มีปัญหาหรือความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกันสามารถส่งต่อความคิดและทัศนคติถึงกันผ่านตัวกลางนี้ (McQuail, 2000) ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ชื่นชอบเพลงแนวเดียวกันก็จัดตั้งเว็บไซต์ขึ้นมาเพื่อรวบรวมและแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มกันโดยคนที่มีความสนใจในลักษณะเดียวกัน เช่น ปัญหาเรื่องเพศ และปัญหาสุขภาพจิต (Q. Jones, 1997; S. G. Jones, 1998)

เฟซบุ๊ก (Facebook)

จุดเริ่มต้นของเฟซบุ๊กมีที่มาจาก Mark Zuckerberg ร่วมกับเพื่อนนักศึกษาอีก 2 คน คือ Dustin Moskowitz และ Christ Hughes ได้ร่วมกันก่อตั้งเว็บไซต์เฟซบุ๊กขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2004 เมื่อครั้งยังเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ด้วยวัตถุประสงค์เริ่มแรกคือเพื่อสร้างความสะดวกสบายในการสื่อสารของนักศึกษาภายในมหาวิทยาลัยจำนวน 1,200 คน จากนั้นได้ขยายการใช้งานไปยังมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ดและมหาวิทยาลัยเยลที่อยู่บนเครือข่ายของ Ivy League และได้รับการใช้งานอย่างแพร่หลายในทุกมหาวิทยาลัยของสหรัฐอเมริกา

หลังจากนั้น 4 เดือน Mark ได้วางแผนร่วมกับเพื่อน ๆ เพื่อขยายตัวกิจการเฟซบุ๊ก โดยในปี ค.ศ. 2005 ได้จดทะเบียนเพื่อเปิดเครือข่ายขึ้นสำหรับสมาชิกที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา พนักงาน และองค์กรต่าง ๆ

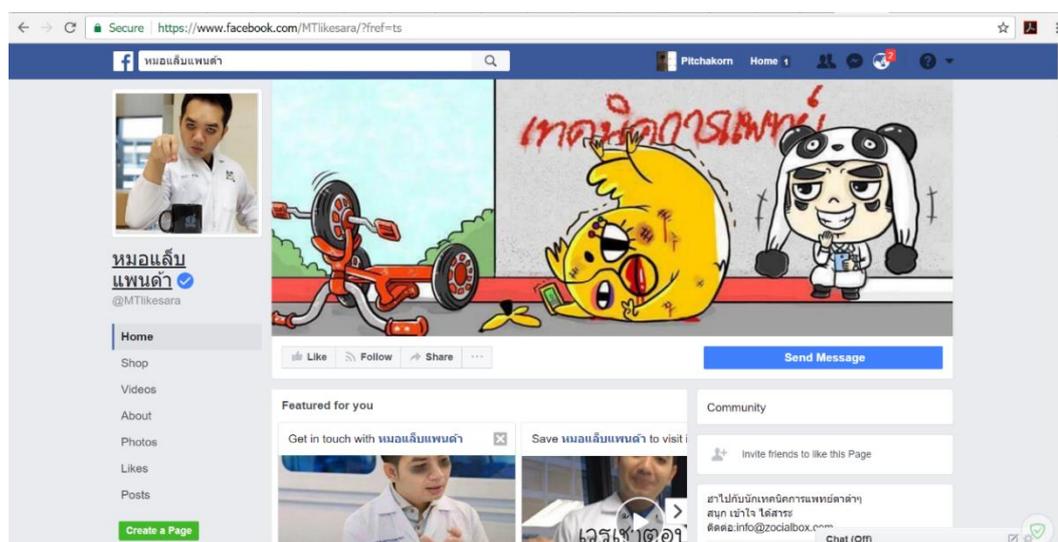
ต่อมา เดือนกันยายนปี ค.ศ. 2006 ได้เปิดให้ผู้ใช้ที่มีอีเมลและมีอายุ 13 ปีขึ้นไปสามารถสมัครเข้าสมัครใช้งานเฟซบุ๊กได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเนื่องจากมีรูปแบบอินเทอร์เฟซ (interface) ที่เรียบง่ายและผู้คนคุ้นเคย อีกทั้งใช้งานได้หลากหลาย ทำให้เฟซบุ๊กเป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมเป็นอันดับหนึ่งอย่างรวดเร็ว และนับเป็นเครือข่ายสังคมที่ใหญ่ที่สุดของโลกโดยมีอัตราการเติบโตของสมาชิกเกือบหนึ่งล้านคนต่อวัน (กมลชนก ปิ่นเพชร, 2556)

ประเภทของเฟซบุ๊ก

สามารถอธิบายการใช้งานเฟซบุ๊กได้โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (Karpen, 2011)

- 1) บัญชีส่วนตัว (Profile) คือ บุคคลสมัครใช้งานเพื่อใช้บริการ โดยสามารถระบุตัวตน และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ แต่ละบุคคลมีหน้าโปรไฟล์เป็นของตนเองและสามารถเพิ่มเพื่อน (Friends) จากการค้นหารายชื่อได้ แต่แต่ละบุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลระหว่างกันได้
- 2) กลุ่ม (Groups) เริ่มต้นจากการที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีหัวข้อหรือความสนใจใด ๆ ร่วมกัน สร้างกลุ่มขึ้นมาเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันภายในกลุ่มเท่านั้น อาจใช้สำหรับการสื่อสารภายในองค์กรหรือกลุ่มของบุคคล โดยรูปแบบของกลุ่มในเฟซบุ๊กนั้นมีหลากหลาย ทั้งแบบสาธารณะ แบบส่วนตัว และแบบลับ ที่ต้องถูกเจ้าของกลุ่มเชิญเข้าไปเท่านั้น และมีกิจกรรมที่รู้เห็นสำหรับแค่คนภายในกลุ่มเท่านั้น กลุ่มบนเฟซบุ๊กยังแบ่งได้เป็นสองประเภทคือ กลุ่มที่เป็นทางการ เช่น กลุ่มศิษย์เก่าคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการรวมตัวเกิดขึ้นอยู่แล้ว หรือบางกลุ่มยังไม่มีแต่ก็อาจเกิดได้ในโลกจริง ขณะที่กลุ่มที่ไม่เป็นทางการนั้นมีจำนวนมากกว่า เช่น กลุ่มพนักงานพาร์ทไทม์หรือฟรีแลนซ์ เป็นต้น

- 3) เพจ (Pages) หรืออาจเรียกกันโดยทั่วไปว่าแฟนเพจ (Fanpage) หรือเพจธุรกิจ (Business Page) โดยบนหน้าเพจมีคุณลักษณะเสมือนหน้าโปรไฟล์ของบริษัท หน่วยงาน องค์กร ตราสินค้า ศิลปิน บุคคลสาธารณะ ความสนใจต่อประเด็นบางอย่าง และอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น เพจบุ๊กเพจของนายแพทย์ท่านหนึ่งที่ใช้ช่องทางนี้ในการสื่อสารความคิดเกี่ยวกับประเด็นทางด้านการแพทย์ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 หน้าเพจบุ๊กแฟนเพจหมอแล็บแพนด้า ซึ่งเป็นหมอนักเขียนเล่าชีวิตประจำวันของหมอในมุมที่สนุกสนาน เฮฮา ปัจจุบันมีผู้กดไลค์ติดตามกว่า 1,200,000 บัญชี (ที่มา: <https://www.facebook.com/MTlikesara>)

โดยการทำงานของเพจจะมีความคล้ายคลึงกับบัญชีส่วนตัวของแต่ละบุคคล แตกต่างกันตรงที่ระบบเพจนั้น ในหนึ่งเพจสามารถเพิ่มผู้ดูแลเพจได้หลายคน และมีการเชื่อมต่อไปยังหน้าธุรกิจที่เอื้อต่อการเข้าถึงบุคคลภายในเครือข่ายสังคมออนไลน์ด้วยการโฆษณาโพสต์ (boost post) อันเป็นโอกาสในการสร้างการตอบสนองและการมีส่วนร่วมของเพจกับผู้ติดตามได้เพิ่มขึ้น โดยเมื่อบุคคลได้เชื่อมต่อด้วยการติดตาม (Following) เพจนั้น ๆ แล้ว ข้อมูลข่าวสารจากเพจก็จะปรากฏบนหน้ากระดานข่าว (News feed) ของบุคคลนั้นอย่างทันที ทำให้เกิดการตลาดสามารถทำการตลาดแบบบอกต่อ (Viral Marketing) ได้ผ่านช่องทางเพจนี้นั่นเอง

ทวิตเตอร์ (Twitter)

ทวิตเตอร์เป็นเว็บไซต์ให้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ ก่อตั้งเมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2006 โดยแจ็ก ดอร์ซี บิช สโตน และอีวาน วิลเลียมส์

ทวิตเตอร์เป็นบริการเครือข่ายสังคมออนไลน์จำพวกไมโครบล็อก (Micro blog) มีจุดเด่นคือ จำกัดตัวอักษรในการส่งข้อความต่อครั้งได้ไม่เกิน 140 ตัวอักษร โดยในการเผยแพร่ข้อความในครั้งหนึ่ง ๆ มีศัพท์ใช้เฉพาะเรียกว่า “ทวิต” (Tweet) ซึ่งหมายถึงถ้อยคำ ผู้ใช้งานทวิตเตอร์แต่ละบุคคลสามารถกดติดตาม (follow) คนอื่น ๆ ที่ใช้งานทวิตเตอร์ได้ หรือกดเลิกตาม (unfollow) ได้เพื่อยกเลิกการรับ “ทวิต” ของบุคคลอื่น

นอกจากนี้ ทวิตเตอร์ยังมีระบบแฮชแท็กที่มีประสิทธิภาพ หากแฮชแท็กใดที่ได้รับการทวิตถึงบ่อย ๆ ก็จะขึ้นเป็นเทรนด์ในทวิตเตอร์ให้ผู้คนได้รับรู้ว่ามีการแฮชว่าอะไรเกิดขึ้น

ในช่วงปี ค.ศ. 2007 ถึง 2008 คือปีที่คนไทยเริ่มหันมาใช้ Twitter กันค่อนข้างมาก หนึ่งในคนที่ขับเคลื่อนให้คนไทยหันมาใช้คือคุณสุทธิชัย หยุ่น ซึ่งยุคนั้นมีการนำเอารูปภาพโปรไฟล์ของคนในการเล่น Twitter ไปขึ้นหน้าหนึ่งของหนังสือพิมพ์เนชั่นในวันเด็ก นอกจากนี้ยังมีการนัดพบปะคนใน Twitter กันบ่อยครั้งจึงทำให้มีฐานผู้ใช้ในไทยนับล้านคน (Thumbsup, 2559) ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 หนังสือพิมพ์เนชั่นในวันเด็ก ดึงรูปโปรไฟล์จากผู้ใช้ทวิตเตอร์นำมาตีพิมพ์ลงในหน้าหนึ่ง (ที่มา: <http://thumbsup.in.th/2016/11/twitter>)

ต่อมา ในปี ค.ศ. 2009 ทวิตเตอร์ได้รับความนิยมสูงขึ้นอย่างมาก นิตยสารไทม์ (TIME) ฉบับวันที่ 15 มิถุนายน ค.ศ. 2009 ได้นำทวิตเตอร์ขึ้นปกเป็นเรื่องเด่นประจำฉบับ และบทบรรณาธิการ

กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงการนำเสนอข่าวอันมีที่มาจากเทคโนโลยีใหม่อย่างทวีตเตอร์ (ประชาไทย, 2552)



ภาพที่ 2.3 รูปเครือข่ายสังคมออนไลน์ทวีตเตอร์ บนหน้าปกนิตยสาร TIME
(ที่มา: <https://prachatai.com/journal/2009/06/24611>)

ปัจจุบัน ทวีตเตอร์ได้รับความนิยมจากผู้คนทั่วโลก โดยเป็นหนึ่งใน Social Media ที่มีคนใช้ราว 800 ล้านคนทั่วโลก ส่วนในประเทศไทย Twitter มีผู้ใช้งาน (active) อยู่ราว 4.5 ล้านคน โดย 83% ใช้งานบนโทรศัพท์มือถือ และมีทวีตจากคนไทยถึง 7 ล้านครั้งต่อวัน (Thumbsup, 2559)

ทั้งนี้ บล็อกเกอร์ชื่อ Jakrapong ประจำเว็บไซต์ Thumbsup ได้สำรวจผู้ใช้ Twitter อย่างไม่เป็นทางการพบว่า มีผู้ใช้งานทวีตเตอร์หลากหลายกลุ่ม แต่กลุ่มที่เด่นที่สุดมีอยู่หลัก ๆ ดังนี้

- กลุ่มนักคิด นักข่าว นักเขียน
- กลุ่มศิลปิน ดารานักแสดงที่มีความทันเทคโนโลยี (Tech Savvy)
- กลุ่มคนที่ติดตามข่าวสารสำนักข่าวต่าง ๆ แบบ real-time
- กลุ่มคนที่ชื่นชอบวงการบันเทิง ได้แก่ แฟนคลับเกาหลี คนดู LINE TV คนดูละครหลังข่าว เป็นต้น

เขาแสดงความคิดเห็นต่อว่า Twitter ยังคงเป็น Social Network ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของคนไทยที่ชีวิตเสพติดโทรศัพท์มือถือ เป็นกลุ่มเฉพาะที่มีขนาดใหญ่ราว 4.5 ล้านคน ที่เป็นกลุ่มคนที่ยังอายุไม่มากที่ค่อนข้างเสพติดเทคโนโลยี (Tech Savvy) มีความสามารถในการผลักดันสังคมเช่นเดียวกับ Social Network อื่น อีกทั้งยังมีความเป็นกลุ่มคนหัวก้าวหน้า เปิดรับนวัตกรรมและเทรนด์ใหม่ๆ

ได้เร็ว (Early adopter) ซึ่งเหมาะกับการตลาดและการประชาสัมพันธ์ในแง่ของงานที่แบรนด์จะสร้างและผลักดันเทรนด์ใหม่ ๆ กับกลุ่มดังกล่าว

โดยสรุปแล้ว เครือข่ายสังคมออนไลน์ คือ การให้บริการบนระบบเว็บไซต์ที่อนุญาตให้ปัจเจกบุคคลสามารถสร้างข้อมูลส่วนตัวนำเสนอต่อสาธารณะ ภายใต้เงื่อนไขของผู้ให้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์นั้น ๆ ได้แก่ เฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ ซึ่งถือเป็นเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีคนไทยทั่วไปนิยมใช้งาน อีกทั้งจากการสำรวจผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตพบว่าเลือกใช้ช่องทางเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ในการส่งสาร ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำศึกษาแนวคิดนี้เพื่อนำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัยต่อไป

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำความคิด

ในปี ค.ศ. 1948 Katz และ Lazarsfeld เป็นนักวิจัยกลุ่มแรกๆ ที่เชื่อว่ากระบวนการสื่อสารมีทิศทางเป็นการไหลไปของข่าวสารแบบ 2 ขั้นตอน กล่าวคือ ข่าวสารจะไหลจากสื่อมวลชน (mass media) ไปยัง ผู้นำความคิด (opinion leaders) และจากผู้นำความคิดไปยังผู้ตาม (follower) (Assael, 1998) ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 แนวคิดของการจำลองการสื่อสารแบบสองขั้นตอน

(ที่มา <http://ison.deviantart.com/art/two-step-flow-theory-272450439>)

Katz และ Lazarsfeld เชื่อว่าผู้นำความคิดจะเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชนมากกว่าผู้ตาม ผู้นำทางความคิดจะทำหน้าที่เป็นคนกลาง (intermediaries) ระหว่างสื่อมวลชนกับผู้บริโภคคนอื่น ๆ และมองว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นผู้รับข้อมูลข่าวสารที่เฉื่อยชา ไม่ตื่นตัว (passive recipients) และการไหลไปของข่าวสารจะไหลไปทางเดียว (one-way communication) โดย Two - step flow model มองว่าสื่อมวลชนมีอิทธิพลน้อยมากเมื่อเทียบกับการสื่อสารแบบตัวต่อตัวในการชักจูงให้ประชาชนยอมรับความคิด วัตถุประสงค์ของ หรือการปฏิบัติที่แปลกใหม่

ผลการศึกษาของ Katz และ Lazarsfeld นอกจากจะชี้ให้เห็นว่าข่าวสารของสื่อมวลชนไม่ได้เข้าถึงและมีอิทธิพลโดยตรงต่อผู้รับแล้ว ยังมีการค้นพบปัจจัยแทรกที่สำคัญระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร นั่นคืออิทธิพลของบุคคล (personal influence) หรือความเป็นผู้นำความคิดเห็น (Opinion leadership) ซึ่งแนวความคิดเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคลนั้นเรียกว่า ผู้นำความคิดเห็น (Opinion leaders) ซึ่งมีการศึกษาและนำแนวความคิดเกี่ยวกับผู้นำความคิดไปทำการวิจัยในหลายสาขาวิชา นอกเหนือจากการสื่อสาร เช่น การตลาด จิตวิทยา สังคมวิทยา การศึกษา เป็นต้น ทั้งนี้โดยเน้นในแง่ของอิทธิพลและบทบาทของผู้นำความคิดในการชักจูงให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ

อย่างไรก็ตาม ผู้นำทางความคิดมิได้เป็นเพียงผู้รับเอาสิ่งใหม่ ๆ เข้ามาเผยแพร่เท่านั้น แต่ยังสามารถชักจูงให้ผู้ติดตามสามารถปฏิเสธสิ่งใหม่ ๆ นั้นอีกด้วย จากการแสดงความคิดเห็นชั้นนำ

ความหมายของกลุ่มผู้นำความคิด (opinion leaders)

Boone และ Kurtz (1995) อธิบายว่า กลุ่มผู้นำทางความคิดมีอยู่ในสังคมทุกระดับชั้น บุคคลคนหนึ่งอาจจะสามารถเป็นผู้นำทางความคิดในผลิตภัณฑ์บางอย่าง และในขณะเดียวกันจะเป็นผู้ตามในประเภทอื่น ๆ ก็อาจเป็นได้ ผู้นำทางความคิดอาจเป็นบุคคลที่นิยมซื้อผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ก่อนบุคคลอื่น แล้วนำประสบการณ์ที่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์ใหม่นั้นแจ้งให้ผู้อื่นรับรู้โดยการบอกต่อ (word-of-mouth communication) หรืออาจเป็นบุคคลประเภทใฝ่รู้ หรือผู้ซึ่งมีความโน้มเอียงที่ต้องการจะเป็นผู้นำทางความคิดในผลิตภัณฑ์และบริการบางอย่าง ซึ่งตนเองมีความรู้และมีความสนใจอย่างมาก และจากความสนใจของเขาจึงเป็นตัวกระตุ้นให้แสวงหาข้อมูลจากสื่อมวลชน จากผู้ประกอบการผลิต และจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แล้วนำความรู้ที่ได้รับไปบอกกล่าว ถ่ายทอดให้กับผู้ใกล้ชิด หรือผู้ติดต่อด้วยอีกต่อหนึ่ง (Boonr & Kurtz, 1995)

สอดคล้องกันกับ Schiffman and Kanuk อธิบายว่า กลุ่มผู้นำความคิด (opinion leaders) หมายถึง กลุ่มบุคคลในสังคมผู้ซึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการ

บางอย่างโดยเฉพาะ โดยการติดต่อพูดคุยกัน เช่น ผลิตภัณฑ์ประเภทนี้ ยี่ห้อใดใช้ดีที่สุด หรือผลิตภัณฑ์ใดผลิตภัณฑ์หนึ่งโดยเฉพาะว่าสามารถนำไปใช้อย่างไร (Kotler, 1997)

ส่วน Hoyer และ MacInnis (1998) อธิบายว่า ผู้นำทางความคิด บางครั้งเรียกว่า “ผู้มีอิทธิพลทางความคิด” (influential) หมายถึง บุคคลผู้ทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวแทนหรือคนกลางทางข้อมูล (information broker) ระหว่างสื่อมวลชน (mass media) กับความคิดเห็นและพฤติกรรมของบุคคลคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มบุคคล (Hoyer & MacInnis, 1998)

ขณะที่พัชนี เชยจรรยา และคณะ (2541) อธิบายว่า ผู้นำความคิดคือบุคคลได้รับความเชื่อถือจากบุคคลทั่วไปในสังคม โดยผู้นำความคิดจะเสนอความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้นำความคิดไปยังสมาชิกหรือกลุ่มติดตาม (พัชนี เชยจรรยา และคณะ, 2541)

โดยสรุปแล้ว ผู้นำทางความคิด คือ บุคคลผู้ซึ่งมีฐานะ ตำแหน่ง มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความสนใจโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยอยู่ในสังคมทุกระดับชั้น ดำรงตนเป็นผู้ให้ความรู้และความคิดเห็นอันจะเป็นข้อมูลแก่บุคคลอื่น ๆ โดยได้รับความเชื่อถือจากคุณลักษณะดังกล่าวต่อไปในหัวข้อต่อไป ทั้งนี้ ผู้นำความคิดมักเป็นผู้มีชื่อเสียงที่รู้จักดีในแวดวงนั้น ๆ

คุณลักษณะของผู้นำทางความคิด

คุณลักษณะของผู้นำทางความคิด (Characteristics of the opinion leader) เป็นที่สนใจของนักการตลาดที่ต้องการทราบว่าใครคือผู้นำทางความคิดในผลิตภัณฑ์และบริการแต่ละประเภท ทั้งนี้ ในความเป็นจริงแล้ว โฆษณาเป็นจำนวนมากที่นักการตลาดได้สร้างขึ้นมีความตั้งใจที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้นำทางความคิดดังกล่าวมากกว่าที่จะเข้าถึงผู้บริโภคโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งโฆษณาที่ประกอบข้อมูลทางด้านเทคนิคหรือวิชาการ (Solomon, 1996) ดังนั้นหากนักการตลาดสามารถระบุได้ว่าลักษณะของผู้นำทางความคิดมีลักษณะแน่นอนอย่างไรก็จะสามารถพัฒนาการส่งเสริมการตลาดให้สอดคล้องกับทัศนคติและแบบการดำเนินชีวิตของผู้นำทางความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ทำการกำหนดลักษณะเฉพาะของผู้นำความคิดเอาไว้ ดังนี้

Roger (1995) อธิบายคุณลักษณะของผู้นำความคิดไว้ 4 ประการ ได้แก่

1. การสื่อสารภายนอก (External Communication) โดยผู้นำความคิดถูกเปรียบได้กับประตูกลางระหว่างสองฝ่ายเพื่อเชื่อมโยงความคิดระหว่างสื่อมวลชนและปัจเจกบุคคลหรือหน่วยงานและสังคม หรือผู้บริโภคและตราสินค้า
2. เป็นที่เข้าถึงได้ง่าย (Accessibility) โดยผู้นำความคิดทำหน้าที่กระจายข้อมูลใหม่ ๆ สู่สังคม เนื่องจากผู้นำความคิดจะมีกลุ่มสังคมหรือเครือข่ายที่คอยติดตาม ข้อมูลที่สื่อสารเข้าใจได้ง่าย ผู้บริโภคสามารถเปิดรับข้อมูลได้ง่าย
3. มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic status) โดยทั่วไปแล้วมนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องการอยู่ร่วมกันเพื่อยังดำรงชีพและเผ่าพันธุ์อยู่ได้ มนุษย์จึงมีความต้องการผู้นำ ซึ่งในแง่ทางด้านความคิดแล้วผู้ติดตามโดยทั่วไปต้องการผู้นำความคิดที่เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ มีคุณสมบัติต่าง ๆ ที่เหนือกว่า อันนำไปสู่การยอมรับผู้นำ
4. เป็นผู้นำนวัตกรรม (Innovativeness) โดยมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำเสนอเรื่องราวแปลกใหม่ เมื่อผู้นำความคิดทำการเสนอข้อมูลหรือแนวคิดใหม่ ๆ ผู้ติดตามจะให้การยอมรับและจะสนับสนุนความคิดนั้น ๆ (Roger, 1995)

ขณะที่พัชนี เขยจรรยา และคณะ (2541) ให้ข้อมูลเสริมในด้านคุณลักษณะเพิ่มเติมว่าประสิทธิภาพของผู้นำความคิดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

1. ความน่าเชื่อถือ และความสามารถเป็นตัวแทนของสมาชิก โดยผู้นำความคิดต้องมีความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารแบบซึ่งหน้า (Face to Face communication) เพราะการสื่อสารถือเป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงออกถึงความสามารถและความน่าเชื่อถือ
2. มีอิทธิพล โดยเป็นผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าผู้ติดตามหรือสมาชิก หรือเป็นผู้นำทางความคิดเห็น มีความกล้าแสดงความคิดเห็นส่วนตัวทั้งด้านบวกและลบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
3. ได้รับสื่อที่มากกว่า นอกจากผู้นำความคิดจะมีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่เหนือกว่าผู้ติดตามแล้ว ยังต้องมีการเปิดรับสื่อเป็นจำนวนมาก โดยผู้นำความคิดจะรวบรวมและวิเคราะห์ก่อนนำข้อมูลไปกระจายเผยแพร่แก่ผู้ติดตาม (พัชนี เขยจรรยา และคณะ, 2541)

ทั้งนี้ ผู้นำทางความคิดจะแตกต่างกันตามลักษณะของผลิตภัณฑ์หรือบริการไปโดยเฉพาะ กล่าวคือ คุณลักษณะของผู้นำทางความคิดทางด้านเทคโนโลยีอาจจะแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับผู้นำ

ทางความคิดทางด้านอาหารการกิน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะยังไม่อาจระบุได้ชัดเจนว่าใครเป็นผู้นำทางความคิดในด้านต่าง ๆ แต่ลักษณะโดยทั่วไปของผู้นำทางความคิดยังสามารถบอกได้อย่างกว้าง ๆ ดังนี้ (Asseal, 1998)

1. เป็นผู้มีความรอบรู้เกี่ยวกับประเภทของผลิตภัณฑ์และบริการนั้น ๆ เป็นอย่างดี
2. เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเภทของผลิตภัณฑ์และบริการนั้น ๆ โดยตรง
3. เป็นผู้มีความไว้วางใจ ตื่นตัว ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการนั้น ๆ จากแหล่งอื่นที่นำมาบอกเล่า
4. มีความสนใจในผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ ๆ อยู่เสมอ
5. อ่านนิตยสารและสิ่งพิมพ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์และบริการที่ตนสนใจเป็นประจำ
6. มีความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confident) ในการประเมินประเภทของผลิตภัณฑ์และบริการตามความคิดของตน
7. มีความกระตือรือร้นในทางสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่ตนอยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

สำหรับในมุมมองของผู้บริโภคที่เป็นผู้รับความคิดเห็นหรือผู้ติดตาม (Opinion receiver / Follower) แล้ว จะมีความเชื่อต่อข้อมูลจากผู้นำความคิดด้วยปัจจัย 4 ประการ ดังนี้

1. เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ เป็นอย่างดี หรือเคยมีประสบการณ์ตรง กับการทดลองใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการมาก่อน
2. เป็นผู้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงโดยปราศจากอคติ โดยมีความเป็นกลางทางความคิด เนื่องจากผู้บริโภคมองว่าผู้นำความคิดที่ดีควรที่จะไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับทางแหล่งข้อมูลหรือเจ้าของผลิตภัณฑ์
3. เป็นผู้ที่สามารถรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และอธิบายทั้งแง่บวกและแง่ลบของผลิตภัณฑ์หรือบริการ
4. เป็นผู้มีความสัมพันธ์ที่ดี สามารถเข้ากับผู้ติดตามข้อมูลได้เป็นอย่างดี ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเนื่องด้วยสาเหตุมาจากมีความใกล้ชิดเคียงในเรื่องค่านิยม ความเชื่อ เป็นต้น

ผู้นำทางความคิดจัดเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความคิด และพฤติกรรม การซื้อของผู้บริโภคเป็นอย่างมาก ผู้บริโภคบางส่วนจะเชื่อผู้นำทางความคิดมากกว่าเชื่อบริษัทหรือโฆษณา และมีแนวโน้มที่จะซื้อผลิตภัณฑ์และบริการคล้อยตามคำแนะนำของผู้นำทางความคิด (ณัฐรา อยู่มานะชัย, 2556) และในขณะเดียวกัน ผู้นำทางความคิดจะรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนเองได้รับการยอมรับ ดังนั้น ในการสื่อสารการตลาด หากผู้ทำการสื่อสารสามารถวิเคราะห์ และเลือกกลุ่มผู้นำทางความคิดได้อย่างถูกต้อง และทำการสื่อสารเข้าถึงกลุ่มผู้นำทางความคิดได้อย่างเหมาะสม ก็จะมีส่วนช่วยเสริมสร้างการสื่อสารการตลาดให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ปัจจุบัน นักการตลาดใช้ข้อมูลเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อจูงใจพฤติกรรมของผู้บริโภคให้เกิดการคล้อยตาม ในขณะเดียวกันบางครั้งข้อมูลที่ผู้บริโภคได้รับอาจจะยังไม่เพียงพอ หรืออาจจะไม่เชื่อถือในกรณีเช่นนี้ผู้บริโภคมักจะหันไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้อื่น โดยเฉพาะจากเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัว หรือจากบุคคลที่น่าเชื่อถืออื่น ๆ เพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการที่จะซื้อ ซึ่งบุคคลผู้สามารถให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการที่น่าเชื่อถือคือ ผู้นำทางความคิด (opinion leader) สำหรับเงื่อนไขและสถานการณ์ที่ผู้บริโภคมักจะหันไปพึ่งผู้นำทางความคิด จะเกิดขึ้นในกรณีดังต่อไปนี้ (Engel, Blackwell, & Miniard, 1993)

1. ผู้บริโภคขาดข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการด้วยความมั่นใจได้
2. ผลิตภัณฑ์หรือบริการมีความสลับซับซ้อน และยากต่อการประเมินโดยใช้เกณฑ์ที่แน่ชัดได้ ดังนั้นประสบการณ์ของผู้อื่นจะช่วยบอกผู้บริโภคให้ทราบได้เป็นอย่างดี
3. ผู้บริโภคขาดความสามารถที่จะประเมินผลิตภัณฑ์และบริการด้วยตนเองไม่ว่าจะมีข้อมูลที่เผยแพร่พร้อมอยู่แล้วหรือไม่ก็ตาม
4. แหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้รับเชื่อถือได้น้อย
5. การหันไปหาบุคคลที่เป็นผู้นำทางความคิดสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวกมากกว่าแหล่งอื่น ๆ สามารถพูดคุยปรึกษากันได้ ทำให้ประหยัดทั้งเวลา และความพยายาม
6. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้รับข้อมูล หรือผู้นำทางความคิดกับผู้บริโภคมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นและเป็นกันเองมากที่สุด

ผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์

ผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ คือผู้นำความคิดที่มีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นอย่างดี โดยสร้างตัวตนขึ้นบนพื้นที่โลกออนไลน์เพื่อแสดงความคิดเห็นในฐานะผู้เชี่ยวชาญ และบอกต่อถึงประสบการณ์ตรงของตนเองที่มีต่อผลิตภัณฑ์ หรือบริการนั้น ๆ ผ่านเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้แก่ ภาพนิ่ง วิดีโอ เสียง เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้นำความคิดบนโลกออนไลน์ไม่จำเป็นต้องเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงในโลกออฟไลน์มาก่อน อีกทั้งไม่จำเป็นต้องหน้าตาดี หรือฐานะดีเสมอไป เพราะผู้ติดตามหรือผู้บริโภคจะยอมรับผู้นำความคิดในโลกออนไลน์จากการนำเสนอผลงานที่มีคุณภาพ น่าติดตาม และมีผลงานออกมาสม่ำเสมอมากกว่า (ผู้จัดการออนไลน์, 2552)

ทั้งนี้ Tawan Wangcharoenwongse (2014) ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับผู้นำความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ในสมัยนี้ไว้ว่า “ในอดีต ผู้นำความคิดมักเป็นคนที่ได้รับความยอมรับนับถืออยู่แล้วจากคนในสังคมนั้น ๆ โดยตรง เช่น เป็นผู้นำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องใดเรื่องหนึ่งจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม แต่ในสังคมไทยโดยเฉพาะท่ามกลางวิกฤตการณ์การเมืองการปกครองในยุคนี้ที่การสื่อสารมีมากกว่า 2 จังหวะ บุคคลที่เป็น Opinion Leaders ไม่ได้จำกัดแค่คนกลุ่มดังกล่าวอีกต่อไป ขณะนี้จึงกล่าวได้ว่าเป็นยุคของ Online Opinion Leaders การแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ผ่านช่องทางออนไลน์ในขณะนี้ ทำให้คนธรรมดาทั่วไปทุกคน สามารถพัฒนาตัวเองขึ้นมาเป็น Online Opinion Leaders ได้ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นเจ้าของสถานะ (status) บนเฟซบุ๊กส่วนตัว และเพจต่าง ๆ ไปจนกระทั่งเจ้าของกระทู้ในเว็บบอร์ดพันทิป เช่นในช่วงที่การเมืองกำลังรุนแรง ความคิดเห็นถ่ายทอดถึงกันอย่างรวดเร็วด้วยการแชร์ (share) ผู้คนคิดแตกต่างเกิดรอยร้าวจนลุ่่มเสี่ยงจะแตกแยก จึงเป็นช่วงที่ Opinion Receiver ต้องระมัดระวังการเสพความคิดเห็นต่าง ๆ เป็นอย่างยิ่ง” (Tawan W., 2014)

จะเห็นว่าการกำหนดแนวโน้มของกระแสในสังคม (Trend Setting) อยู่บนพื้นฐานของการคล้อยตามทางความคิดจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มผู้นำความคิด (Opinion Leader) ที่มีอิทธิพลต่อผู้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจเป็นผู้อธิบายเพื่อการเกิดแนวโน้มใหม่ ๆ ในสังคม หรือเป็นผู้เสนอแนะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้คนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ พฤติกรรม วิถีชีวิต เป็นต้น ภายในเครือข่ายสังคมออนไลน์ขนาดใหญ่ที่เชื่อมโยงทุกคนเข้าด้วยกัน

ผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต

ในประเด็นทางด้านสุขภาพจิต พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตสร้างเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ขึ้นมาเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยเฉพาะเป็นจำนวนมาก อีกทั้งในเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ยังมีผู้ใช้ที่ประกาศตัวว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช โดยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษามาก่อน และใช้พื้นที่สื่อของเขาในการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ และแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่เขาประสบให้แก่บุคคลทั่วไปได้มาติดตาม (follow) ตรงกันกับคุณลักษณะของผู้นำความคิด ได้แก่ เป็นผู้ได้รับสื่อที่มากกว่า มีความน่าเชื่อถือ มีความรู้ความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ตรง มีอำนาจจากการมีข้อมูล มีการสื่อสารภายนอก เข้าถึงผู้อื่นได้ง่าย เป็นต้น (Marketeer, 2546; Roger, 1995; นิวัฒน์ ชატะวิทยากุล, 2555; ผู้จัดการออนไลน์, 2553; พิชณี เชนจรรยา และคณะ, 2541)

ทั้งนี้ เฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ของกลุ่มผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตชาวไทยสามารถจัดจำแนกกลุ่มไปตามคุณลักษณะทางด้านบุคคล ได้โดยดูจากความเชี่ยวชาญจากการอยู่ในแวดวงวิชาชีพหรือมีประสบการณ์ตรงจากการเข้ารับบริการ คุณลักษณะทางด้านเนื้อหาที่เผยแพร่ และมีการยอมรับจากจำนวนการติดตาม พิจารณาได้ดังตารางที่ 2.1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 2.1 แสดงรายชื่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เป็นคนไทย จัดจำแนกได้ตามคุณลักษณะด้านการเป็นผู้มีความรู้เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์/นักจิตวิทยา) และอีกกลุ่มคือบุคคลผู้เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการ (ผู้เข้ารับบริการสุขภาพจิต)

| รายชื่อ | คุณลักษณะผู้นำความคิด | | เนื้อหาที่เน้นเผยแพร่ | จำนวนผู้ติดตาม (คน) |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | จิตแพทย์, นักจิตวิทยา | คนทั่วไปที่มีประสบการณ์ | | |
| Facebook Page | | | | |
| - Psychologist Café | / | | สุขภาพจิต, การศึกษาจิตวิทยา | 72,759 |
| - เลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ | / | | สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น | 168,701 |
| - เข็นเด็กขึ้นภูเขา | / | | สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น | 282,480 |
| - ปั่นใหม่โดยหมอมูมาพร | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 43,966 |
| - หมอเสาวภาเลี้ยงลูกเชิงบวก | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 311,793 |
| - หมอพอขอล่าเรื่องโรคจิตเวช | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 71,676 |
| - นายแพทย์เจษฎา | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 406,784 |
| - นายแพทย์ประเสริฐ | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 169,404 |
| - สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 182,320 |
| - ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นฯ | / | | โรคจิตเวชช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น | 100,261 |
| - สาส์นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | | / | โรคซึมเศร้า | 16,724 |
| - โรคซึมเศร้าที่รัก | | / | โรคซึมเศร้า | 9,410 |
| - จนกว่าจะหาย bipolar | | / | โรคอารมณ์สองขั้ว | 506 |
| - Bipolar FC | | / | โรคอารมณ์สองขั้ว | 16,290 |
| - BPD as I know it | | / | ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ | 763 |
| - Sleepless Diary | | / | โรคนอนไม่หลับ | 1,303 |
| - Andromeda from Pluto | | / | โรคซึมเศร้า | 2,359 |
| - Heart to Heart แอร์อาการใจป่วย | | / | โรคซึมเศร้า | 1,877 |
| Twitter | | | | |
| - @tan_FX | | / | โรคซึมเศร้า | 28,600 |
| - @PisineeD | / | | จิตวิทยาคลินิก | 9,575 |

*ยอดจำนวนผู้ติดตาม สํารวจเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2560

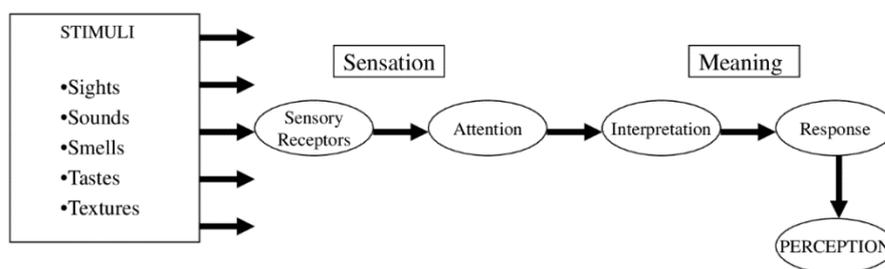
จากแนวคิดนี้ สรุปได้ว่า ผู้นำความคิด คือผู้ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในช่องทางใดช่องทางหนึ่งไปยังผู้ที่ติดตาม โดยผู้คนในสังคมให้การยอมรับว่ามีอิทธิพลทางความคิดเฉพาะทางในเรื่องนั้น ๆ อันเนื่องมาจากบุคคลที่เป็นผู้นำความคิดมีข้อมูลข่าวสารในเรื่องดังกล่าวมาก หรือจากความเชี่ยวชาญ การมีประสบการณ์ตรง อีกทั้งยังมีคุณลักษณะของการนำเสนอข้อมูลแก่ผู้รับสารสามารถเกิดการคล้อยตามได้

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตบนสื่อออนไลน์ จึงจัดจำแนกผู้นำความคิดได้เป็น (1) ผู้นำความคิดที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในฐานะอยู่ในวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด เป็นต้น (2) ผู้นำความคิดที่มีความรู้จากประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสุขภาพจิต โดยมีการบอกต่อข้อมูลข่าวสารไปสู่สาธารณะ ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับการสุขภาพจิต รวมถึงคนไข้ที่บำบัดรักษาโรคต่าง ๆ แล้วเผยแพร่เนื้อหาในเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยคุณลักษณะของผู้นำความคิดดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการอภิปรายผลต่อไป

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

Schiffman and Kanuk (2010) อธิบายว่า โดยทั่วไปกระบวนการการรับรู้เกิดขึ้นหลังจากที่เกิดการรู้สึก (sensation) โดยขั้นตอนของการรับรู้มี 3 ขั้น ได้แก่ การเลือกรับรู้ การจัดระเบียบ และการแปลความหมาย (Schiffman & Kanuk, 2010)

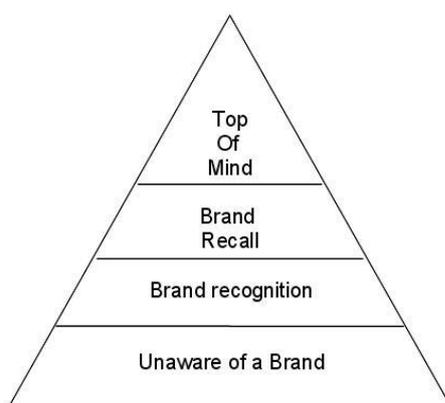
ขณะที่ Solomon (2011) ได้อธิบายกระบวนการการรับรู้ไว้ว่าเริ่มจากได้รับสิ่งเร้า โดยรับสัมผัสผ่านประสาทสัมผัสการรับรู้ทั้งห้า นำไปสู่กระบวนการรับรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเปิดรับ (Exposure) การตั้งใจรับสาร (Attention) และการตีความ (Interpretation) จนตอบสนองไปสู่การรับรู้ (Solomon, 2011)



ภาพที่ 2.5 แผนผังขั้นตอนในกระบวนการรับรู้

(ที่มา <https://www.docsity.com/en/perception-consumer-behaviour-lecture-slides/246072>)

Aaker (1991) อธิบายว่าการรับรู้ตราสินค้าของผู้บริโภคคือความสามารถในการจดจำหรือระลึกถึงตราสินค้า โดยที่สามารถจำได้ว่าสินค้าประเภทนั้น ๆ เป็นส่วนหนึ่งของตราสินค้า ซึ่งการรับรู้มีความสำคัญต่อการสร้างคุณค่าตราสินค้า (Brand equity) อย่างยิ่ง เนื่องจากเมื่อผู้บริโภคเกิดการรับรู้ตราสินค้าใด ๆ แล้ว ผู้บริโภคจะเกิดความคุ้นชินกับตราสินค้านั้นมากขึ้น ประกอบกับผู้บริโภคเริ่มให้ความเชื่อถือ ความไว้วางใจในคุณภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ผู้บริโภคจะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากตราสินค้าที่รู้จักมากกว่าตราสินค้าที่ผู้บริโภคไม่เคยรับรู้มาก่อน ทั้งหมดนี้นำไปสู่การตัดสินใจซื้อในที่สุด ทั้งนี้แนวคิดของ Aaker อธิบายด้วยพีระมิตดังภาพที่ 2.6 นี้ (Aaker, 1991)



ภาพที่ 2.6 พีระมิตแห่งการรับรู้ของผู้บริโภค (Aaker, 1991)

1. การไม่รับรู้ในตราสินค้า (Unaware of brand) คือระดับแรกของการที่ผู้บริโภคยังไม่ได้มีการรับรู้ใด ๆ กับตราสินค้านั้น ๆ หรือไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับตราสินค้านั้น ๆ มาก่อน
2. การจดจำตราสินค้า (Brand recognition) คือระดับต่ำสุดในการรับรู้ของผู้บริโภค โดยผู้บริโภคเริ่มมีการรับรู้ตราสินค้านั้น ๆ ว่าเป็นประเภทใด แต่อาจยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ทั้งนี้ หากนักการตลาดต้องการทดสอบการรับรู้ตราสินค้านั้นกับผู้บริโภคจะต้องใช้ตัวช่วย (Aided recall) เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถนึกถึงตราสินค้านั้นขึ้นมาได้ โดยนักการตลาดนำแนวคิดนี้มาใช้เป็นกลวิธีสำหรับโฆษณาสินค้า ณ จุดขาย เพื่อเตือนความจำของผู้บริโภคเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจซื้อในที่สุด
3. การระลึกถึงตราสินค้า (Brand recall) คือระดับการรับรู้ในตราสินค้าที่สูงขึ้น ทั้งนี้ นักการตลาดไม่ต้องใช้ตัวช่วยอีกต่อไป (Unaided recall) ในการที่จะทำให้ผู้บริโภคสามารถระลึกถึงตราสินค้านั้น ๆ ได้ โดยเมื่อนักการตลาดถามไปว่าสินค้าหรือบริการประเภทนี้นึกถึงตราสินค้าใด ผู้บริโภคจะสามารถตอบถึงตราสินค้าเป็นตราสินค้าแรก แสดงความเชื่อมโยงของสินค้ากับตราสินค้าในการรับรู้ของผู้บริโภค

4. トラสินค้าสูงสุดในความคิด (Top of mind) คือระดับการรับรู้สูงสุดในสินค้า หากนักการตลาดถามผู้บริโภคว่าสินค้าหรือบริการประเภทนี้นึกถึงสินค้าใด ผู้บริโภคสามารถตอบเกี่ยวกับสินค้านั้นได้ทันที โดยไม่ต้องอาศัยตัวช่วยใด ๆ มากกระตุ้นทั้งสิ้น อีกทั้งผู้บริโภคได้นึกถึงสินค้านั้นเพียงสินค้าเดียว ในพหุมิติส่วนนี้จึงเป็นเป้าหมายที่นักการตลาดต้องการให้สินค้าของตนอยู่ในจุดนี้ คือเป็นหนึ่งในใจของผู้บริโภคได้

การสร้างการรับรู้คุณค่าสินค้า มีประโยชน์ตรงที่ทำให้เกิดเป็นประสบการณ์ของผู้บริโภคที่จะเกิดความคุ้นเคยและความชื่นชอบในสินค้านั้น ๆ เมื่อผู้บริโภคนึกถึงสินค้า ผู้บริโภคจะสามารถบอกได้ถึงความหมาย หรือความเกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากสินค้าได้ สอดคล้องกับแนวคิดคุณค่าการรับรู้ตราสินค้า 4 ประการ ของ ศรีภักฎญา มงคลศิริ (2547) ดังนี้

1. ถือเป็น การเริ่มต้นสำหรับการสื่อสารไปยังผู้บริโภค เนื่องจากการสื่อสารคุณสมบัติต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์จากตราสินค้าจะได้ผลและคุ้มค่ากับการลงทุนนั้น ผู้บริโภคจะต้องเกิดการรับรู้ตราสินค้าแล้ว
2. เมื่อผู้บริโภครับรู้ตราสินค้าแล้วจะนำไปสู่การเกิดความคุ้นเคย (Familiarity) กับตราสินค้า และหากทำการสื่อสารหรือสร้างประสบการณ์ที่ต่อเนื่องไปยังผู้บริโภค ความคุ้นเคยจะนำไปสู่ความชื่นชอบ (Liking) ต่อตราสินค้าได้
3. การมีตัวตนของตราสินค้า เกิดมาจากการรับรู้ของผู้บริโภคในระยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้บริโภคต้องตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ใด ๆ ก็ตาม ผู้บริโภคจะเลือกจากตราสินค้าที่มีตัวตน และเป็นที่รู้จักมากกว่าตราสินค้าที่ไม่รู้จัก
4. การรับรู้ตราสินค้าทำให้ตราสินค้าเป็นหนึ่งในตัวเลือกสำหรับพิจารณาในกลุ่ม (consideration set) เมื่อผู้บริโภคเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ (ศรีภักฎญา มงคลศิริ, 2547)

นอกจากนี้ ในการกระตุ้นการรับรู้ของผู้บริโภค ตัวแปรเกี่ยวกับเนื้อหาของสารเป็นอีกตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความเชื่อถือของสาร เนื้อหาที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย จะยิ่งได้รับความน่าเชื่อถือ และสามารถกระตุ้นการรับรู้ของผู้บริโภคได้ดี (Li & Zhan, 2011)

สรุปได้ว่า การรับรู้ตราสินค้าของผู้บริโภคมี 2 ระดับ ได้แก่ การจดจำ หมายถึง ผู้บริโภคสามารถนึกถึงหรือจดจำผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพจิตได้ และผู้บริโภคสามารถระลึกได้ หมายถึง การที่ผู้บริโภคสามารถระลึกถึงข้อมูลการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะวัดการจดจำรับรู้ว่าเป็นบริการสุขภาพจิตมีอะไรบ้าง โดยอ้างอิงจากข้อมูลที่ผู้นำความคิดเห็นนำมาเผยแพร่บนเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ โดยผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาใช้อภิปรายผล

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

Assael (2004) กล่าวว่า ทัศนคติคือความโน้มเอียงที่ผู้บริโภคเรียนรู้และตอบสนองออกมาต่อสิ่งเร้าหรือวัตถุในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับความรู้สึกต่อตราสินค้า เช่น รู้สึกชอบหรือไม่ชอบตราสินค้านั้น ๆ (Assael, 2004)

สอดคล้องกันกับแนวคิดของ Schiffman และ Kanuk (2010) ให้คำจำกัดความว่าทัศนคติคือความโน้มเอียงของบุคคลอันเกิดจากการเรียนรู้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยทัศนคติของแต่ละบุคคลสามารถบอกถึงมุมมองที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว รวมถึงสินค้า บริการ บุคคล โฆษณา เว็บไซต์ ราคา หรือตัวแทนจำหน่าย เป็นต้น (Schiffman & Kanuk, 2010)

ขณะที่ Solomon (2011) อธิบายถึงทัศนคติ (Attitude) ไว้ว่า เป็นส่วนสุดท้ายในการประเมินของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง โดยที่ทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิด (Cognition) ความรู้สึก (Affect) และพฤติกรรม (Behavior) ที่บุคคลนั้นมีต่อสิ่งหนึ่ง โดย Assael (2004) อธิบายแนวคิดองค์ประกอบของทัศนคติไว้ดังนี้

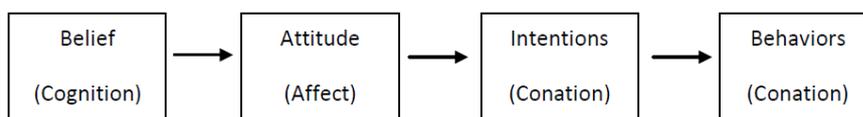
1. ความคิด (Cognition) ซึ่งรวมถึงความเชื่อ ความรู้ ความคิด และการรับรู้ข้อมูลบางอย่างที่ผู้บริโภคได้มาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาจนเกิดเป็นความรู้สึกของบุคคล โดยแสดงออกมาในรูปของความเชื่อ (belief) จึงกล่าวได้ว่าความเชื่อของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

2. ความรู้สึก (Affection) คือความรู้สึกหรืออารมณ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยบุคคลนั้นจะประเมินสิ่งนั้นโดยแบ่งออกเป็นแง่บวกหรือลบก็ได้ ซึ่งองค์ประกอบด้านความรู้สึกอาจเกิดได้ทั้งก่อนที่มามีความรู้และได้รับประสบการณ์ โดยสามารถแสดงออกมาในรูปของความชอบ ความเกลียด อันเป็นอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละบุคคล

3. พฤติกรรม (Behavior) คือแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมของบุคคล อันมาจากสิ่งเร้าผลิตภัณฑ์ หรือบริการ ที่ทำให้เกิดการรับรู้ ตลอดจนเกิดเป็นทัศนคติ หรือเป็นการกระทำที่ตอบสนองต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้น นักการตลาดสามารถวัดความหมายของพฤติกรรมผู้บริโภคที่เกิดจากทัศนคติได้จากความตั้งใจซื้อ (intentional) ดังนั้นองค์ประกอบในด้านพฤติกรรมนี้สามารถบ่งบอกได้จากพฤติกรรมการซื้อที่เกิดขึ้นจริงก็ได้

ทั้งนี้ Lutz (1991) เสริมว่า ทัศนคติมียุทธศาสตร์ประกอบเดียวความรู้สึก อันมีผลมาจากความเชื่อ โดยที่ความรู้สึกนั้นจะทำให้เกิดความชอบของแต่ละบุคคล ในขณะที่องค์ประกอบด้านความคิด ความ

ตั้งใจซื้อ และพฤติกรรมนั้นจัดเป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นตามกันมาอยู่แล้ว (Lutz, 1991) อธิบายได้ดังภาพที่ 2.7



ภาพที่ 2.7 แนวคิดทัศนคติองค์ประกอบเดียว (Lutz R.J., 1991)

จากแนวคิดเรื่องทัศนคติทั้งสองนั้น แสดงให้เห็นว่าทัศนคติส่งผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อ และยังมีอิทธิพลต่อความรู้สึก

Schiffman and Kanuk (2010) อธิบายองค์ประกอบในด้านความรู้สึกเพิ่มเติมว่า ผู้บริโภคที่มีประสบการณ์และความรู้ที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ต่างออกไป โดยสามารถแสดงออกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่

1. ทัศนคติทางบวก (Positive attitude) กล่าวคือ ผู้บริโภคมีพฤติกรรมตอบสนองในด้านที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับผู้บริโภคในการเปิดรับข้อมูลใหม่เข้ามา
2. ทัศนคติทางลบ (Negative attitude) กล่าวคือ ผู้บริโภคมีพฤติกรรมตอบสนองในด้านที่ไม่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเกิดจากความรู้สึกไม่พอใจหรือต่อต้านข้อมูลใหม่
3. ทัศนคติแบบนิ่งเฉย (Passive attitude) กล่าวคือ ผู้บริโภคไม่มีพฤติกรรมใด ๆ ที่ตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการที่ผู้บริโภคไม่มีความคิดเห็นหรือไม่สนใจต่อสิ่งนั้น ๆ จนกลายเป็นความรู้สึกที่นิ่งเฉย

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติมี 6 ปัจจัย ดังนี้ (ฉัตรยาพร เสมอใจ, 2550)

1. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ คือ ลักษณะของแต่ละบุคคลที่มีพื้นฐานทางทัศนคติที่ไม่เหมือนกัน ถ้าบุคคลมีพื้นฐานทางทัศนคติที่ดีจะทำให้เปิดรับสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย ตรงกันข้ามหากบุคคลมีพื้นฐานทัศนคติที่ต่อต้านก็จะยอมรับ ปรับ เปลี่ยนทัศนคติใหม่ได้ยาก
2. ประสบการณ์ในอดีต คือ การได้รับข้อมูลจากการทดลองสินค้าหรือบริการ หรือการมีประสบการณ์ตรงที่เกี่ยวข้องกับตราสินค้า

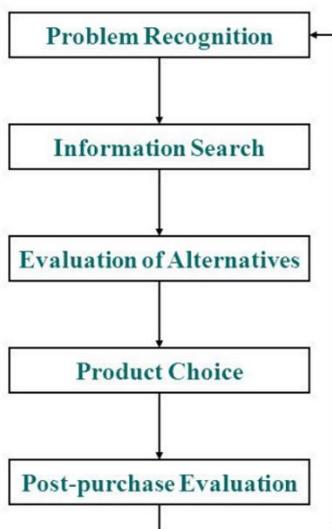
3. อิทธิพลจากครอบครัว เพื่อน และผู้มีอิทธิพลทางความคิด ซึ่งสามารถให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่บุคคล จนสั่งสมก่อให้เกิดเป็นทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ และยังสามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่ดีในการสร้างทัศนคติได้อีกด้วย
4. เครื่องมือทางการตลาด คือ การสื่อสารทางการตลาดที่ได้สร้างภาพลักษณ์ให้แก่ตราสินค้าผลิตภัณฑ์ หรือบริการ
5. การเปิดรับข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ จากการที่ปัจจุบันบุคคลสามารถเข้าถึงสื่อที่หลากหลาย นักการตลาดจึงควรเลือกใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือเพื่อสร้างทัศนคติที่ดี เช่น ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล ขนาดของข้อมูลที่เพียงพอ ทำให้บุคคลเปิดรับข้อมูล และนำเอาข้อมูลนั้นไปรวบรวมและประมวลผลต่อจนเกิดเป็นทัศนคติ
6. อิทธิพลทางสังคม คือ การได้รับการปลูกฝังทางวัฒนธรรม รวมถึงกระแสจากสังคมที่ส่งผลถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้บริโภคได้

โดยสรุปแล้ว ทัศนคติ คือความรู้สึกของผู้บริโภคที่มีต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต ทั้งแง่บวก แง่ลบ หรือเฉยๆ ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตโดยรวม ซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีทัศนคติที่แตกต่างกันออกไป โดยที่เมื่อผู้บริโภคเกิดทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตแล้วจะสามารถกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดพฤติกรรมตามมาได้ ส่งผลให้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคตินี้เพื่อศึกษาว่าผู้ติดตามกลุ่มผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตมีความรู้สึกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตอย่างไร โดยผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาใช้สำหรับสร้างแบบสอบถามและอภิปรายผลการวิจัย

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจ

Schiffman and Kanuk (2010) ให้คำจำกัดความของ การตัดสินใจของผู้บริโภค (Consumer decision making) ว่า คือการที่บุคคลมีทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางขึ้นไป และต้องเลือกตัดสินใจในทางใดทางหนึ่งเท่านั้น เช่น การเลือกผลิตภัณฑ์ เลือกตราสินค้า เลือกกิจกรรม เลือกรับบริการหรือไม่รับบริการ เป็นต้น โดยการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค คือผู้บริโภคได้มีบทบาทเป็นผู้ซื้อ ผู้ชำระเงิน และเป็นผู้ใช้ผลิตภัณฑ์/บริการนั้น ๆ

ขณะที่ Solomon (2011) อธิบายกระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค 5 ลำดับขั้น อธิบายตามแผนภาพที่ 2.8 ไว้ดังนี้



ภาพที่ 2.8 กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค (Solomon M.R., 2011)

1. การตระหนักรู้ถึงปัญหา (Problem recognition) เป็นจุดเริ่มต้นในการตัดสินใจซื้อ เกิดจากการที่ผู้บริโภคตระหนักรู้ถึงปัญหา โดยผู้บริโภคพบว่าสิ่งที่มีอยู่ไม่เพียงพอหรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการ ดังนั้น นักการตลาดควรหาวิธีการผ่านเครื่องมือการตลาด เช่น การโฆษณา หรือส่งเสริมการขาย เพื่อกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดความต้องการ

2. การค้นหาข้อมูล (Information search) เมื่อผู้บริโภคเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหา ผู้บริโภคจะหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมารวบรวมประกอบการตัดสินใจเพื่อที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยขั้นตอนนี้นับเป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้บริโภคจะเจอกับข้อมูล ทั้ง ข้อมูลตราสินค้า ข้อมูลการบริการ ข้อมูลสถานที่จำหน่าย ทั้งนี้ การค้นหาข้อมูลอาจเริ่มต้นได้จากการหาข้อมูลภายใน (Internal search) คือ ความจำเดิมของผู้บริโภค ไปสู่การค้นหาข้อมูลภายนอก (External search) เช่น การถามบุคคลอื่น การเข้าค้นหาบนเสิร์จเอนจิน

3. การประเมินทางเลือก (Evaluation of alternatives) หลังจาก que ผู้บริโภคได้ข้อมูลแล้ว ผู้บริโภคจะนำเอาข้อมูลทั้งหมดมาเปรียบเทียบเพื่อประเมินทางเลือกในการจะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

4. การซื้อ (Purchase decision) เมื่อผู้บริโภคทำการประเมินเพื่อหาสินค้า/บริการที่ตรงกับความต้องการมากที่สุดแล้ว ขั้นตอนนี้คือการตัดสินใจซื้อ โดยจะพิจารณาถึงสถานที่และวิธีการซื้อ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้บริโภค

5. ผลลัพธ์หลังจากการซื้อ (Post purchase behavior) คือขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจซื้อ โดยจะเกิดหลังจากที่ผู้บริโภคได้ใช้ผลิตภัณฑ์/บริการแล้ว อันจะนำไปสู่

พฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การซื้อซ้ำ ความภักดีต่อตราสินค้า ตลอดจนการสื่อสารแบบบอกต่อไปยังคนรอบข้างอีกด้วย (Solomon, 2011)

โดยสรุปแล้ว การตัดสินใจ หมายถึงการที่บุคคลตกลงใจที่จะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการ ที่มีสองอย่างขึ้นไป โดยเริ่มมาจากการค้นหาข้อมูลเพื่อประเมินคุณลักษณะที่ดีที่สุดก่อนจะตกลงใจที่จะซื้อ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการตัดสินใจซื้อสำหรับศึกษาว่าเมื่อผู้ที่ติดตามเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตแล้วมีการส่งผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจเข้ารับบริการหรือไม่ และเกิดกระบวนการรับรู้และทัศนคติผ่านไปสู่กระบวนการตัดสินใจแล้ว จะมีการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตหรือแนะนำบุคคลอื่นหรือไม่

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและการเปิดรับสื่อ

แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร (Demographic Characteristics of Receiver)

ในการสื่อสาร ผู้รับสารแต่ละคนอาจมีพื้นเพ ประสบการณ์ และลักษณะที่แตกต่างกันไป หลากหลายด้าน เรียกว่าลักษณะทางประชากร (Demographic Characteristics) อันประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ซึ่งลักษณะทางประชากรของผู้รับสารที่แตกต่างกันนี้จะก่อให้เกิดแต่ละบุคคลมีพฤติกรรม และความสนใจในการรับข่าวสารแตกต่างกันไป ด้วยการศึกษาค้นคว้าผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรเพื่อค้นหาความเกี่ยวข้องกันระหว่างตัวแปรลักษณะทางประชากรกับการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด โดยพบว่า กิติมา สุรสุนธิ (2547) ได้อธิบายถึงรายละเอียดแต่ละตัวแปรของลักษณะทางประชากรแต่ละปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปิดรับข่าวสาร การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจของผู้รับข้อมูลข่าวสารไว้ดังนี้ (กิติมา สุรสุนธิ, 2547)

1. เพศ (Sex) เป็นลักษณะทางประชากรที่บุคคลได้รับมาแต่กำเนิด ประกอบด้วยประชากรเพศชาย (Male) และประชากรเพศหญิง (Female) ลักษณะทางเพศนี้เองเป็นปัจจัยพื้นฐานด้านร่างกายที่แตกต่างกันของบุคคล ก่อให้เกิดสถานภาพและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ในด้านบุคลิกภาพภายนอก รวมไปถึงด้านอารมณ์ภายในของบุคคล เช่น เพศหญิงเป็นเพศที่มีอารมณ์อ่อนไหวกว่าเพศชาย โดยมักมองเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะที่ละเอียด ละเมียดละไมกว่าเพศชาย ด้วยคุณลักษณะนี้เพศหญิงจึงถูกชักจูงได้ง่ายกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ความแตกต่างทางเพศทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่ต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิงมีแนวโน้มและมีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายไม่ได้

มีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่มีความต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีที่เกิดจากการรับข่าวสารนั้นด้วย (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2546)

2. อายุ (Age) สามารถบ่งบอกได้ถึงความเป็นผู้มีประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคล รวมทั้งวิสัยทัศน์ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับอายุหรือวัยที่แตกต่างกันไป โดยอายุที่เพิ่มขึ้นของบุคคลจะทำให้มีความคิดที่รอบคอบเพิ่มมากขึ้น บุคคลที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการติดต่อสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่อตนเองมีอายุมากขึ้น

3. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-Economic Status) ได้แก่ รายได้ อาชีพ เชื้อชาติ รวมถึงปมหลังของครอบครัว ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลในการกำหนดการเลือกเปิดรับสื่อ อีกทั้งการเลือกรับเนื้อหาที่สอดคล้องกับอาชีพ ความคิด ความเชื่อ และค่านิยมของสังคมนั้น ๆ ตลอดจนองค์กรหรือสถาบันที่บุคคลสังกัดอยู่ โดยเฉพาะด้านรายได้ของบุคคลซึ่งเป็นสิ่งแสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจอันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง บ่งบอกถึงอำนาจการใช้จ่ายในการบริโภคข่าวสาร ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำจะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

4. การศึกษา (Education) การได้รับการศึกษาเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความนึกคิด ทักษะคิด รวมไปถึงค่านิยมของแต่ละบุคคลที่มีต่อเรื่องราวต่าง ๆ โดยสถาบันการศึกษาเป็นหนึ่งในสถานที่อบรมบ่มเพาะให้บุคคลมีความรู้คิดและปัญญา รวมไปถึงบุคลิกภาพที่แตกต่างกันตามระดับของความรู้

โดยสรุปแล้ว จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรด้านลักษณะประชากร ผู้วิจัยได้พิจารณาศึกษาคุณลักษณะทั้ง 4 ประการข้างต้น รวม 6 ตัวแปร ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มาศึกษาเพื่อนำไปสู่การอภิปรายผล

แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร (Media exposure)

ในสังคมปัจจุบัน มนุษย์ทุกคนดำรงชีวิตด้วยปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ซึ่งรวมไปถึงการสื่อสารอันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มนุษย์สามารถติดต่อ ส่งสาร ข้อมูล และองค์ความรู้ต่าง ๆ ให้กันอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในสมัยนี้ที่สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาททำให้เกิดเป็นยุคสมัยแห่งการแพร่กระจายและส่งต่อของข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้างจนแทบไม่จำกัดเวลาและสถานที่ การสื่อสารจึงนำมาซึ่งอรรถประโยชน์ทั้งต่อระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม ส่งผลให้ผู้คนที่รับสารเหล่านั้น

เกิดความรู้อารมณ์ถึงทัศนคติต่อสิ่งนั้น ๆ กว้างขวางขึ้น โดยยิ่งบุคคลใดเปิดรับข่าวสารมาก ย่อมได้เปรียบกว่าผู้อื่น เนื่องจากที่ความรู้อารมณ์มาก เข้าใจสถานการณ์ สังคม สิ่งรอบตัว และทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน

แต่เนื่องจากข้อมูลข่าวสารที่ส่งต่อกันไปมารอบตัวนั้นมีมากเกินไปจนเกินกว่าที่บุคคลจะสามารถรับข้อมูลทั้งหมดได้ในเวลาเดียวกัน ดังนั้น บุคคลจึงเลือกเปิดรับเพียงสารที่เป็นประโยชน์หรือสอดคล้องกับความสนใจของตัวเอง ทั้งนี้ ในการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อต้องการข้อมูลสำหรับตอบสนองความต้องการด้านใดด้านหนึ่งของตน โดยอาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสนใจส่วนตัว ต้องการทราบเรื่องราวที่เป็นสาระ ต้องการผ่อนคลาย หรือต้องการข้อมูลไว้ใช้ตัดสินใจต่อการเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเพื่อแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง บุคคลจึงเปิดรับข้อมูลเพิ่มเติม (Krikelas, 1983)

สอดคล้องกับ Asseal และ Solomon ที่กล่าวว่า การเลือกเปิดรับข้อมูลจะเกิดขึ้นกับสิ่งเร้าบางอย่างที่สอดคล้องกันกับความต้องการของผู้บริโภคเท่านั้น (Asseal, 1998; Solomon, 2012) ส่วน Colin Cherry มองว่าการสื่อสารของมนุษย์เป็นการกระทำเพื่อแบ่งปัน โดยการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันจะนำไปสู่ความเข้าใจร่วมกัน เกิดการตัดสินใจ และการทำกิจกรรมที่สอดคล้องกัน (Colin Cherry, 1978) ขณะที่ Wilber Schramm แสดงความคิดเห็นว่าข่าวสารที่เข้าถึงความสนใจของผู้รับสารได้มากจะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จของการสื่อสาร และการสื่อสารจะทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้อารมณ์ ความเข้าใจ มีทัศนคติ และพฤติกรรมไปในแนวทางที่ผู้ส่งสารต้องการ (Schramm, 1973)

Becker (1972) ให้ความหมายของการเปิดรับข่าวสารโดยจัดจำแนกไปตามพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ดังนี้

1. การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) บุคคลแสวงหาข้อมูลเมื่อต้องการที่จะใกล้ชิดกับเรื่องราวของบุคคลหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
2. การเปิดรับข้อมูล (Information receptivity) บุคคลเปิดรับข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ตนอยากรู้และสนใจ ยิ่งถ้าหากข้อมูลข่าวสารมีความเกี่ยวข้องกับตัวเองก็ยิ่งให้ความสนใจที่จะรับข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นพิเศษ
3. การเปิดรับประสบการณ์ (Experience receptivity) บุคคลเปิดรับข่าวสารเพราะต้องการเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ (Becker, 1972)

เช่นเดียวกัน การเปิดรับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อออนไลน์บนระบบอินเทอร์เน็ตย่อมส่งผลให้วิถีชีวิตในด้านต่าง ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม พบว่าการเปลี่ยนแปลง 3 ปัจจัยดังกล่าวนี้จะต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ (Learning) และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิด รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิต

โดยที่แต่ละบุคคลต่างมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์และสภาพแวดล้อมของตน (สุกัญญา บุรณเดชาชัย, 2552)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร

จากแนวคิดการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของบุคคลของ Charles K. Atkin อธิบายว่ามีความต้องการพื้นฐานอยู่ 4 ประการที่ทำให้บุคคลต้องเปิดรับข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของตน ได้แก่ (Charles K. Atkin, 1973)

1. ต้องการรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว
2. ต้องการคำแนะนำเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อเหตุการณ์
3. ต้องการข้อมูลที่จะสร้างความมั่นใจ ความมั่นคง และความรู้ให้แก่ตนเอง
4. ต้องการเรื่องราวที่จะใช้เป็นประเด็นสนทนากับบุคคลอื่น ๆ ได้

โดยที่ McCombs & Becker ให้เหตุผลของการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของบุคคลในทำนองเดียวกันว่า โดยพื้นฐานแล้วบุคคลจะทำการเปิดรับจากแรงผลักดันและเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตน 6 ประการ ได้แก่ (McCombs & Becker, 1979)

1. ต้องการเรียนรู้และรู้เท่าทันต่อเหตุการณ์สังคมปัจจุบัน (Surveillance) โดยติดตามข่าวสารความเคลื่อนไหวจากสื่อมวลชนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ๆ
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ (Decision) เนื่องจากกาเปิดรับข้อมูลจะทำให้บุคคลสามารถใช้เป็นแหล่งสำหรับการประเมินทางเลือกต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างละเอียดรอบคอบ
3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้นั้นไปสร้างการสนทนากับบุคคลอื่น (Discussion)
4. เพื่อตอบสนองความต้องการการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในสังคม (Participation)
5. เพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมให้มีความมั่นใจต่อสิ่งที่ได้ตัดสินใจกระทำ (Reinforcement)
6. เพื่อความบันเทิง (Entertainment) ทำให้ผู้รับสารมีอารมณ์ที่ผ่อนคลายจากความตึงเครียดจากชีวิตประจำวัน

ส่วน Merrill & Ralph (1971) กล่าวว่า การเลือกรับหรือใช้สื่อของบุคคลมีปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแรงผลักดันภายในอันมีที่มาจาก 3 ปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่

1. ความเหงา เป็นเหตุผลพื้นฐานทางจิตวิทยา เนื่องด้วยมนุษย์ไม่ชอบอยู่อย่างโดดเดี่ยว เนื่องจากจะเกิดความรู้สึกสับสน วิดกกังวล หวาดกลัว ซึมเศร้า มนุษย์ไม่ชอบการถูกปฏิเสธหรือเมินเฉยจากสังคม อย่างไรก็ตาม มนุษย์ยังสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการสื่อสาร โดยเฉพาะในยุคนี้ที่สื่อออนไลน์เข้ามามีบทบาทในชีวิตของผู้คนสมัยใหม่ จะเห็นว่าบางครั้งบางคนเลือกใช้สื่อออนไลน์มากกว่าอยู่กับบุคคล เพราะสื่อออนไลน์สามารถปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการสนทนาหรือลดแรงกดดันทางสังคมให้แก่ตนเองได้ ในทางกลับกัน บางคนอาจจะชื่นชอบและพอใจที่จะสนทนาผ่านทางสื่อออนไลน์มากกว่าการเผชิญหน้ากัน (Face-to-face) ก็ได้

2. ความอยากรู้อยากเห็น ตามปกติแล้วมนุษย์จะอยากรู้อยากเห็นในสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ทราบที่มาที่ไป ทั้งสิ่งที่ใกล้ตัวหรือสิ่งที่ไกลตัวออกไป จะเห็นได้ว่าสื่อประเภทต่าง ๆ มักนำเสนอข่าวสารเพื่อตอบสนองต่อความอยากรู้อยากเห็นของสังคมที่ให้ความสนใจในประเด็นนั้น ๆ และยึดจุดเรื่องความอยากรู้อยากเห็นของผู้รับสารมาเป็นหลักสำคัญของการให้ข่าวสาร

3. ประโยชน์ใช้สอย มนุษย์ในฐานะผู้รับสารมีความต้องการแสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับนั้นให้เกิดประโยชน์ โดยมักเลือกสื่อที่ใช้ความพยายามน้อยที่สุด (Least Effort) และได้ประโยชน์ตอบแทนดีที่สุด (Promise of Reward) เช่น สามารถช่วยให้รู้สึกประสบความสำเร็จ รู้สึกสบายใจ รู้สึกปลอดภัย รู้สึกสนุกสนาน เป็นต้น ข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ไม่ว่าจะใช้เป็นประโยชน์ในแง่ปฏิบัติ แง่จรรโลงจิตใจ หรือแง่สนับสนุนความคิด ล้วนสามารถหาได้จากสื่อต่าง ๆ (Merrill, John C. & Ralph L. Lowenstein., 1971)

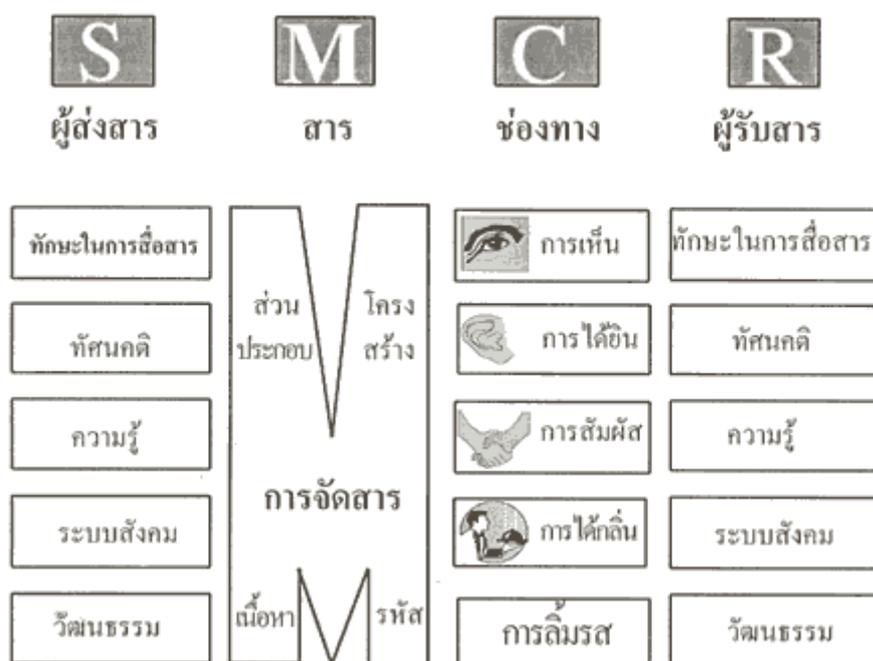
สรุปได้ว่า ข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพื่อตอบสนองความเป็นสัตว์สังคมที่ต้องการติดต่อและแลกเปลี่ยนข่าวสารแก่กันอันนำไปสู่การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานและยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มนุษย์ใช้ข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ โดยสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการเปิดรับของผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ โดยสามารถวัดได้จากความถี่และความบ่อยครั้งที่บุคคลใช้กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดเห็นด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพื่อนำไปสู่การสร้างแบบสอบถาม และเพื่อใช้ในการอภิปรายผลต่อไป

2.7 แบบจำลองการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โล หรือ SMCR Model

เดวิด เค. เบอร์โล (David K. Berlo) นำเสนอแนวคิด SMCR Model ในช่วงทศวรรษที่ 1960 โดยตีพิมพ์ในหนังสือ The Process of Communication เพื่ออธิบายคุณลักษณะและปัจจัยในกระบวนการสื่อสาร โดยมีองค์ประกอบ 6 ประการ ประกอบไปด้วย

1. ต้นทางสาร (communication source)
2. ผู้เข้ารหัส (encoder)
3. สาร (message)
4. ช่องทาง (channel)
5. ผู้ถอดรหัส (decoder)
6. ผู้รับสาร (communication receiver)

จากส่วนประกอบพื้นฐานสำคัญ 6 ประการนั้น นำมาสู่แบบจำลอง SMCR ของเบอร์โล (Berlo's SMCR Model) อันโด่งดัง โดยเขาได้รวมต้นแหล่งสารกับผู้เข้ารหัสไว้ในฐานะต้นแหล่งสาร หรือผู้ส่งสาร และรวมผู้ถอดรหัสกับผู้รับสารไว้ในฐานะผู้รับสาร แบบจำลองการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โลนี้ จึงประกอบไปด้วย S (Source or Sender) คือ ผู้ส่งสาร, M (Message) คือ สาร, C (Channel) คือ ช่องทางการสื่อสาร, และ R (Receiver) คือ ผู้รับสาร ดังปรากฏในภาพที่ 2.9



ภาพที่ 2.9 แบบจำลองการสื่อสารของเดวิด เค. เบอร์โล (ที่มา: ศุภรัตน์ ฐิติกุลเจริญ, 2540)

จากแบบจำลองการสื่อสารของเดวิด เค เบอร์โล ข้างต้น สามารถอธิบายองค์ประกอบในแง่การสื่อสาร รวมไปถึงรายละเอียดของคุณลักษณะดังนี้ (ศุภรัศมี ฐิติกุลเจริญ, 2540)

1. ผู้ส่งสาร (Source)

ผู้ส่งสาร เป็นผู้เริ่มต้นการสื่อสาร โดยทำหน้าที่ในการเข้ารหัส ซึ่งผู้ส่งสารจะทำหน้าที่ในการสื่อสารได้ดีเพียงใดนั้นจะขึ้นอยู่กับคุณสมบัติต่าง ๆ 5 ประการ ดังนี้

1) ทักษะในการสื่อสาร (communication skills) เช่น ความสามารถในการพูด การเขียน และ ความสามารถในการคิดและการใช้เหตุผล เป็นต้น

2) ทักษะคติ (attitudes) หมายถึง วิธีการที่บุคคลประเมินสิ่งต่าง ๆ โดยความโน้มเอียงของตนเองเพื่อที่จะเข้าถึงหรือเป็นการหลีกเลี่ยงสิ่งนั้น ๆ เช่น ทักษะคติต่อตนเอง ต่อหัวข้อของการสื่อสาร ต่อผู้รับสาร ต่อสถานการณ์แวดล้อมการสื่อสารในขณะนั้น เป็นต้น

3) ความรู้ (knowledge levels) หมายถึง ความรู้ของผู้ส่งสาร ในเหตุการณ์หรือเรื่องราวต่าง ๆ บุคคลหรือกรณีแวดล้อมของสถานการณ์การสื่อสารในครั้งหนึ่ง ๆ ว่ามีความแม่นยำหรือถูกต้องเพียงใด

4) ระบบสังคม (socio system) ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของบุคคล เพราะบุคคลจะขึ้นอยู่กับกลุ่มทางสังคมที่ตนเองอยู่ร่วมด้วย

5) ระบบวัฒนธรรม (culture system) หมายถึง ขนบธรรมเนียม ค่านิยม ความเชื่อที่เป็นของตัวมนุษย์ในสังคม และเป็นตัวกำหนดที่สำคัญในการสื่อสารด้วย เช่น การสื่อสารระหว่างบุคคลต่างวัฒนธรรมกัน อาจประสบความล้มเหลวได้เนื่องจากความคิดและความเชื่อที่มีไม่เหมือนกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร

สรุปได้ว่า ผู้ส่งสาร (S) ควรเป็นผู้ที่มีทักษะความชำนาญในการสื่อสารโดยมีความสามารถในการเข้ารหัส (encode) เนื้อหาข่าวสาร มีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับเพื่อผลในการสื่อสาร มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่จะส่ง และมีความสามารถในการปรับระดับของข้อมูลนั้นให้เหมาะสมและง่ายต่อระดับความรู้ของผู้รับ ตลอดจนพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับผู้รับด้วย

2. สาร (Message)

สารนี้หมายถึงรวมถึง ถ้อยคำ เสียง การแสดงออกด้วยสีหน้า อากัปกิริยาท่าทาง ที่มนุษย์สร้างขึ้นในขณะที่เป็นผู้ส่งสาร ถ้าความหมายเป็นทางการ ก็คือ ผลผลิตทาง

กายภาพที่เป็นจริงอันเกิดจากผลการเข้ารหัสของผู้ส่งสารนั่นเอง โดยสารมีคุณสมบัติ 3 ประการคือ

1) รหัสของสาร (message code) เช่น ภาษาพูด ภาษาเขียน ภาษาท่าทาง หรือ รหัสอื่น ๆ

2) เนื้อหา (content) คือใจความที่ต้องการสื่อสาร

3) การจัดสาร (treatment) คือ วิธีการที่ผู้ส่งสารเลือกและจัดเตรียมเนื้อหาของสาร โดยเกี่ยวข้องกับด้านเนื้อหา สัญลักษณ์ และวิธีการส่งข่าวสาร เช่น การใช้ภาษา ไวยากรณ์ ศัพท์ คำถาม คำอุทาน ความคิดเห็น เป็นต้น สารที่ถูกจัดเตรียมไว้ดีจะทำให้ผู้รับสารเกิดการรับรู้ในความหมายได้

สรุปได้ว่า สาร (M) คือผลผลิตของความคิด อารมณ์ ความรู้สึก หรือเนื้อหาที่ผู้ส่งสารต้องการสื่อออกมา อาจแสดงโดยรูปของวจนภาษา หรือ อวจนภาษา เพื่อสื่อความหมายให้เหมาะสมสอดคล้องตามสภาพการณ์

3. ช่องทางในการส่ง (Channel)

ช่องทาง (C) จัดเป็นพาหนะที่นำพาสารไปสู่ผู้รับสาร โดยผู้รับสารได้รับข้อมูลผ่านช่องทางที่จะนำสารไปสู่หน่วยรับความรู้สึกของมนุษย์ซึ่งมีอยู่ 5 ประการ คือ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการลิ้มรส

4. ผู้รับสาร (Receiver)

ผู้รับ (R) จำเป็นต้องมีคุณสมบัติ 5 ประการ เปรียบเช่นเดียวกับผู้ส่งสาร คือ ต้องเป็นผู้มีทักษะความชำนาญในการสื่อสารโดยมีความสามารถในการถอดรหัสสาร (decode) เป็นผู้ที่มีความรู้ ระดับความรู้ และพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม คล้ายคลึงกันกับผู้ส่งสาร จึงจะทำให้การสื่อสารความหมายหรือการสื่อสารนั้น ๆ ได้ผลสำเร็จ

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการส่งสารของเบอร์โล ผู้วิจัยจะนำมาใช้อธิบายถึงรูปแบบ ขั้นตอน และคุณลักษณะของผู้นำความคิด (S) ที่ได้ส่งสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจิต (M) ผ่านช่องทางสื่อสารสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ (C) ไปยังผู้รับสารที่เป็นผู้ติดตาม หรือผู้ที่เปิดรับข้อมูล (R) โดยจะอภิปรายผลในแต่ละด้านตามทฤษฎีดังกล่าว

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอิทธิพลของผู้นำความคิดบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิต ผู้วิจัยพบตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังกล่าว สรุปได้ ดังนี้

J. A. Naslund และคณะ ศึกษาพบว่าผู้คนที่ป่วยด้วยอาการทางจิตหันมาใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น ประกอบด้วย Facebook, Twitter และ Youtube เพื่อที่จะแชร์ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตัวเอง หรือหาคำแนะนำที่ดีจากผู้อื่นจากคนที่ป่วยด้วยสภาพเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่าการใช้การช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อนบนสื่อออนไลน์ หรือ peer-to-peer support นั้นได้ผลดีอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต โดยพบว่ามี ความพยายามที่จะส่งเสริมทั้งสุขภาพจิตและกาย (mental and physical wellbeing) กันภายในกลุ่มอีกด้วย (J. A. Naslund et al., 2016)

A. F. JORM (2000) ศึกษาเรื่องการเรียนรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพจิต (Mental health literacy) อธิบายเกี่ยวกับความรู้ของสาธารณชนและความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางจิตพบว่าคนในสังคมจำนวนหนึ่งไม่สามารถแยกแยะอาการป่วยทางจิตได้ หรือแม้แต่การระบุภาวะความตึงเครียดในจิตใจในรูปแบบที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเชื่อ (belief) ว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ข้อมูลทางด้านสุขภาพจิตที่เผยแพร่อยู่ในสาธารณะยังพบว่าเป็นข้อมูลที่สร้างความเข้าใจผิด อย่างไรก็ดี มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำให้เชื่อได้ว่าการรู้เรื่องสุขภาพจิตสามารถพัฒนาได้ ทั้งนี้หากความรู้ดังกล่าวไม่ได้รับการพัฒนาขึ้น อาจยังทำให้การยอมรับการดูแลสุขภาพจิตนั้นยากยิ่งขึ้น ซึ่งนั่นทำให้ผู้คนที่ประสบกับปัญหาทางจิตอาจจะปฏิเสธการรักษาที่มีประสิทธิภาพ หรืออาจไปรับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นที่ไม่พึงประสงค์ได้ (A. F. Jorm, 2000)

อัมพร เจริญกิจกำจร (2556) ได้ศึกษาทัศนคติ แรงจูงใจ และพฤติกรรมในการหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต พบว่า พฤติกรรมในการหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตที่เน้นเรื่องการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับตัวแปรทัศนคติและแรงจูงใจ 3 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และความสะดวกสบาย ในขณะที่พฤติกรรมในการหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตที่เน้นเรื่องการรักษาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับตัวแปรทัศนคติและแรงจูงใจทั้ง 5 ด้าน คือ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความจำเพาะเจาะจง ความสะดวกสบาย และการได้รับความคิดเห็นเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังสามารถจัดกลุ่มพฤติกรรมในการหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตตามทัศนคติและแรงจูงใจได้เป็น 5 กลุ่มพฤติกรรม คือ กลุ่มความสะดวกสบาย กลุ่มต้องการมีส่วนร่วมและเจาะจงข้อมูล กลุ่มผู้ชื่นชอบอินเทอร์เน็ต กลุ่มที่สนใจเรื่องสุขภาพ กลุ่มที่ต้องการความคิดเห็นจากผู้อื่น (อัมพร เจริญกิจกำจร, 2556)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง "อิทธิพลของผู้นำความคิดบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิต" ในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยวัดแบบครั้งเดียว (One-Short Descriptive Study)

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตในการแสวงหาข้อมูลในเครือข่ายสังคมออนไลน์ตามรูปแบบการดำเนินชีวิตปกติ และติดตามผู้นำความคิดโดยใช้ช่องทางเฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเคยติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 คน และต้องมีการเปิดรับข้อมูลอย่างน้อยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{Z^2}{4e^2}$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

e คือ ความคลาดเคลื่อนในการประมาณ

Z คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด จากสูตรเมื่อกำหนดให้มีความผิดพลาดไม่เกิน 5% ด้วยความเชื่อมั่น 95% จะได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องสุ่ม ดังนี้

แทนค่าตามสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2}{4(0.05)^2}$$

$n \approx 385$ คน

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 385 ตัวอย่าง และได้มีการเผื่อการสูญเสียของแบบสอบถามเพื่อกรณีที่ได้รับแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบถ้วน โดยสำรองไว้ 15 ตัวอย่าง รวมเป็นตัวอย่างขนาดทั้งหมด 400 ตัวอย่าง

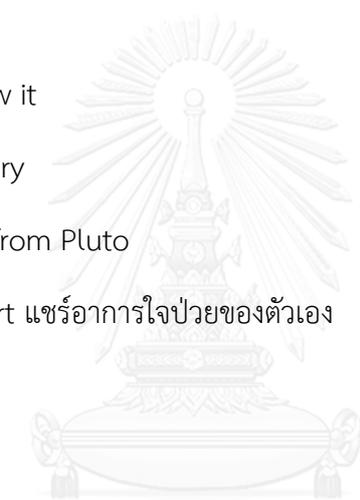
และจากข้อมูลสามารถประมาณจำนวนประชากรที่มีโอกาสติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ และกำหนดตัวอย่างโดยการใช้อย่างสำเร็จรูปของ Taro Yamane (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2553) ที่ระบุว่าหากจำนวนประชากรมากกว่า 100,000 คน ขนาดตัวอย่างที่ระดับความน่าเชื่อถือได้ของการเลือกตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 95 หรือให้เกิดความผิดพลาดได้ร้อยละ 5 มีจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 400 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำไว้จำนวน 400 คน โดยมีรายละเอียดการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

3.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากคนไทยผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการติดตามข้อมูลข่าวสารเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำทางความคิด โดยใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ด้วยการแจกแบบสอบถามให้ทำผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Online questionnaire) ด้วยการให้กลุ่มผู้นำความคิดเผยแพร่แบบสอบถามผ่านทางหน้าเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของตน โดยขอความร่วมมือจากผู้ติดตามร่วมการตอบแบบสอบถาม โดยเริ่มแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าตอบแบบสอบถามตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 จนถึงวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2560 รวม 1 สัปดาห์ โดยผ่านทางเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของ 20 ผู้นำความคิดทั้งหมดที่อยู่ภายใต้ขอบเขตการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ระบุรายชื่อไว้ ดังนี้

1. Psychologist Café
2. เลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ
3. เซ็นเด็กชั้นอนุเขา
4. ปั่นใหม่โดยหมออุมาพร
5. หมอเสาวภาเลี้ยงลูกเชิงบวก
6. หมอปอขอเล่าเรื่องโรคจิตเวช

7. นายแพทย์เจษฎา
8. นายแพทย์ประเสริฐ
9. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
10. ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย
11. สาส์นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
12. โรคซึมเศร้าที่รัก
13. จนกว่าจะหาย bipolar
14. Bipolar FC
15. BPD as I know it
16. Sleepless Diary
17. Andromeda from Pluto
18. Heart to Heart แชร้อาการใจป่วยของตัวเอง
19. @tan_FX
20. @PisineeD



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ซึ่งทั้ง 20 รายชื่อข้างต้นนี้ ทางผู้วิจัยทำการคัดเลือกจากคุณลักษณะของผู้นำความคิดจากด้านความเชี่ยวชาญและการมีประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยแสดงไว้ในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงรายชื่อเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เป็นคนไทย จากการจัดจำแนกได้ตามคุณลักษณะของผู้นำความคิด คือ 1. ผู้มีความรู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์/นักจิตวิทยา และ 2. ผู้ที่มีความรู้อันเนื่องมาจากได้รับประสบการณ์ตรงในการเข้ารับบริการ

| รายชื่อ | คุณลักษณะผู้นำความคิด | | เนื้อหาที่เน้นเผยแพร่ | จำนวนผู้ติดตาม (คน) |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | จิตแพทย์, นักจิตวิทยา | คนทั่วไปที่มีประสบการณ์ | | |
| Facebook Page | | | | |
| - Psychologist Café | / | | สุขภาพจิต, การศึกษาจิตวิทยา | 72,759 |
| - เลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ | / | | สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น | 168,701 |
| - เข็นเด็กขึ้นภูเขา | / | | สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น | 282,480 |
| - ปันใหม่โดยหมอมูมาพร | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 43,966 |
| - หมอเสาวภาเลี้ยงลูกเชิงบวก | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 311,793 |
| - หมอพอขอล่าเรื่องโรคจิตเวช | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 71,676 |
| - นายแพทย์เจษฎา | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 406,784 |
| - นายแพทย์ประเสริฐ | / | | จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก | 169,404 |
| - สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย | / | | โรคจิตเวชทั่วไป | 182,320 |
| - ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นฯ | / | | โรคจิตเวชช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น | 100,261 |
| - สาส์นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | | / | โรคซึมเศร้า | 16,724 |
| - โรคซึมเศร้าที่รัก | | / | โรคซึมเศร้า | 9,410 |
| - จนกว่าจะหาย bipolar | | / | โรคอารมณ์สองขั้ว | 506 |
| - Bipolar FC | | / | โรคอารมณ์สองขั้ว | 16,290 |
| - BPD as I know it | | / | ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ | 763 |
| - Sleepless Diary | | / | โรคนอนไม่หลับ | 1,303 |
| - Andromeda from Pluto | | / | โรคซึมเศร้า | 2,359 |
| - Heart to Heart แอร์อาการใจป่วย | | / | โรคซึมเศร้า | 1,877 |
| Twitter | | | | |
| - @tan_FX | | / | โรคซึมเศร้า | 28,600 |
| - @PisineeD | / | | จิตวิทยาคลินิก | 9,575 |

*ข้อมูลจำนวนผู้ติดตาม สํารวจ ณ วันที่ 27 มิถุนายน 2560

3.3 การวัดตัวแปร

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดการวัดค่าตัวแปร ดังนี้

1. การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร

วัดจากระดับของความถี่ และจำแนกด้วยการใช้ตาราง Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ, บ่อย, ปานกลาง, นาน ๆ ครั้ง, แทบจะไม่หรือไม่เคยเลย

2. การรับรู้

ใช้ตาราง Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด

โดยมีคะแนนในแต่ละระดับ ดังนี้

- 1 = รับรู้ น้อยที่สุด
- 2 = น้อย
- 3 = ปานกลาง
- 4 = มาก
- 5 = มากที่สุด

จากนั้นนำค่าเฉลี่ย มาจัดช่วง 5 ช่วง เพื่อนำมาตีความหมาย ดังนี้

- 4.21 - 5.00 หมายถึง รับรู้ในระดับสูงมากที่สุด
- 3.41 - 4.20 หมายถึง รับรู้ในระดับสูง
- 2.61 - 3.40 หมายถึง รับรู้ในระดับกลาง
- 1.81 - 2.60 หมายถึง รับรู้ในระดับต่ำ
- 1.00 - 1.80 หมายถึง รับรู้ในระดับต่ำที่สุด

3. ทักษะคิด

ใช้ข้อความวัดทักษะคิดรวม 25 ข้อความ โดยกำหนดการวัดตัวแปรในระดับ Rating Scale 5 ระดับ ตามค่าคะแนนดังนี้

| | |
|-------------------|---------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 5 คะแนน |
| เห็นด้วย | 4 คะแนน |
| เฉยๆ | 3 คะแนน |

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

จากนั้นนำค่าเฉลี่ยของคะแนนมาจัดลงในช่วง 5 ช่วงเพื่อนำมาตีความระดับทัศนคติ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับเชิงบวกมากที่สุด

3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับเชิงบวก

2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับเชิงลบ

1.00- 1.80 หมายถึง ระดับเชิงลบที่สุด

4. การตัดสินใจใช้บริการ

เป็นข้อคำถามวัดระดับการตัดสินใจและการบอกต่อแนะนำบุคคลอื่นให้ใช้บริการ ด้วยการเลือกคำตอบ 5 ระดับ ได้แก่ ไปใช้บริการแน่นอน = 5 คะแนน, อาจจะใช้บริการ = 4 คะแนน, เฉยๆ = 3 คะแนน, อาจจะไม่ใช้บริการ = 2 คะแนน, ไม่ใช้บริการแน่นอน = 1 คะแนนบริการ จากนั้นหาค่าเฉลี่ยนำมาดูว่าอยู่ในช่วงใด เพื่อตีความของระดับความตัดสินใจเข้าใช้บริการของผู้ตอบแบบสอบถาม

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีการตัดสินใจในระดับสูงมากที่สุด

3.41 - 4.20 หมายถึง มีการตัดสินใจในระดับสูง

2.61 - 3.40 หมายถึง มีการตัดสินใจในระดับกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง มีการตัดสินใจในระดับต่ำ

1.00- 1.80 หมายถึง มีการตัดสินใจในระดับระดับต่ำที่สุด

3.4 เครื่องมือ และการทดสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถาม โดยได้วิเคราะห์เนื้อหา และใช้เป็นแนวทางในการออกแบบสอบถามสำหรับการศึกษาในแต่ละตัวแปรให้ครอบคลุมทุกประเด็นการวิจัยทั้งหมด

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การเปิดรับผู้นำความคิด

ส่วนที่ 3 การรับรู้

ส่วนที่ 4 ทศนคติ

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจใช้บริการ

2. การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) และค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) อธิบายเป็น 2 ส่วนได้ดังต่อไปนี้

ในส่วนแรก ตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้พิจารณา ตรวจสอบทั้งด้านเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมของแบบสอบถาม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสมและให้ครอบคลุมทุกประเด็นในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธাত্রี ใต้ฟ้าพล อาจารย์คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ นพ.ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจิตแพทย์ประจำแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. พญ.กิริติ พัฒนเสรี จิตแพทย์ประจำคลินิกสุขภาพจิต แผนกจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
4. คุณพิศิณี แดงวัง อดีตนักจิตวิทยาประจำศูนย์วัยรุ่น โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ อาจารย์พิเศษวิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ และเป็นผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในสื่อทวิตเตอร์

ส่วนที่สอง คือ ทดสอบความน่าเชื่อถือ โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดสอบใช้ (Pre-test) กับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคำถามในแต่ละส่วนว่าสามารถสื่อความหมายได้ถูกต้อง และชัดเจน ตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการ ซึ่งการคำนวณหาค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha) ของ Cronbach's Alpha โดยผลการทดสอบข้อคำถามในแต่ละด้านที่ใช้ rating scale เป็นดังนี้

- ตัวแปรด้านการรับรู้ รวม 12 ตัว ได้ Cronbach's Alpha = 0.894
- ตัวแปรด้านทัศนคติ รวม 25 ตัว ได้ Cronbach's Alpha = 0.950
- ตัวแปรด้านการตัดสินใจ รวม 2 ตัว ได้ Cronbach's Alpha = 0.853

จึงถือได้ว่าแบบสอบถามนี้มีความน่าเชื่อถือสำหรับการวิจัยต่อไป เมื่อพบว่ามีความน่าเชื่อถือมากกว่า 0.7 ขึ้นไป (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2553)

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ประมวลผลหาค่าทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และสถิติอนุมาณสำหรับทดสอบสมมุติฐาน

สมมุติฐานที่ 1 :

ลักษณะประชากรต่างกัันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดเห็นด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน

สมมุติฐานที่ 2 :

ลักษณะประชากรต่างกัันมีการรับรู้ข้อมูลการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดเห็นด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน

สมมุติฐานที่ 3 :

ลักษณะประชากรต่างกัันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดเห็นด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ และการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกัน

สมมุติฐานที่ 4 :

ลักษณะประชากรต่างกัันมีการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกัน

สมมุติฐานที่ 5 :

การเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิต

โดยสมมุติฐานที่ 1 – 4 ศึกษาหาความแตกต่างระหว่างตัวแปรจะใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วย t-test และ One Way ANOVA

ส่วนสมมุติฐานที่ 5 ซึ่งต้องการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหลายตัวแปรที่มีผลต่อตัวแปรตามตัวแปรเดียว จะใช้สถิติทดสอบ Multiple Regression Analysis

3.6 การรายงานข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติจากแบบสำรวจเพื่อสนับสนุนข้อสรุป ดังนั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอข้อมูลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ดังนี้

- บทที่ 4 ผลสำรวจผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์
- บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาเรื่อง อิทธิพลของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อการรับรู้ ทศนคติ และการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิต เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต โดยเก็บข้อมูลจำนวน 400 ตัวอย่าง ด้วยการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาและวิเคราะห์ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงพรรณนาและใช้สถิติทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผู้วิจัยแบ่งการรายงานผลวิจัยออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ตอนที่ 2 ข้อมูลจากการทดสอบสมมติฐาน

ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analytical Statistics)

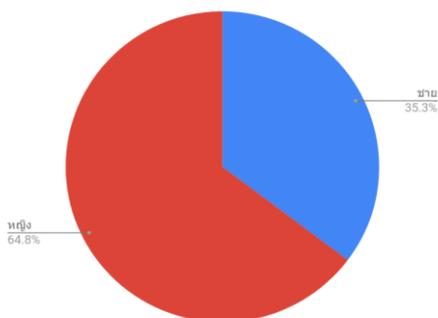
4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด (รวมทั้งที่กำลังศึกษาอยู่) อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแล้ว สามารถแจกแจงคุณสมบัติของประชากรที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 400 คน ดังปรากฏในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

| เพศ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------|------------|--------|
| ชาย | 141 | 35.25 |
| หญิง | 259 | 64.75 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.1 แสดงกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.75 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 35.25

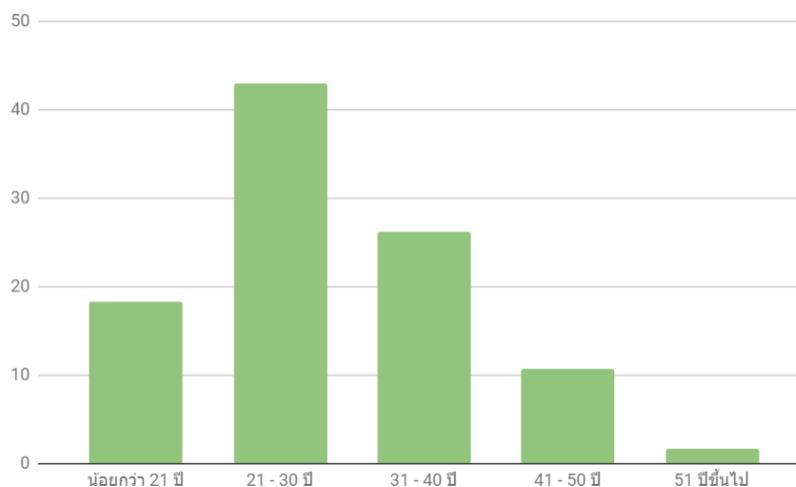


แผนภาพที่ 4.1 แสดงค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านเพศ

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามอายุ

| อายุ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------|------------|--------------|
| น้อยกว่า 21 ปี | 73 | 18.25 |
| 21 - 30 ปี | 172 | 43.00 |
| 31 - 40 ปี | 105 | 26.25 |
| 41 - 50 ปี | 43 | 10.75 |
| 51 ปีขึ้นไป | 7 | 1.75 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21-30 ปี มีมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 43 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.25 และต่อมาก็คือกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.25 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.75

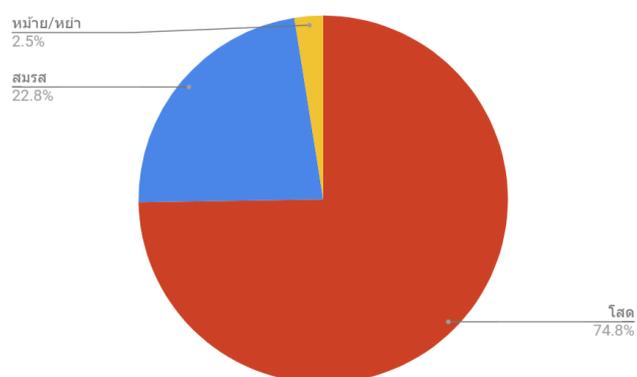


แผนภาพที่ 4.2 แสดงค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านอายุ

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามสถานภาพ

| สถานภาพ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------|------------|--------|
| โสด | 299 | 74.75 |
| สมรส | 91 | 22.75 |
| หม้าย/หย่า | 10 | 2.5 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 74.75 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 22.75 และสุดท้ายคือกลุ่มตัวอย่างที่มีหม้ายหรือหย่าร้างมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.5

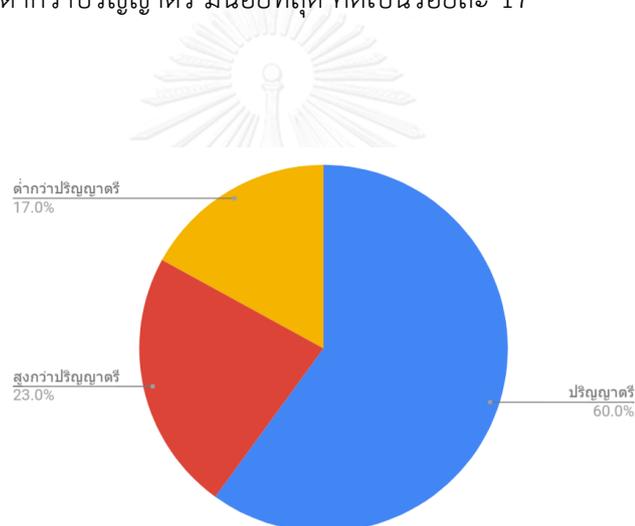


แผนภาพที่ 4.3 แสดงค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านสถานภาพการสมรส

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

| ระดับการศึกษา | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------|------------|--------|
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 17 |
| ปริญญาตรี | 240 | 60 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 23 |
| รวม | 400 | 100 |

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ กลุ่มมีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17

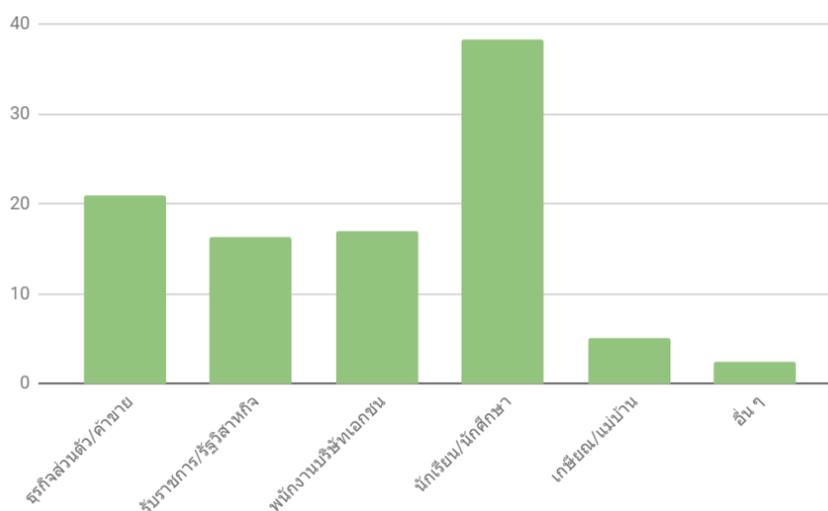


แผนภาพที่ 4.4 แสดงค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านระดับการศึกษา

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

| อาชีพ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------|------------|--------|
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/ฟรีแลนซ์ | 84 | 21 |
| รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 65 | 16.25 |
| พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 17 |
| นักเรียน / นิสิตนักศึกษา | 153 | 38.25 |
| เกษียณ/แม่บ้าน | 20 | 5 |
| อื่น ๆ | 10 | 2.5 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน / นิสิตหรือนักศึกษา มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.25 รองลงมาคือพนักงานบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 17 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพอื่น ๆ เช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.5

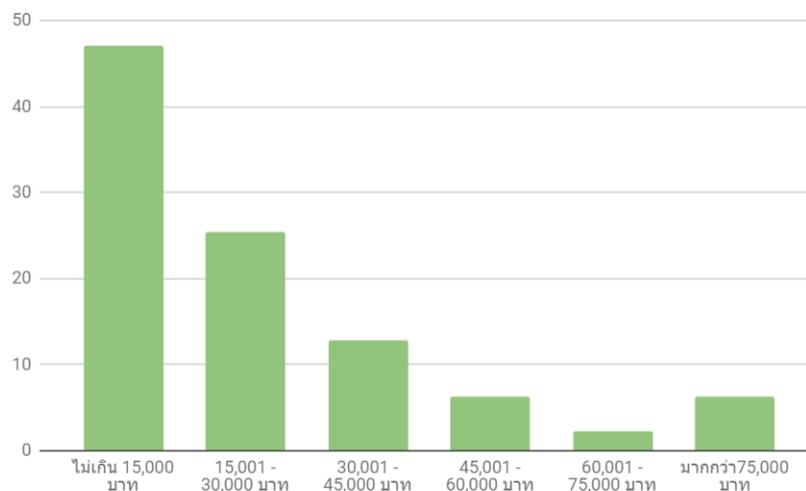


แผนภาพที่ 4.5 แสดงค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านอาชีพ

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------------|------------|--------------|
| ไม่เกิน 15,000 บาท | 188 | 47 |
| 15,001 - 30,000 บาท | 102 | 25.5 |
| 30,001 - 45,000 บาท | 51 | 12.75 |
| 45,001 - 60,000 บาท | 25 | 6.25 |
| 60,001 - 75,000 บาท | 9 | 2.25 |
| มากกว่า 75,000 บาท | 25 | 6.25 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 15,000 บาท มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 รองลงมาคือกลุ่มรายได้ 15,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.5 ต่อมาคือ 30,001-45,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.75 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 60,001 - 75,000 บาท มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.25



แผนภาพที่ 4.6 แสดงค่าร้อยละลักษณะทางประชากรด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

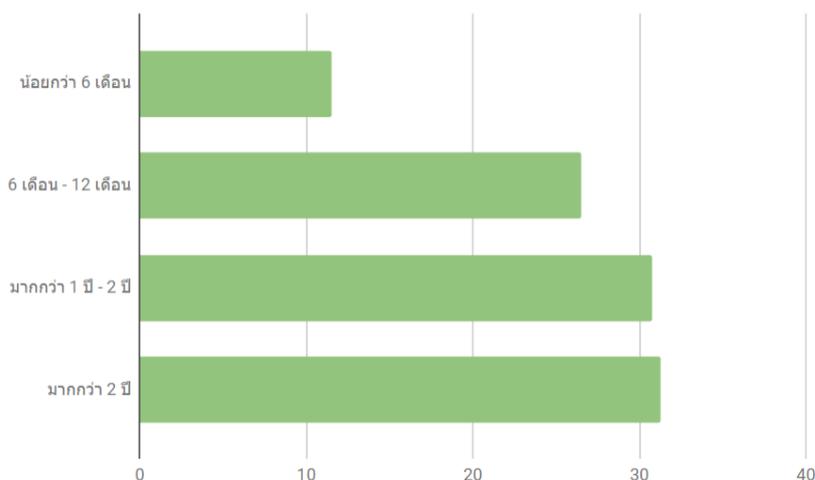
4.1.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์แล้วนั้น สามารถแจกแจงผลได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.7 พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ พิจารณาจากด้านระยะเวลาที่ได้ติดตาม

| ระยะเวลาในการติดตาม | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------------------|------------|--------|
| น้อยกว่า 6 เดือน | 46 | 11.5 |
| ตั้งแต่ 6 เดือน - 12 เดือน | 106 | 26.5 |
| มากกว่า 1 ปี - 2 ปี | 123 | 30.8 |
| มากกว่า 2 ปี | 125 | 31.3 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการติดตามมาแล้วมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ซึ่งมีมากที่สุด คิดได้เป็นร้อยละ 31.3 รองลงมาคือ ติดตามมากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่งติดตามมาไม่ถึง 6 เดือน มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.5

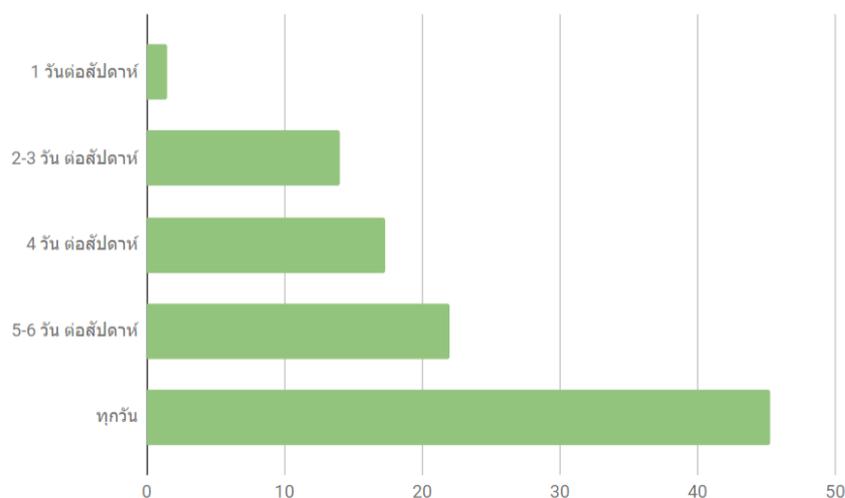


แผนภาพที่ 4.7 แสดงค่าร้อยละของระยะเวลาการติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์

ตารางที่ 4.8 ความถี่ของการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด ต่อสัปดาห์

| ความถี่ในการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ต่อสัปดาห์ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------------|
| 1 วันต่อสัปดาห์ | 6 | 1.5 |
| 2-3 วัน ต่อสัปดาห์ | 56 | 14.0 |
| 4 วัน ต่อสัปดาห์ | 69 | 17.3 |
| 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ | 88 | 22.0 |
| ทุกวัน | 181 | 45.3 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเปิดรับเป็นประจำทุกวัน มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมาคือ 5-6 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 22 และกลุ่มตัวอย่างที่เปิดรับ 1 วันต่อสัปดาห์ มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.5

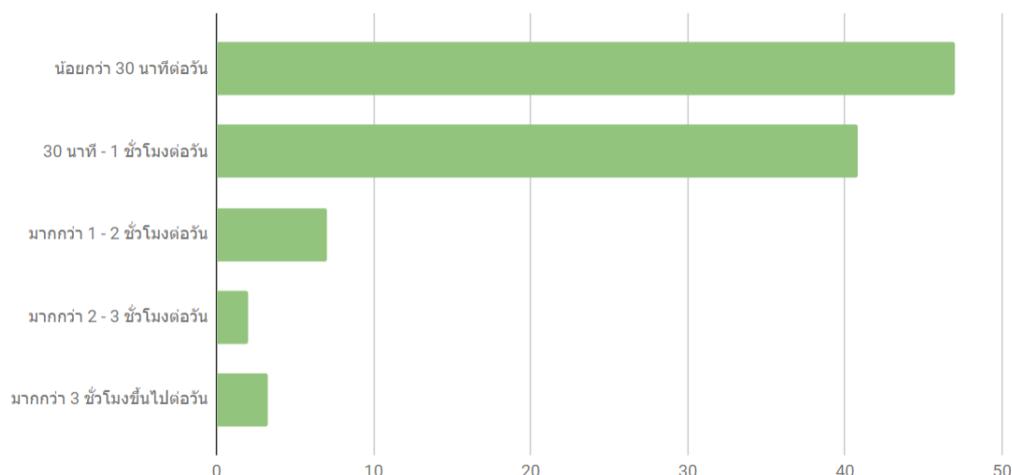


แผนภาพที่ 4.8 แสดงค่าร้อยละความถี่ที่เปิดรับผู้นำความคิดเห็นด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อสัปดาห์

ตารางที่ 4.9 ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดเห็นด้านสุขภาพจิตต่อวัน

| ปริมาณการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ต่อวัน | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| น้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน | 188 | 47.0 |
| 30 นาที - 1 ชั่วโมงต่อวัน | 163 | 40.8 |
| มากกว่า 1 - 2 ชั่วโมงต่อวัน | 28 | 7.0 |
| มากกว่า 2 - 3 ชั่วโมงต่อวัน | 8 | 2.0 |
| มากกว่า 3 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน | 13 | 3.3 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเปิดรับน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 รองลงมาคือเปิดรับ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 40.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เปิดรับมากกว่า 2 ชั่วโมง ถึง 3 ชั่วโมงต่อวัน มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.3



แผนภาพที่ 4.9 แสดงค่าร้อยละปริมาณการเปิดรับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อวัน

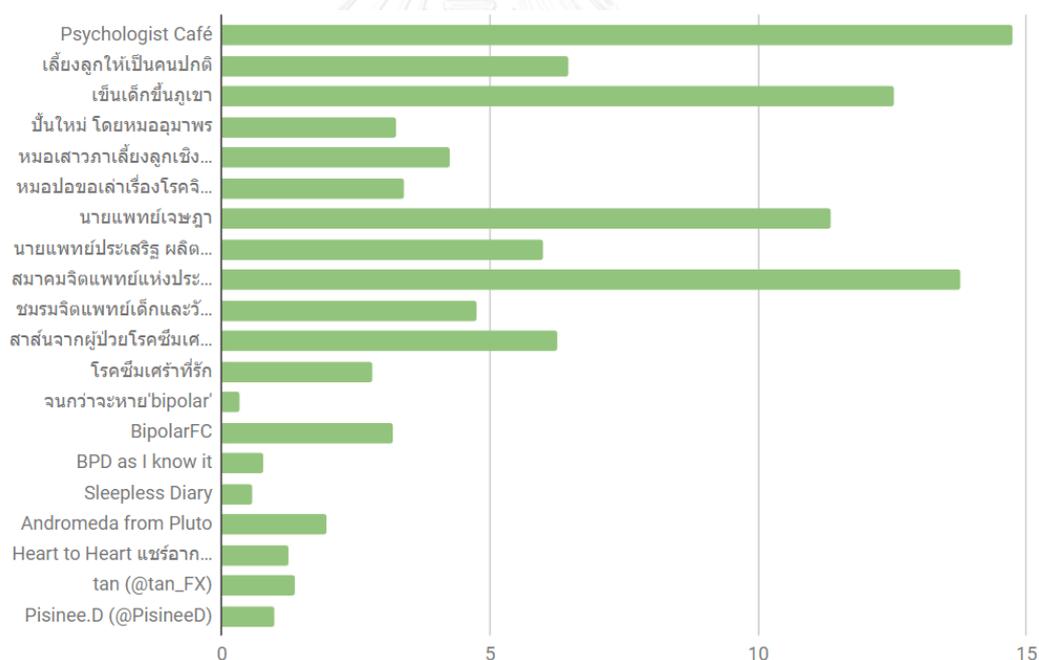
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่กลุ่มตัวอย่างกำลังติดตามอยู่

| ผู้นำความคิด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| Psychologist Café | 226 | 14.74 |
| เลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ | 99 | 6.46 |
| เข็นเด็กขึ้นภูเขา | 192 | 12.52 |
| ปิ่นใหม่ โดยหมออุมพพร | 50 | 3.26 |
| หมอสาวภาเลี้ยงลูกเชิงบวก | 65 | 4.24 |
| หมอปอขอเล่าเรื่องโรคจิตเวช | 52 | 3.39 |
| นายแพทย์เกษญา | 174 | 11.35 |
| นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ | 92 | 6.00 |
| สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย | 211 | 13.77 |
| ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย | 73 | 4.76 |
| สาส์นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | 96 | 6.26 |
| โรคซึมเศร้าที่รัก | 43 | 2.80 |
| จนกว่าจะหาย 'bipolar' | 5 | 0.33 |
| BipolarFC | 49 | 3.20 |
| BPD as I know it | 12 | 0.78 |

| ผู้นำความคิด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------------|--------------|
| Sleepless Diary | 9 | 0.57 |
| Andromeda from Pluto | 30 | 1.96 |
| Heart to Heart แชร้อาการใจป่วยของตัวเอง | 19 | 1.24 |
| tan (@tan_FX) | 21 | 1.37 |
| Pisinee.D (@PisineeD) | 15 | 0.98 |
| รวม | 1533 | 100.0 |

*เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างติดตามข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจาก Psychologist Café มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.74 รองลงมาคือ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 13.77 รองลงมาคือ เข็นเด็กขึ้นภูเขา คิดเป็นร้อยละ 12.52 ตามลำดับ



แผนภาพที่ 4.10 แสดงค่าร้อยละของการติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ตามรายชื่อ

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามหมวดเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างสนใจ
เปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต

| เนื้อหา | X | S.D. | ระดับความสนใจ |
|--|--------|---------|---------------|
| 1. โรคทางจิตเวช เกณฑ์การสังเกต การวินิจฉัย และการรักษา | 3.53 | 1.161 | มาก |
| 2. การสร้างแรงบันดาลใจ, จิตวิทยาเชิงบวก, จิตวิทยาพัฒนาตนเอง, การรู้จักตัวเอง | 4.02 | 1.049 | มาก |
| 3. จิตวิทยาความรัก-ความสัมพันธ์, การเข้าใจผู้อื่น, การรู้จักคน | 3.84 | 1.068 | มาก |
| 4. การตรวจเช็คและดูแลสุขภาพจิตของตนเอง | 3.46 | 1.112 | มาก |
| 5. เรื่องราวส่วนตัวของจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด | 3.13 | 1.246 | ปานกลาง |
| 6. เรื่องราวส่วนตัวของคนใช้จิตเวชที่เป็นแอดมินเพจ/ทวิตเตอร์ | 2.98 | 1.276 | ปานกลาง |
| 7. จิตวิทยาพัฒนาการช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น, การเลี้ยงดูลูก, การสอนลูก | 3.41 | 1.325 | มาก |
| 8. จิตวิทยาพัฒนาการช่วงวัยผู้ใหญ่และวัยชรา | 2.92 | 1.217 | ปานกลาง |
| 9. หลักจิตวิทยาที่นำมาอธิบายปรากฏการณ์ทางด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสังคม | 3.76 | 1.095 | มาก |
| 10. การศึกษา/งานวิจัยเชิงวิชาการของศาสตร์จิตเวช, จิตวิทยา | 3.54 | 1.220 | มาก |
| รวม | 3.4565 | 0.77457 | มาก |

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเนื้อหาสุขภาพจิตที่เผยแพร่โดยผู้นำความคิดโดยเมื่อเฉลี่ยคะแนนแล้วโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาไปตามเนื้อหาในแต่ละหมวดแล้ว พบว่า เนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างแรงบันดาลใจ, จิตวิทยาเชิงบวก, จิตวิทยาพัฒนาตนเอง, การรู้จักตัวเอง มีค่าเฉลี่ยของระดับความสนใจมากกว่าเนื้อหาประเภทอื่น ๆ ทั้งหมด ในขณะที่เนื้อหาที่เป็นเรื่องจิตวิทยาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีระดับความสนใจเปิดรับน้อยกว่าเนื้อหาหมวดอื่น ๆ

4.1.3 ข้อมูลด้านการรับรู้บริการสุขภาพจิต

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อบริการทางด้านสุขภาพจิต สามารถแจกแจงผลได้โดยใช้วิธีหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏในตารางต่อไปนี้
ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อ
บริการสุขภาพจิต

| ข้อความวัดการรับรู้ | Mean | S.D. | ระดับการรับรู้ |
|--|--------|---------|------------------|
| 1. ท่านรับรู้ว่าจะสามารถเข้าพบผู้เชี่ยวชาญที่สถานบริการจิตเวชเพื่อตรวจเช็คสุขภาพจิตได้ เมื่อคิดว่ามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต | 4.32 | 1.086 | มากที่สุด |
| 2. ท่านรับรู้ว่าในประเทศไทยมีสถานที่ใดบ้างที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ท่านไปเข้าใช้บริการได้ | 3.55 | 1.246 | มาก |
| 3. ท่านรับรู้ว่าความทรมาณของการเจ็บป่วยทางจิตนั้นทรมาณไม่ต่างไปจากโรคทางกายเลย | 4.58 | 0.912 | มากที่สุด |
| 4. ท่านรับรู้ว่าโรคทางจิตเวชเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นจะต้องให้ความสนใจไปรักษา | 4.77 | 0.620 | มากที่สุด |
| 5. ท่านรับรู้ว่าโรคทางจิตเวชมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้กับคนทุกคน อันเนื่องมาจากปัจจัยในสมอง, ประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม | 4.81 | 0.564 | มากที่สุด |
| 6. เด็กที่มีปัญหาในโรงเรียน เช่น ปัญหาด้านการเรียนรู้, การเข้าสังคม มักมาจากปัญหาบกพร่องด้านพัฒนาการจึงควรให้พบจิตแพทย์เฉพาะทางด้านเด็กและวัยรุ่น เพื่อทำการปรับพฤติกรรม | 4.47 | 0.800 | มากที่สุด |
| 7. ท่านรับรู้ว่าโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ด้วยการใช้ยา และการทำจิตบำบัด | 4.46 | 0.806 | มากที่สุด |
| 8. ท่านรับรู้บทบาทหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในแต่ละสาขามีหน้าที่อะไรหรือเชี่ยวชาญในงานด้านไหน อาทิ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด | 3.87 | 1.126 | มาก |
| 9. ท่านรับรู้ว่าคนที่มีสุขภาพจิตไม่ดี คือ บุคคลที่ความไม่สบายกาย หรือไม่สบายใจ หรือทั้ง 2 อย่างรวมกัน | 4.23 | 0.926 | มากที่สุด |
| 10. ท่านรับรู้ว่าคุณค่าใดที่ทำให้ผู้คนที่อยู่รอบข้างเดือดร้อน เกิดความทุกข์ใจ กังวลใจจากเขา หรือสังคมถูกกระทบกระเทือน มีความเดือดร้อนยุ่งยากจากคนคนนั้น ฟังประเมินเบื้องต้นได้ว่าบุคคลนั้นมีปัญหาสุขภาพจิต | 3.60 | 1.148 | มาก |
| 11. ท่านรับรู้ว่าการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตตามที่ผู้นำความคิดแนะนำไว้นั้นไม่ใช่เรื่องเสียหาย และไม่ใช่ว่าเรื่องน่าอาย | 4.69 | 0.667 | มากที่สุด |
| 12. ท่านรับรู้ว่าคุณค่าใดที่ทำให้บุคคลที่ไปเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานเฉพาะทางสุขภาพจิตไม่ได้แปลว่าเขาต้องเป็นคนบ้าหรือเป็นโรคจิตเสมอไป | 4.79 | 0.661 | มากที่สุด |
| รวม | 4.3429 | 0.55798 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 4.12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงมากที่สุด การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตจัดได้ว่าถูกต้อง ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ยโดยรวมของทุกข้อได้คะแนน 4.3429 และเมื่อพิจารณาในแต่ละข้อความพบว่า ข้อความ “ท่านรับรู้ว่ามีโรคทางจิตเวชมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้กับคนทุกคน อันเนื่องมาจากปัจจัยในสมอง, ประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม” มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้มากกว่าข้อความอื่น ๆ ส่วนข้อความการรับรู้ว่า “ในประเทศไทยมีสถานที่ใดบ้างที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตที่ท่านไปเข้าใช้บริการได้” มีค่าเฉลี่ยการรับรู้น้อยกว่าข้อความอื่น ๆ ทั้งหมด

4.1.4 ข้อมูลด้านทัศนคติ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านทัศนคติที่มีต่อผู้นำความคิดและบริการทางด้านสุขภาพจิตสามารถแจกแจงผลได้โดยใช้วิธีหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อความวัดทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้นำความคิด

| ข้อความวัดทัศนคติต่อด้านคุณลักษณะของผู้นำความคิด | Mean | S.D. | ระดับทัศนคติ |
|--|---------------|----------------|----------------|
| 1. ผู้นำความคิดเป็นผู้ที่มีความรู้ดี | 4.08 | 0.786 | เชิงบวก |
| 2. ผู้นำความคิดเป็นผู้มีประสบการณ์ / มีความเชี่ยวชาญ | 4.20 | 0.771 | เชิงบวก |
| 3. ผู้นำความคิดเป็นผู้มีทักษะการเขียน ที่ทำให้ท่านติดตาม น่าสนใจ น่าสนใจ | 4.17 | 0.827 | เชิงบวก |
| 4. ผู้นำความคิดทำให้ท่านรู้สึกว่ามีคนที่เข้าใจ | 4.13 | 0.923 | เชิงบวก |
| 5. ผู้นำความคิดเป็นแรงบันดาลใจให้ท่านค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจิตใจของตนเอง | 4.07 | 0.958 | เชิงบวก |
| 6. ผู้นำความคิดเป็นผู้ชี้แนะ ชักนำ ชักจูง และสั่งสอนมาลงมือได้ ซึ่งข้อมูลที่ถูกเผยแพร่อาจมีอคติได้ ทั้งทางบวกและลบ | 4.13 | 0.870 | เชิงบวก |
| 7. ผู้นำความคิดเป็นแรงบันดาลใจสำหรับท่านในการตัดสินใจไปเข้าใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต | 3.67 | 1.183 | เชิงบวก |
| รวม | 4.0629 | 0.62473 | เชิงบวก |

จากตาราง 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้นำความคิด โดยรวมมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.0629 ซึ่งแปลความหมายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับเชิงบวกต่อคุณลักษณะทางด้านผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อเนื้อหาสารของผู้นำความคิด

| ข้อความวัดทัศนคติต่อเนื้อหาของผู้นำความคิด | Mean | S.D. | ระดับทัศนคติ |
|---|--------|---------|----------------|
| 1. เนื้อหาที่เผยแพร่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง | 4.08 | 0.797 | เชิงบวก |
| 2. เนื้อหาที่เผยแพร่มีความจริงใจ, น่าเชื่อถือ | 4.16 | 0.736 | เชิงบวก |
| 3. เนื้อหาที่เผยแพร่เป็นที่พึงพิงได้ | 4.05 | 0.814 | เชิงบวก |
| 4. เนื้อหาที่เผยแพร่มีความถูกต้อง | 3.94 | 0.792 | เชิงบวก |
| 5. เนื้อหาสุขภาพจิตที่เผยแพร่จากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับท่าน | 3.87 | 0.999 | เชิงบวก |
| รวม | 4.0180 | 0.67455 | เชิงบวก |

จากตาราง 4.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อเนื้อหาที่ผู้นำความคิดเผยแพร่ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0180 ซึ่งหมายความว่าทัศนคติต่อเนื้อหาของผู้นำความคิดของกลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่ในระดับเชิงบวก

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อช่องทางในการติดต่อสื่อสารของผู้นำความคิด

| ข้อความวัดทัศนคติต่อช่องทางการสื่อสาร | Mean | S.D. | ระดับทัศนคติ |
|--|--------|---------|----------------|
| 1. เนื้อหาที่เผยแพร่โดยผู้นำความคิดในสื่อสังคมออนไลน์มีความน่าสนใจมากกว่าการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อหลัก (หนังสือพิมพ์, โทรทัศน์) | 4.20 | 0.907 | เชิงบวก |
| 2. ท่านพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้นำความคิดได้ง่าย สะดวก เข้าถึงเวลาไหนก็ได้ ผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ | 3.72 | 1.116 | เชิงบวก |
| 3. การติดตามผู้นำความคิดสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นเสมือนโลกส่วนตัวของท่าน | 3.74 | 1.180 | เชิงบวก |
| 4. ท่านชื่นชอบที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพราะไม่ต้องไปเจอหน้าใคร และรู้สึกมีความเป็นตัวของตัวเอง | 3.23 | 1.311 | กลาง |
| 5. ท่านมั่นใจว่าข้อมูลส่วนตัวต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับอย่างดี | 3.40 | 1.234 | กลาง |
| 6. สื่อสังคมออนไลน์ของผู้นำความคิดมีรูปภาพและสื่อประสมเนื้อหาต่าง ๆ ที่ทำให้ท่านมองเห็นและเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น | 4.15 | 0.837 | เชิงบวก |
| รวม | 3.7396 | 0.75170 | เชิงบวก |

จากตาราง 4.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อด้านช่องทางที่ใช้สื่อสารของผู้นำความคิด โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7369 ซึ่งจัดว่าทัศนคติอยู่ในระดับเชิงบวก

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการติดตามผู้นำความคิด

| ข้อความวัดทัศนคติจากการติดตามผู้นำความคิด | Mean | S.D. | ระดับทัศนคติ |
|--|--------|---------|------------------|
| 1. การติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ท่านมีมุมมองที่ถูกต้องต่ออาการทางจิต มีความเข้าใจในบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต | 4.27 | 0.818 | เชิงบวกมากที่สุด |
| 2. ท่านคิดว่าการติดตามผู้นำความคิดที่เผยแพร่เนื้อหาสุขภาพจิต ไม่ได้ทำให้ท่านถูกมองว่าเป็นคนโรคจิต หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต | 4.43 | 0.926 | เชิงบวกมากที่สุด |
| 3. ท่านได้ปลดปล่อยความคับข้องใจจากการติดตามผู้นำความคิดที่เผยแพร่เนื้อหาสุขภาพจิต | 3.62 | 1.131 | เชิงบวก |
| 4. การติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ท่านไม่รู้สึกรู้สึกแปลกแยกแตกต่างไปจากคนอื่น ๆ | 3.83 | 1.171 | เชิงบวก |
| 5. ข้อมูลที่เผยแพร่โดยผู้นำความคิดนั้นเหมาะกับท่าน และช่วยแก้ปัญหาให้ท่านได้ | 3.87 | 0.940 | เชิงบวก |
| 6. ท่านจะนำข้อมูลที่ได้จากผู้นำความคิดมาใช้แก้ปัญหาของตนในอนาคต | 4.11 | 0.884 | เชิงบวก |
| 7. ท่านมีความสุขทุกครั้งที่ได้อ่านข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในสื่อสังคมออนไลน์ | 3.82 | 0.953 | เชิงบวก |
| รวม | 3.9911 | 0.72560 | เชิงบวก |

จากตาราง 4.16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพจิตจากการติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.9911 โดยเป็นทัศนคติที่อยู่ในเชิงบวก

ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สรุปคะแนนเฉลี่ยโดยรวมจากทัศนคติทุกด้าน

| ด้าน | Mean | S.D. | ระดับทัศนคติ |
|--------------------------|--------|---------|----------------|
| คุณลักษณะของผู้นำความคิด | 4.0629 | 0.62473 | เชิงบวก |
| เนื้อหาที่เผยแพร่ | 4.0180 | 0.67455 | เชิงบวก |
| ช่องทางที่ใช้สื่อสาร | 3.7396 | 0.75170 | เชิงบวก |
| ผลจากการติดตาม | 3.9911 | 0.72560 | เชิงบวก |
| รวม | 3.9525 | 0.6925 | เชิงบวก |

จากตาราง 4.17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต จากทุกตัวแปรทั้ง 4 ด้าน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.9525 ซึ่งกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์และต่อบริการสุขภาพจิตอยู่ในระดับเชิงบวก

4.1.5 ข้อมูลด้านการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านการตัดสินใจใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตสามารถแจกแจงผลได้โดยใช้วิธีหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามที่ปรากฏในตาราง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.18 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรด้านการตัดสินใจใช้บริการของกลุ่มตัวอย่าง

| การตัดสินใจ | Mean | S.D. | ระดับการตัดสินใจ |
|---|-------------|---------------|---------------------|
| 1. ท่านมีการตัดสินใจใช้บริการกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างไร เมื่อกำลังเผชิญต่อสภาวะปัญหาทางด้านสุขภาพจิต | 4.69 | 0.584 | สูงมากที่สุด |
| 2. ท่านจะแนะนำให้คนใกล้ชิดของท่านเข้าใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตหรือไม่ เมื่อเขาประสบปัญหาด้านจิตใจ | 4.81 | 0.477 | สูงมากที่สุด |
| รวม | 4.75 | 0.5305 | สูงมากที่สุด |

จากตารางที่ 4.18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจใช้บริการและจะแนะนำให้คนใกล้ชิดให้เข้ารับบริการสุขภาพจิตตามที่ผู้นำความคิดเห็นเสนอ มีค่าเฉลี่ยรวมกันเท่ากับ 4.75 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับสูงมากที่สุด

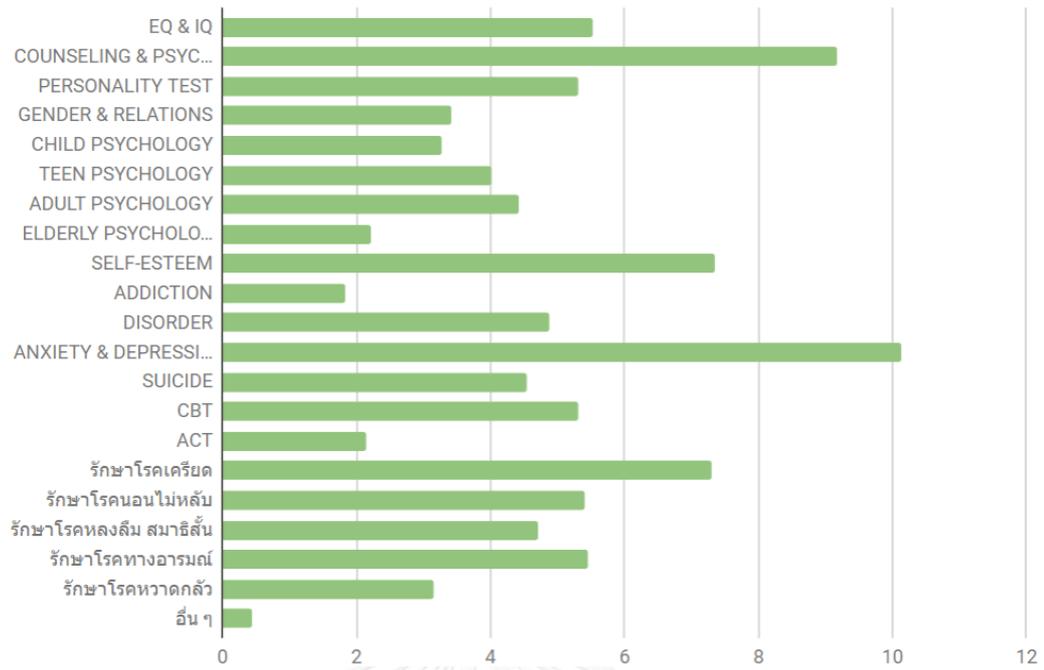
ตารางที่ 4.19 จำแนกประเภทของการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะใช้บริการ

| ประเภทบริการที่สนใจใช้บริการ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางปัญญา (EQ & IQ) | 147 | 5.52 |
| การปรึกษาปัญหาชีวิตและการทำจิตบำบัด (COUNSELING & PSYCHOTHERAPY) | 244 | 9.17 |
| การตรวจประเมินบุคลิกภาพ (PERSONALITY TEST) | 141 | 5.30 |
| เพศและความรักความสัมพันธ์ (GENDER & RELATIONS) | 91 | 3.42 |
| พัฒนาการเด็ก (CHILD PSYCHOLOGY) | 87 | 3.27 |
| พัฒนาการวัยรุ่น (TEEN PSYCHOLOGY) | 107 | 4.02 |
| จิตวิทยาพัฒนาการผู้ใหญ่ (ADULT PSYCHOLOGY) | 118 | 4.43 |
| จิตวิทยาพัฒนาการผู้สูงอายุ (ELDERLY PSYCHOLOGY) | 59 | 2.22 |
| ความภูมิใจในคุณค่าของตัวเอง (SELF-ESTEEM) | 196 | 7.36 |
| บำบัดอาการติด เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ เกมส์ การพนัน (ADDICTION) | 49 | 1.84 |

| ประเภทบริการที่สนใจใช้บริการ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| เข้าตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต (DISORDER) | 130 | 4.88 |
| ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (ANXIETY & DEPRESSION) | 270 | 10.14 |
| ป้องกันการฆ่าตัวตาย (SUICIDE) | 121 | 4.55 |
| การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) | 141 | 5.30 |
| การรักษาด้วยการยอมรับและการให้สัญญา (ACT) | 57 | 2.14 |
| รักษาโรคเครียด | 194 | 7.29 |
| รักษาโรคนอนไม่หลับ | 144 | 5.41 |
| รักษาโรคหลงลืม สมารถสั้น | 125 | 4.70 |
| รักษาโรคทางอารมณ์ | 145 | 5.45 |
| รักษาโรคหวาดกลัว | 84 | 3.16 |
| รักษาโรคอื่น ๆ | 12 | 0.45 |
| รวม | 2662 | 100.0 |

*เลือกตอบได้หลายคำตอบ

จากตารางที่ 4.19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจที่จะใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญ ในด้านการบำบัดรักษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.14 รองลงมาใกล้เคียงกับการขอรับปรึกษาปัญหาชีวิตและการทำจิตบำบัด คิดเป็นร้อยละ 9.17 รองลงมาคือ การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในคุณค่าของตน คิดเป็นร้อยละ 7.36 และการบำบัดรักษาโรคเครียด คิดเป็นร้อยละ 7.29 ตามลำดับ



แผนภาพที่ 4.11 แสดงค่าร้อยละของความสนใจใช้บริการสุขภาพจิตจำแนกตามประเภทของบริการ

4.2 การทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis Testing)

สมมติฐานที่ 1 ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย 6 ข้อ ดังนี้

- เพศที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- อายุที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- สถานภาพที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- อาชีพที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- รายได้ที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.20 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านเพศกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| เพศ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|------|------------|-----------|---------|--------|--------|
| ชาย | 141 | 3.2532 | 0.80963 | 15.550 | 0.000* |
| หญิง | 259 | 3.5672 | 0.73297 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.20 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีการเปิดรับเนื้อหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเพศหญิงมีการเปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 4.21 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอายุกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| อายุ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|----------------|------------|-----------|---------|-------|------|
| น้อยกว่า 21 ปี | 73 | 3.5945 | 0.76882 | 1.193 | .313 |
| 21 - 30 ปี | 172 | 3.4814 | 0.76311 | | |
| 31 - 40 ปี | 105 | 3.3562 | 0.74148 | | |
| 41 - 50 ปี | 43 | 3.3860 | 0.90989 | | |
| 51 ปีขึ้นไป | 7 | 3.3429 | 0.63733 | | |

จากตารางที่ 4.21 จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยสถิติ ANOVA พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีการเปิดรับเนื้อหาสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ อายุที่ต่างกัน จะมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.22 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามสถานภาพกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| สถานภาพ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|------------|------------|-----------|---------|-------|--------|
| โสด | 299 | 3.4796 | 0.75090 | 3.280 | 0.039* |
| สมรส | 91 | 3.3286 | 0.82695 | | |
| หม้าย/หย่า | 10 | 3.9300 | 0.81110 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.22 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยสถิติ ANOVA พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน เปิดรับเนื้อหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบว่ามีสถานภาพต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกันเป็นรายคู่ใดบ้าง ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีการทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพต่างกัน กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์

| สถานภาพ | โสด | สมรส | หม้าย/หย่า |
|------------|-----|-----------------|-------------------|
| โสด | - | 1.510 (.102) | -4.504 (.070) |
| สมรส | - | - | -6.014* (.020) |
| หม้าย/หย่า | - | - | - |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส กับ หม้าย/หย่า มีค่า Sig. เท่ากับ .020 หมายความว่า คนที่สมรสแล้ว กับ หม้าย/หย่า มีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิต แตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คนที่หม้าย/หย่า มีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตสูงกว่าคนที่มีสถานภาพสมรส

ตารางที่ 4.24 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามสถานภาพกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| ระดับการศึกษา | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|------------------|------------|-----------|---------|-------|--------|
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 3.5162 | 0.81049 | 3.866 | 0.022* |
| ปริญญาตรี | 240 | 3.5146 | 0.75279 | | |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 3.2609 | 0.77996 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.24 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยสถิติ ANOVA พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน เปิดรับเนื้อหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบว่าการศึกษาที่ต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกันเป็นรายคู่ใดบ้าง ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีการทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่างกัน กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์

| การศึกษา | ต่ำกว่าปริญญาตรี | ปริญญาตรี | สูงกว่าปริญญาตรี |
|------------------|------------------|----------------|------------------|
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | - | .016 (.988) | 2.553* (.039) |
| ปริญญาตรี | - | - | 2.537* (.007) |
| สูงกว่าปริญญาตรี | - | - | - |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

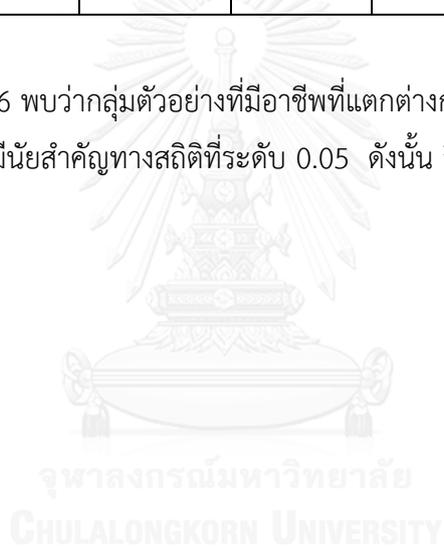
จากตารางที่ 4.25 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษิต่ำกว่าปริญญาตรี กับ สูงกว่าปริญญาตรี มีค่า Sig. เท่ากับ .039 หมายความว่าคนที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี กับ สูงกว่าปริญญาตรี มีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิต แตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คนมีการศึกษิต่ำกว่าปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี

กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี กับ สูงกว่าปริญญาตรี มีค่า Sig. เท่ากับ .007 หมายความว่าคนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี กับ สูงกว่าปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คนมีการศึกษาปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี

ตารางที่ 4.26 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามอาชีพกับการ
เปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| อาชีพ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------------------------|---------------|-----------|---------|-------|-------|
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/ฟรีแลนซ์ | 84 | 3.4107 | 0.73354 | 0.666 | 0.649 |
| รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 65 | 3.3554 | 0.89548 | | |
| พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 3.4471 | 0.68382 | | |
| นักเรียน / นิสิตนักศึกษา | 153 | 3.5366 | 0.79047 | | |
| เกษียณ/แม่บ้าน | 20 | 3.3700 | 0.68985 | | |
| อื่น ๆ | 10 | 3.5100 | 0.81982 | | |

จากตารางที่ 4.26 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกัน มีการเปิดรับเนื้อหาสุขภาพจิต
อย่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน



ตารางที่ 4.27 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามรายได้กับการ
เปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| รายได้ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|---------------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| ไม่เกิน 15,000 บาท | 188 | 3.5053 | 0.78241 | 1.311 | 0.258 |
| 15,001 - 30,000 บาท | 102 | 3.5127 | 0.76930 | | |
| 30,001 - 45,000 บาท | 51 | 3.3529 | 0.82809 | | |
| 45,001 - 60,000 บาท | 25 | 3.3960 | 0.77324 | | |
| 60,001 - 75,000 บาท | 9 | 3.4333 | 0.71589 | | |
| มากกว่า 75,000 บาท | 25 | 3.1400 | 0.59442 | | |

จากตารางที่ 4.27 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกันมีการเปิดรับเนื้อหาสุขภาพจิต
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่แตกต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย 6 ข้อ ได้แก่

- เพศที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- อายุที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- สถานภาพที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- อาชีพที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- รายได้ที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.28 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านเพศกับการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| เพศ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|------|------------|-----------|---------|--------|--------|
| ชาย | 141 | 4.1442 | 0.73860 | 29.596 | 0.000* |
| หญิง | 259 | 4.4511 | 0.39007 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.28 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีการรับรู้บริการสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ เพศหญิงมีการรับรู้บริการสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 4.29 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอายุ กับการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| อายุ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|----------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| น้อยกว่า 21 ปี | 73 | 4.3402 | 0.44763 | 0.174 | 0.952 |
| 21 - 30 ปี | 172 | 4.3324 | 0.60664 | | |
| 31 - 40 ปี | 105 | 4.3627 | 0.54043 | | |
| 41 - 50 ปี | 43 | 4.3643 | 0.57678 | | |
| 51 ปีขึ้นไป | 7 | 4.2024 | 0.61962 | | |

จากตารางที่ 4.29 พบว่าผู้ติดตามที่มีอายุแตกต่างกันมีการเปิดรับรับรู้บริการทางด้านสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในความแตกต่างด้านอายุ กับการรับรู้

ตารางที่ 4.30 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านสถานภาพกับการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| สถานภาพ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| โสด | 299 | 4.3481 | 0.54482 | 1.071 | 0.344 |
| สมรส | 91 | 4.3013 | 0.61070 | | |
| หม้าย/หย่า | 10 | 4.5667 | 0.41351 | | |

จากตารางที่ 4.30 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพแตกต่างกันมีการรับรู้บริการสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.31 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามระดับการศึกษากับการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| ระดับการศึกษา | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|------------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 4.2267 | 0.67805 | 1.875 | 0.155 |
| ปริญญาตรี | 240 | 4.3587 | 0.54820 | | |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 4.3877 | 0.47390 | | |

จากตารางที่ 4.31 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการรับรู้บริการสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.32 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอาชีพกับการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| อาชีพ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------------------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/ฟรีแลนซ์ | 84 | 4.3155 | 0.62790 | 1.291 | 0.267 |
| รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 65 | 4.4526 | 0.59164 | | |
| พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 4.2855 | 0.53414 | | |
| นักเรียน / นิสิตนักศึกษา | 153 | 4.3230 | 0.54765 | | |
| เกษียณ/แม่บ้าน | 20 | 4.3042 | 0.29528 | | |
| อื่น ๆ | 10 | 4.6333 | 0.28653 | | |

จากตารางที่ 4.32 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกันมีการรับรู้บริการสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.33 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านรายได้กับการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

| รายได้ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|---------------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| ไม่เกิน 15,000 บาท | 188 | 4.3267 | 0.56202 | 0.455 | 0.810 |
| 15,001 - 30,000 บาท | 102 | 4.3154 | 0.57192 | | |
| 30,001 - 45,000 บาท | 51 | 4.4428 | 0.45810 | | |
| 45,001 - 60,000 บาท | 25 | 4.3500 | 0.56928 | | |
| 60,001 - 75,000 บาท | 9 | 4.2870 | 0.51050 | | |
| มากกว่า 75,000 บาท | 25 | 4.3867 | 0.67866 | | |

จากตารางที่ 4.33 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกัน มีการรับรู้บริการสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย 6 ข้อ ได้แก่

- เพศที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- อายุที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- สถานภาพที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- อาชีพที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน
- รายได้ที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.34 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านเพศ กับทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต

| ทัศนคติ | เพศ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|--------------------|------|------------|-----------|---------|-------|--------|
| 1. ผู้นำความคิด | ชาย | 141 | 3.9321 | 0.71807 | 9.746 | 0.002* |
| | หญิง | 259 | 4.1340 | 0.55621 | | |
| 2. เนื้อหา | ชาย | 141 | 3.8766 | 0.72256 | 9.780 | 0.002* |
| | หญิง | 259 | 4.0950 | 0.63522 | | |
| 3. ช่องทางสื่อสาร | ชาย | 141 | 3.6454 | 0.82372 | 3.440 | 0.064 |
| | หญิง | 259 | 3.7909 | 0.70583 | | |
| 4. บริการสุขภาพจิต | ชาย | 141 | 3.8592 | 0.82966 | 7.310 | 0.007* |
| | หญิง | 259 | 4.0629 | 0.65271 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.34 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติที่แตกต่างกันใน 3 ด้าน ได้แก่ ผู้นำความคิด, เนื้อหา และบริการ โดยเพศหญิงมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต มากกว่าเพศชายใน 3 ด้าน แต่พบว่ามีเพียงทัศนคติต่อช่องทางการสื่อสารของผู้นำความคิดที่ไม่ได้มีความแตกต่างกันกับเพศ

ตารางที่ 4.35 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอายุ กับทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต

| ทัศนคติ | อายุ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|----------------------|---------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| 1. ผู้นำความคิด | ต่ำกว่า 21 ปี | 73 | 4.0391 | 0.67354 | 0.247 | 0.912 |
| | 21-30 ปี | 172 | 4.0399 | 0.61183 | | |
| | 31-40 ปี | 105 | 4.1102 | 0.58408 | | |
| | 41-50 ปี | 43 | 4.0831 | 0.71648 | | |
| | มากกว่า 50 ปี | 7 | 4.0408 | 0.51977 | | |
| 2. เนื้อหา | ต่ำกว่า 21 ปี | 73 | 3.9781 | 0.69806 | 0.233 | 0.920 |
| | 21-30 ปี | 172 | 4.0058 | 0.68652 | | |
| | 31-40 ปี | 105 | 4.0381 | 0.64157 | | |
| | 41-50 ปี | 43 | 4.0605 | 0.68527 | | |
| | มากกว่า 50 ปี | 7 | 4.1714 | 0.69693 | | |
| 3. ช่องทางการสื่อสาร | ต่ำกว่า 21 ปี | 73 | 3.6963 | 0.73037 | 0.160 | 0.958 |
| | 21-30 ปี | 172 | 3.7626 | 0.75295 | | |
| | 31-40 ปี | 105 | 3.7143 | 0.80254 | | |
| | 41-50 ปี | 43 | 3.7752 | 0.70325 | | |
| | มากกว่า 50 ปี | 7 | 3.7857 | 0.57505 | | |
| 4. บริการสุขภาพจิต | ต่ำกว่า 21 ปี | 73 | 4.0665 | 0.76045 | 0.315 | 0.868 |
| | 21-30 ปี | 172 | 3.9892 | 0.69695 | | |
| | 31-40 ปี | 105 | 3.9660 | 0.72533 | | |
| | 41-50 ปี | 43 | 3.9535 | 0.80313 | | |
| | มากกว่า 50 ปี | 7 | 3.8571 | 0.69498 | | |

จากตารางที่ 4.35 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติไม่แตกต่างกันเลย ทั้งต่อผู้นำความคิด เนื้อหา ช่องทางการสื่อสาร และบริการสุขภาพจิต จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.36 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามสถานภาพกับทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต

| ทัศนคติ | สถานภาพ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|---------------------|------------|---------------|-----------|---------|-------|-------|
| 1.ผู้นำความคิด | โสด | 299 | 4.0315 | 0.64535 | 2.163 | 0.116 |
| | สมรส | 91 | 4.1319 | 0.56834 | | |
| | หม้าย/หย่า | 10 | 4.3714 | 0.31007 | | |
| 2.เนื้อหา | โสด | 299 | 3.9886 | 0.69457 | 1.347 | 0.116 |
| | สมรส | 91 | 4.0901 | 0.61843 | | |
| | หม้าย/หย่า | 10 | 4.2400 | 0.48808 | | |
| 3.ช่องทางการสื่อสาร | โสด | 299 | 3.7414 | 0.76802 | 1.571 | 0.209 |
| | สมรส | 91 | 3.6905 | 0.70342 | | |
| | หม้าย/หย่า | 10 | 4.1333 | 0.61262 | | |
| 4.บริการสุขภาพจิต | โสด | 299 | 3.9938 | 0.73816 | 1.603 | 0.203 |
| | สมรส | 91 | 3.9403 | 0.69955 | | |
| | หม้าย/หย่า | 10 | 4.3714 | 0.46754 | | |

จากตารางที่ 4.36 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดไม่แตกต่างกัน, มีทัศนคติต่อเนื้อหาไม่แตกต่างกัน, มีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และมีทัศนคติต่อช่องทางการสื่อสารไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.37 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามระดับการศึกษากับทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต

| ทัศนคติ | ระดับการศึกษา | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|---------------------|------------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| 1.ผู้นำความคิด | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 4.0441 | 0.76005 | 0.062 | 0.940 |
| | ปริญญาตรี | 240 | 4.0619 | 0.57744 | | |
| | สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 4.0792 | 0.64006 | | |
| 2.เนื้อหา | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 4.0471 | 0.72327 | 0.302 | 0.739 |
| | ปริญญาตรี | 240 | 4.0275 | 0.66225 | | |
| | สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 3.9717 | 0.67455 | | |
| 3.ช่องทางการสื่อสาร | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 3.7377 | 0.78296 | 0.697 | 0.499 |
| | ปริญญาตรี | 240 | 3.7701 | 0.73361 | | |
| | สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 3.6612 | 0.77721 | | |
| 4.การติดตาม | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 4.0714 | 0.84299 | 2.415 | 0.091 |
| | ปริญญาตรี | 240 | 4.0226 | 0.68754 | | |
| | สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 3.8494 | 0.71831 | | |

จากตารางที่ 4.37 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดไม่แตกต่างกัน, มีทัศนคติต่อเนื้อหาไม่แตกต่างกัน, มีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และมีทัศนคติต่อช่องทางการสื่อสารไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.38 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอาชีพกับทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต

| ทัศนคติ | อาชีพ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------------|--------------------------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| 1. ผู้นำความคิด | ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 84 | 4.0663 | 0.62701 | 1.175 | 0.321 |
| | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 65 | 4.1495 | 0.60051 | | |
| | พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 4.0420 | 0.62199 | | |
| | นักเรียน / นิสิตนักศึกษา | 153 | 3.9972 | 0.65496 | | |
| | เกษียณ / แม่บ้าน | 20 | 4.2857 | 0.43231 | | |
| | อื่น ๆ | 10 | 4.1714 | 0.58243 | | |
| 2. เนื้อหา | ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 84 | 4.0000 | 0.67235 | 1.914 | 0.091 |
| | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 65 | 4.0308 | 0.66636 | | |
| | พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 3.9971 | 0.57354 | | |
| | นักเรียน / นิสิตนักศึกษา | 153 | 3.9660 | 0.71957 | | |
| | เกษียณ / แม่บ้าน | 20 | 4.4400 | 0.60035 | | |
| | อื่น ๆ | 10 | 4.1800 | 0.64256 | | |
| 3. ช่องทางสื่อสาร | ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 84 | 3.7738 | 0.72193 | 0.633 | 0.675 |
| | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 65 | 3.7821 | 0.82964 | | |
| | พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 3.7353 | 0.76362 | | |
| | นักเรียน / นิสิตนักศึกษา | 153 | 3.6841 | 0.75077 | | |
| | เกษียณ/แม่บ้าน | 20 | 3.9583 | 0.63723 | | |
| | อื่น ๆ | 10 | 3.6167 | 0.65758 | | |
| 4. การติดตาม | ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 84 | 3.9014 | 0.73414 | 0.772 | 0.570 |
| | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 65 | 4.0571 | 0.72834 | | |
| | พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 3.9769 | 0.65888 | | |
| | นักเรียน / นิสิตนักศึกษา | 153 | 3.9897 | 0.75808 | | |
| | เกษียณ/แม่บ้าน | 20 | 4.2214 | 0.57606 | | |
| | อื่น ๆ | 10 | 3.9714 | 0.85661 | | |

จากตารางที่ 4.38 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดไม่แตกต่างกัน, มีทัศนคติต่อเนื้อหาไม่แตกต่างกัน, มีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และมีทัศนคติต่อช่องทางการสื่อสารไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.39 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านรายได้กับทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต

| ทัศนคติ | รายได้ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|---------------------|-------------------|------------|-----------|---------|-------|--------|
| 1.ผู้นำความคิด | ไม่เกิน 15000 บาท | 188 | 4.0220 | 0.65645 | 0.550 | 0.739 |
| | 15001-30000 บาท | 102 | 4.1373 | 0.58641 | | |
| | 30001-45000 บาท | 51 | 4.0364 | 0.55758 | | |
| | 45001-60000 บาท | 25 | 4.0400 | 0.65403 | | |
| | 60001-75000 บาท | 9 | 4.1746 | 0.56142 | | |
| | 75001 บาทขึ้นไป | 25 | 4.1029 | 0.67703 | | |
| 2.เนื้อหา | ไม่เกิน 15000 บาท | 188 | 4.0138 | 0.70204 | 1.429 | 0.213 |
| | 15001-30000 บาท | 102 | 4.1176 | 0.64691 | | |
| | 30001-45000 บาท | 51 | 3.8980 | 0.68862 | | |
| | 45001-60000 บาท | 25 | 3.8160 | 0.66813 | | |
| | 60001-75000 บาท | 9 | 4.2444 | 0.70553 | | |
| | 75001 บาทขึ้นไป | 25 | 4.0080 | 0.47777 | | |
| 3.ช่องทางการสื่อสาร | ไม่เกิน 15000 บาท | 188 | 3.7589 | 0.75037 | 1.050 | 0.388 |
| | 15001-30000 บาท | 102 | 3.7908 | 0.77845 | | |
| | 30001-45000 บาท | 51 | 3.6013 | 0.78037 | | |
| | 45001-60000 บาท | 25 | 3.6667 | 0.79203 | | |
| | 60001-75000 บาท | 9 | 4.0926 | 0.66725 | | |
| | 75001 บาทขึ้นไป | 25 | 3.6133 | 0.53731 | | |
| 4.บริการสุขภาพจิต | ไม่เกิน 15000 บาท | 188 | 4.0274 | 0.73760 | 3.479 | 0.004* |
| | 15001-30000 บาท | 102 | 4.1513 | 0.62958 | | |
| | 30001-45000 บาท | 51 | 3.7759 | 0.78624 | | |

| ทัศนคติ | รายได้ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|---------|-----------------|------------|-----------|---------|---|------|
| | 45001-60000 บาท | 25 | 3.7143 | 0.82479 | | |
| | 60001-75000 บาท | 9 | 4.1111 | 0.80742 | | |
| | 75001 บาทขึ้นไป | 25 | 3.7371 | 0.53877 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.39 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยสถิติ ANOVA พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดไม่แตกต่างกัน, มีทัศนคติต่อเนื้อหาไม่แตกต่างกัน, มีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

เพื่อให้ทราบว่ารายได้แตกต่างกันมีการทัศนคติต่อการบริการสุขภาพจิตที่ได้รับข้อมูลมาจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกันเป็นรายคู่ใดบ้าง ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีการทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 4.40

ตารางที่ 4.40 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน กับ ทัศนคติต่อการบริการด้านสุขภาพจิตที่ได้รับจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์

| รายได้ | ไม่เกิน 15000 บาท | 15001-30000 บาท | 30001-45000 บาท | 45001-60000 บาท | 60001-75000 บาท | 75001 บาทขึ้นไป |
|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| ไม่เกิน 15000 บาท | - | -0.86733 (.159) | 1.76012* (.026) | 2.19149* (.040) | -0.58629 (.731) | 2.03149 (.057) |
| 15001-30000 บาท | - | - | 2.62745* (.002) | 3.05882* (.006) | .28105 (.872) | 2.89882* (.010) |
| 30001-45000 บาท | - | - | - | .43137 (.724) | -2.34641 (.195) | .27137 (.824) |
| 45001-60000 บาท | - | - | - | - | -2.77778 (.154) | -1.6000 (.910) |
| 60001-75000 บาท | - | - | - | - | - | 2.61778 (.179) |
| 75001 บาทขึ้นไป | - | - | - | - | - | - |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.40 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เกิน 15000 บาท และรายได้ 30001-45000 บาท มีค่า Sig. เท่ากับ .026 หมายความว่า กลุ่มที่รายได้ไม่เกิน 15000 บาท และรายได้ 30001-45000 บาท มีทัศนคติต่อบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เกิน 15000 บาท มีระดับทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตดีกว่าคนที่มียาได้ 30001-45000 บาท

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เกิน 15000 บาท และรายได้ 45001-60000 บาท มีค่า Sig. เท่ากับ .040 หมายความว่ากลุ่มที่รายได้ไม่เกิน 15000 บาท และรายได้ 45001-60000 บาท มีทัศนคติต่อบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เกิน 15000 บาท มีทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตดีกว่าคนที่มียาได้ 45001-60000 บาท

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15001-30000 บาท และรายได้ 30001-45000 บาท มีค่า Sig. เท่ากับ .002 หมายความว่ากลุ่มที่รายได้ 15001-30000 บาท และรายได้ 30001-45000 บาท มีทัศนคติต่อบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15001-30000 บาท มีทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตดีกว่าคนที่มียาได้ 30001-45000 บาท

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15001-30000 บาท และรายได้ 45001-60000 บาท มีค่า Sig. เท่ากับ .006 หมายความว่ากลุ่มที่รายได้ 15001-30000 บาท และรายได้ 45001-60000 บาท มีทัศนคติต่อบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15001-30000 บาท มีทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตดีกว่าคนที่มียาได้ 45001-60000 บาท

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15001-30000 บาท และรายได้ 75001 บาทขึ้นไป มีค่า Sig. เท่ากับ .010 หมายความว่ากลุ่มที่รายได้ 15001-30000 บาท และรายได้ 75001 บาทขึ้นไป มีทัศนคติต่อบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15001-30000 บาท มีทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตดีกว่าคนที่มียาได้ 75001 บาทขึ้นไป

สมมติฐานที่ 4 ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย 6 ข้อ ได้แก่

- เพศที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่ต่างกัน
- อายุที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่ต่างกัน
- สถานภาพที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่ต่างกัน
- ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่ต่างกัน
- อาชีพที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่ต่างกัน
- รายได้ที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่ต่างกัน

ตารางที่ 4.41 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านเพศ กับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

| การตัดสินใจ | เพศ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------|------|------------|-----------|------|--------|-------|
| 1.ใช้บริการ | ชาย | 141 | 4.74 | .530 | 1.766 | .185 |
| | หญิง | 259 | 4.66 | .611 | | |
| 2.แนะนำ | ชาย | 141 | 4.67 | .581 | 21.357 | .000* |
| | หญิง | 259 | 4.89 | .389 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.41 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศแตกต่างกันมีการตัดสินใจใช้บริการไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

แต่กลุ่มตัวอย่างเพศที่ต่างกันั้นมีการแนะนำบริการสุขภาพจิตที่ต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ เพศหญิงมีการแนะนำคนใกล้ชิดให้ไปใช้บริการสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 4.42 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านอายุกับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

| การตัดสินใจ | อายุ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------|---------------|------------|-----------|------|-------|-------|
| 1.ใช้บริการ | ต่ำกว่า 21 ปี | 73 | 4.68 | .598 | .835 | .503 |
| | 21-30 ปี | 172 | 4.70 | .540 | | |
| | 31-40 ปี | 105 | 4.61 | .658 | | |
| | 41-50 ปี | 43 | 4.79 | .514 | | |
| | มากกว่า 50 ปี | 7 | 4.71 | .756 | | |
| 2.แนะนำ | ต่ำกว่า 21 ปี | 73 | 4.85 | .397 | 4.885 | .001* |
| | 21-30 ปี | 172 | 4.84 | .451 | | |
| | 31-40 ปี | 105 | 4.84 | .441 | | |
| | 41-50 ปี | 43 | 4.67 | .606 | | |
| | มากกว่า 50 ปี | 7 | 4.14 | .900 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.42 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยสถิติ ANOVA พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีการตัดสินใจต่อการเข้ารับบริการไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่กลุ่มอายุที่ต่างกันมีการแนะนำการเข้ารับบริการที่ต่างกัน ดังนั้น เพื่อให้ทราบว่าอายุที่ต่างกันมีการแนะนำบริการสุขภาพจิตแตกต่างกันเป็นรายคู่ใดบ้าง ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีการทดสอบแบบ Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 4.43

ตารางที่ 4.43 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน กับการแนะนำบริการด้านสุขภาพจิตที่ได้รับจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์

| อายุ | ต่ำกว่า 21 ปี | 21-30 ปี | 31-40 ปี | 41-50 ปี | มากกว่า 50 ปี |
|---------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| ต่ำกว่า 21 ปี | - | .006 (.923) | .011 (.875) | .175 (.053) | .706* (.000) |
| 21-30 ปี | - | - | .005 (.932) | .169* (.035) | .700* (.000) |
| 31-40 ปี | - | - | - | .164 (.054) | .695* (.000) |
| 41-50 ปี | - | - | - | - | .532* (.006) |
| มากกว่า 50 ปี | - | - | - | - | - |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.43 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีค่า Sig. เท่ากับ .000 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีการตัดสินใจแนะนำบริการด้านสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จักแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 41-50 ปี มีค่า Sig. เท่ากับ .035 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 41-50 ปี มีการแนะนำบริการด้านสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จักแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุ 41-50 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีค่า Sig. เท่ากับ .000 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีการตัดสินใจแนะนำบริการด้านสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จักแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีค่า Sig. เท่ากับ .000 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีการตัดสินใจ

แนะนำบริการด้านสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จักแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-50 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีค่า Sig. เท่ากับ .006 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-50 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีการตัดสินใจแนะนำบริการด้านสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จักแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-50 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4.44 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านสถานภาพกับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

| การตัดสินใจ | สถานภาพ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------|------------|------------|-----------|------|-------|------|
| 1.ใช้บริการ | โสด | 299 | 4.68 | .576 | 2.542 | .080 |
| | สมรส | 91 | 4.74 | .574 | | |
| | หม้าย/หย่า | 10 | 4.30 | .823 | | |
| 2.แนะนำ | โสด | 299 | 4.84 | .427 | 2.009 | .135 |
| | สมรส | 91 | 4.73 | .598 | | |
| | หม้าย/หย่า | 10 | 4.80 | .632 | | |

จากตารางที่ 4.44 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีการตัดสินใจใช้บริการและการแนะนำบริการให้แก่คนรู้จัก ไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.45 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านการศึกษากับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

| การตัดสินใจ | การศึกษา | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------|------------------|------------|-----------|------|------|------|
| 1.ใช้บริการ | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 4.72 | .569 | .854 | .427 |
| | ปริญญาตรี | 240 | 4.65 | .615 | | |
| | สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 4.74 | .511 | | |
| 2.แนะนำ | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 68 | 4.79 | .475 | .100 | .905 |
| | ปริญญาตรี | 240 | 4.82 | .481 | | |
| | สูงกว่าปริญญาตรี | 92 | 4.80 | .474 | | |

จากตารางที่ 4.45 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีการตัดสินใจใช้บริการไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และมีการแนะนำบริการที่ไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.46 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามอาชีพกับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

| การตัดสินใจ | อาชีพ | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------|-------------------------------|------------|-----------|------|-------|------|
| 1.ใช้บริการ | ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/ฟรีแลนซ์ | 84 | 4.60 | .696 | .675 | .643 |
| | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 65 | 4.75 | .501 | | |
| | พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 4.72 | .595 | | |
| | นักเรียน/นักศึกษา | 153 | 4.69 | .553 | | |
| | เกษียณอายุ/แม่บ้าน | 20 | 4.70 | .470 | | |
| | อื่น ๆ | 10 | 4.60 | .699 | | |
| 2.แนะนำ | ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/ฟรีแลนซ์ | 84 | 4.83 | .461 | 1.668 | .141 |
| | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 65 | 4.78 | .515 | | |
| | พนักงานบริษัทเอกชน | 68 | 4.81 | .496 | | |
| | นักเรียน/นักศึกษา | 153 | 4.86 | .404 | | |
| | เกษียณอายุ/แม่บ้าน | 20 | 4.55 | .686 | | |
| | อื่น ๆ | 10 | 4.70 | .675 | | |

จากตารางที่ 4.46 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพที่แตกต่างกัน มีการตัดสินใจใช้บริการไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และมีการแนะนำบริการที่ไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 4.47 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรจำแนกตามด้านรายได้กับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

| การตัดสินใจ | รายได้ (บาท) | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | F | Sig. |
|-------------|---------------|------------|-----------|------|------|------|
| 1.ใช้บริการ | ไม่เกิน 15000 | 188 | 4.66 | .586 | .189 | .967 |
| | 15001-30000 | 102 | 4.72 | .603 | | |
| | 30001-45000 | 51 | 4.69 | .547 | | |
| | 45001-60000 | 25 | 4.72 | .542 | | |
| | 60001-75000 | 9 | 4.78 | .667 | | |
| | 75001 ขึ้นไป | 25 | 4.68 | .627 | | |
| 2.แนะนำ | ไม่เกิน 15000 | 188 | 4.80 | .487 | .759 | .580 |
| | 15001-30000 | 102 | 4.87 | .390 | | |
| | 30001-45000 | 51 | 4.82 | .478 | | |
| | 45001-60000 | 25 | 4.80 | .500 | | |
| | 60001-75000 | 9 | 4.78 | .441 | | |
| | 75001 ขึ้นไป | 25 | 4.68 | .690 | | |

จากตารางที่ 4.47 จากการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่แตกต่างกัน มีการตัดสินใจใช้บริการไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และมีการแนะนำบริการที่ไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 5 การเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตของประชาชน

โดยสมมติฐานย่อย 3 ข้อ ได้แก่

- การเปิดรับผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่งผลต่อการตัดสินใจและแนะนำให้คนรู้จักใช้บริการสุขภาพจิตมากที่สุด

- การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ส่งผลต่อการตัดสินใจและแนะนำให้คนรู้จักใช้บริการสุขภาพจิตมากที่สุด
- ทักษะติดต่อผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่งผลต่อการตัดสินใจและแนะนำให้คนรู้จักไปเข้ารับบริการมากที่สุด

ในการวิเคราะห์ส่วนนี้ใช้การคำนวณทางสถิติด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามจำนวน 1 ตัว และตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ในสมมติฐานข้อที่ 5 นี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด การรับรู้ข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด ทักษะติดต่อผู้นำความคิด และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต ดังปรากฏผลการทดสอบสมมติฐานในตารางที่ 4.48

ตารางที่ 4.48 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

| ตัวแปรอิสระ | ค่าสัมประสิทธิ์ | | | |
|--|-----------------|------|------|-------|
| | B | S.E. | Beta | Sig. |
| การเปิดรับ | .001 | .006 | .011 | .845 |
| การรับรู้ | .024 | .006 | .213 | .000* |
| ทักษะคติ | .002 | .003 | .036 | .523 |
| $R^2 = .047 / S.E.E. = .747 / F = 7.604$ | | | | |

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.48 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณพบว่า มีตัวแปรอิสระที่อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมตัดสินใจใช้บริการ โดยผลพบว่า การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตจากผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเป็นไปตามสมมติฐานเพียงข้อย่อยเดียว ขณะที่ในด้านการเปิดรับ และด้านทักษะคติ ไม่ได้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงมีสองข้อย่อยที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อการรับรู้ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้าใช้บริการ” ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการตัดสินใจเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิต
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรต่างกัน จะมีความแตกต่างด้านการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการตัดสินใจเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิต
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ ต่อการตัดสินใจในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิต

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 400 คน เป็นกลุ่มผู้ใช้งานเฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ที่ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจะต้องติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป และต้องเห็นโพสต์/ทวิตของผู้นำความคิดกลุ่มนี้ภายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในการติดต่อสื่อสารและเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด โดยเป็นเพศหญิงมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 21 – 30 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ 31 – 40 ปี สถานภาพโสดมากที่สุด รองลงมาคือสมรสแล้ว เป็นนักเรียน นักศึกษามากที่สุด รองลงมาประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย/ฟรีแลนซ์ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด รองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี รายได้ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน มีมากที่สุด รองลงมาคือ รายได้ 15,001 – 30,000 บาทต่อเดือน

5.1.2 พฤติกรรมการเปิดรับผู้นำความคิดสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการเปิดรับมากกว่า 2 ปี มีมากที่สุด โดยเปิดรับเป็นประจำทุกวัน ในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่มากกว่า 30 นาทีต่อวัน โดยเลือกติดตามผู้นำความคิด เพชบุ๊กเพจ Psychologist Café มากที่สุด รองลงมา ใกล้เคียงกับเพชบุ๊กเพจสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย รองลงมาคือเพชบุ๊กเพจเข็นเด็กขึ้นภูเขา ตามลำดับ สำหรับเนื้อหาที่ได้รับนิยมนอกจากกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ จิตวิทยาพัฒนาตนเอง รองลงมาคือจิตวิทยาความรักความสัมพันธ์ และจิตวิทยาที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายในสังคมตามลำดับ

5.1.3 การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์

ผลการวิจัยจากแบบประเมินการรับรู้ทั้ง 12 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดโดยรวมในระดับสูงมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นว่า “โรคทางจิตเวชมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับคนทุกคน อันเนื่องมาจากปัจจัยในสมอง, ประสบการณ์ที่กระทบจิตใจ และสิ่งแวดล้อม” ซึ่งค่าเฉลี่ยยังใกล้เคียงกับการรับรู้ที่ “ผู้ที่ไปเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลจิตเวชไม่ได้แปลว่าเขาต้องเป็นคนบ้าหรือโรคจิตเสมอไป” รองลงมา คือการรับรู้ที่ “โรคทางจิตเวชเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นที่จะต้องให้ความสนใจที่จะไปเข้ารับการรักษา” ตามลำดับ

5.1.4 ทักษะติดต่อผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์และบริการสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะติดต่อผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ทั้งในแง่การเป็นผู้ส่งสารของผู้นำความคิด เนื้อหาสารของผู้นำความคิด ช่องทางการสื่อสารของผู้คิดความคิด และผลจากการติดตามผู้นำความคิด โดยรวมทักษะติดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเชิงบวก

5.1.5 พฤติกรรมการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจใช้บริการอยู่ในระดับสูงมาก รวมถึงมีพฤติกรรมการบอกกล่าวหรือแนะนำให้คนใกล้ชิดได้ไปใช้บริการสุขภาพจิตตามที่ผู้นำความคิดได้นำเสนอไว้ในระดับสูงมากด้วยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตมีแนวโน้มจะใช้บริการมาก

5.1.6 การตรวจสอบสมมติฐาน

- **สมมติฐานข้อที่ 1** ลักษณะประชากรที่ต่างกัน มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดต่างกัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับการเปิดรับจากกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า

- 1.1 เพศที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน
- 1.2 อายุที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
- 1.3 สถานภาพที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
- 1.4 การศึกษาที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างระดับปริญญาตรี เปิดรับมากกว่ากลุ่มต่ำกว่าปริญญาตรีและกลุ่มสูงกว่าปริญญาตรี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน
- 1.5 อาชีพที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
- 1.6 รายได้ที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

- **สมมติฐานข้อที่ 2** ลักษณะประชากรที่ต่างกัน มีการรับรู้ข้อมูลการใช้บริการด้านสุขภาพจิตต่างกัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับการรับรู้จากกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า

- 2.1 เพศที่แตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย
- 2.2 อายุที่แตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
- 2.3 สถานภาพที่แตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

2.4 การศึกษาที่แตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

2.5 อาชีพที่แตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

2.6 รายได้ที่แตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

- **สมมติฐานข้อที่ 3** ลักษณะประชากรที่ต่างกัน มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตต่างกัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานด้านทัศนคติจากกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า

3.1 เพศที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิด เนื้อหาของสาร และการตีความสารที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเพศหญิงมีทัศนคติเชิงบวกกว่าเพศชาย แต่ไม่มีความต่างในด้านทัศนคติที่มีต่อช่องทางที่ผู้นำความคิดใช้สื่อสาร

3.2 อายุที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดโดยรวมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

3.3 สถานภาพที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดโดยรวมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

3.4 การศึกษาที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดโดยรวมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

3.5 อาชีพที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดโดยรวมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

3.6 รายได้ที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดโดยรวมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

- **สมมติฐานข้อที่ 4** ลักษณะประชากรที่ต่างกัน มีการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตต่างกัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานด้านการตัดสินใจจากกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า

- 4.1 เพศที่แตกต่างกัน มีการตัดสินใจใช้บริการไม่แตกต่างกัน แต่มีการบอกต่อแนะนำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเพศหญิงมีการแนะนำมากกว่าเพศชาย
- 4.2 อายุที่แตกต่างกัน มีการตัดสินใจใช้บริการไม่แตกต่างกัน แต่มีการบอกต่อแนะนำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยคนอายุน้อยมีการแนะนำในระดับสูงกว่าคนที่มียุมาก
- 4.3 สถานภาพที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดโดยรวมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
- 4.4 การศึกษาที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดโดยรวมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
- 4.5 อาชีพที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดโดยรวมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
- 4.6 รายได้ที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดแตกต่างกันในด้านการตีความสาร ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีความแตกต่างต่อตัวผู้นำความคิด เนื้อหาสาร และช่องทางการสื่อสาร

สมมติฐานข้อที่ 5 การเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตของประชาชน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า

- การเปิดรับผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน
- การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตมากที่สุด จึงเป็นไปตามสมมติฐาน
- ทัศนคติต่อผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพจิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ทั้งนี้ จากการทดสอบสมมติฐานทั้ง 5 ข้อข้างต้น ผู้วิจัยได้แจกแจงผลออกมาในรูปแบบตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.1 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานในด้านความแตกต่างทางลักษณะประชากร

| ลักษณะประชากร | การเปิดรับ | การรับรู้ | ทัศนคติ | | | | การตัดสินใจ | |
|---------------|------------|-----------|--------------|------------|---------|-----------------|-------------|-------|
| | | | ผู้นำความคิด | เนื้อหาสาร | ช่องทาง | บริการสุขภาพจิต | ใช้ | แนะนำ |
| เพศ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | × | ✓ | × | ✓ |
| อายุ | × | × | × | × | × | × | × | ✓ |
| สถานภาพ | × | × | × | × | × | × | × | × |
| การศึกษา | ✓ | × | × | × | × | × | × | × |
| อาชีพ | × | × | × | × | × | × | × | × |
| รายได้ | × | × | × | × | × | ✓ | × | × |

ความหมายของสัญลักษณ์: ✓ หมายถึง เป็นไปตามสมมติฐาน, × หมายถึง ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 5.2 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานด้านความมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

| อิทธิพลจากผู้นำความคิด | การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต |
|------------------------|-------------------------------|
| การเปิดรับ | × |
| การรับรู้ | ✓ |
| ทัศนคติ | × |

ความหมายของสัญลักษณ์: ✓ หมายถึง เป็นไปตามสมมติฐาน, × หมายถึง ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้างต้น เรื่อง “อิทธิพลของผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อการรับรู้ทัศนคติ และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต” ผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะทางประชากรของผู้ติดตามหรือผู้รับสาร การเปิดรับข่าวสารจากผู้นำความคิด การรับรู้บริการสุขภาพจิต ทัศนคติที่มีต่อผู้นำความคิด และการตัดสินใจใช้บริการ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

5.2.1 การวิเคราะห์ผู้รับสาร

การวิเคราะห์ผู้รับสารเป็นสิ่งที่ผู้ส่งสารพึงให้ความสำคัญ เพื่อจะทำให้ผู้ส่งสารสามารถเตรียมเนื้อหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถวางหาวิธีการต่าง ๆ ในการส่งสาร เพื่อสื่อสารความรู้สึกรู้สึกนึกคิดให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความรู้สึกและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

ในการวิเคราะห์ผู้รับสารนั้น พิจารณาจากองค์ประกอบอันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ ซึ่งอภิปรายดังนี้

1. เพศ

กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ประกอบด้วยทั้งสองเพศ โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้โดยภาพรวมแล้วจะเห็นว่าข้อมูลเรื่องสุขภาพจิตเป็นสิ่งน่าสนใจสำหรับเพศหญิงมากกว่า เนื่องจาก ผู้ติดตามที่เป็นเพศหญิงมักมีความชอบฟังเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ การดูแลตนเอง การรักษาสุขภาพทั้งกายและใจให้แข็งแรง ฯลฯ ขณะที่เพศชายอาจจะไม่สนใจเท่า เนื่องจากมักจะไปสนใจในเรื่องกีฬา การสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ ฯลฯ

ทั้งนี้ จากการผลการทดสอบสมมติฐานหาความแตกต่างในลักษณะทางประชากร พบว่าเพศที่แตกต่างกันจะมีความแตกต่างกันในด้านการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ การรับรู้บริการสุขภาพจิต ทัศนคติต่อผู้นำความคิด ทัศนคติต่อเนื้อหาสาร ทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิต และการแนะนำบริการกับบุคคลอื่น

โดยเพศหญิงมีค่าคะแนนที่มากกว่าเพศชายทุกด้าน แต่กลับไม่มีความแตกต่างกันในด้านทัศนคติต่อช่องทางการสื่อสารและด้านการตัดสินใจ ทั้งนี้ เนื่องจากว่าโดยพื้นฐานทางจิตวิทยาแล้วเพศหญิงเป็นเพศที่เน้นในด้านความสัมพันธ์ การประนีประนอม การพูดคุยแลกเปลี่ยน และใส่ใจในเรื่องของความรู้สึกได้ละเอียดกว่าเพศชาย จึงเลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของจิตใจ

และสุขภาพจิตมากกว่า มีทัศนคติต่อตัวผู้นำความคิดที่ดีกว่า และยังแนะนำบอกต่อคนรอบข้างให้ไปใช้บริการมากกว่าด้วย นอกจากนี้ จากผลการวิจัยทางจิตวิทยาที่ศึกษาด้านการเรียนรู้ของเพศชาย และหญิง นักจิตวิทยา Philip Zimbardo ชี้ว่า เพศหญิงมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีกว่าเพศชาย นั่นจึงเป็นผลทำให้เพศหญิงมีการรับรู้ที่มากกว่าเพศชายนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม เพศชายและหญิงกลับมีทัศนคติต่อช่องทางการสื่อสารที่ไม่ต่างกันนัก เนื่องจากด้วยธรรมชาติของสื่อสังคมออนไลน์มีได้เอื้อต่อเพศใดเพศหนึ่งใช้สื่อสารเท่านั้น ในแง่ของตัวสื่อสังคมออนไลน์นั้นจัดเป็นตัวกลางสำหรับใช้เปิดรับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งใคร ๆ ก็ใช้งานได้ทุกเพศ เถก เช่นเดียวกับการเปิดรับสื่อโทรทัศน์ ที่ไม่ว่าเพศไหน ๆ ก็ใช้งานได้ ดังนั้นในทัศนคติต่อตัวช่องทางสื่อจึงไม่ได้มีส่วนที่ทำให้เกิดความต่างในเรื่องทัศนคตินี้ ขณะที่ในด้านการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต ประเด็นเรื่องเพศก็ไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่างในการตัดสินใจใช้บริการเช่นกัน ด้วยเหตุที่มีการรับรู้ข้อมูลว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องในระดับปัจเจกบุคคล มิใช่ปัญหาของเพศใดเพศหนึ่ง

2. อายุ

ในด้านอายุ พบว่ากลุ่มผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี ถือว่าอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยวัยของผู้รับสารจะเป็นตัวกำหนดความต้องการและความสนใจของบุคคล ช่วยให้ทราบกรอบประสบการณ์ของบุคคลด้วยว่ากลุ่มผู้ติดตามส่วนใหญ่จำนวนนี้ที่อยู่ในช่วงอายุ 21 – 30 ปี อาจจะไม่สนใจอ่านหรือรับฟังเรื่องราวข่าวสารสุขภาพจิตที่เป็นสาระหนัก ๆ มากนัก และด้วยความเครียดจากช่วงชีวิตในวัยนี้ จึงทำให้ชอบที่จะฟังเรื่องราวที่เป็นแก่นสารที่เกี่ยวกับเรื่องความรักความสัมพันธ์ การค้นหาตนเอง การเคารพตนเอง ซึ่งเป็นไปตามวัยที่กำลังค้นหาตัวเองว่า ตนชอบอะไร จะเลือกใช้ชีวิตเดินไปตามทางไหน จึงต้องการเนื้อหาที่เป็นกำลังใจเพื่อการทำความรู้จักตัวเองและผู้อื่นมากกว่าติดตามเรื่องโรคร้ายไข้เจ็บทางจิต นอกจากนี้ ช่วงวัยดังกล่าวยังเป็นข้อพิจารณาในแง่มุมด้านการใช้คำให้เหมาะกับอายุ ซึ่งอาจจะต้องทันต่อปัจจุบันที่มักมีศัพท์เฉพาะเกิดเป็นกระแสที่รู้และใช้กันในกลุ่ม รวมไปถึงการยกตัวอย่างเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิตให้ตรงกับกลุ่มอายุ หากผู้ส่งสารใช้คำหรือยกตัวอย่างเนื้อหาไม่เหมาะกับผู้รับสาร ผู้ส่งสารก็อาจได้รับความสนใจจากผู้รับสารน้อยไปด้วย

ทั้งนี้ จากผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการแนะนำบริการสุขภาพจิตที่ต่างกัน โดยในกลุ่มคนที่อายุมากมักจะมีพฤติกรรมการแนะนำบอกต่อบริการสุขภาพจิตให้แก่บุคคลอื่น ๆ น้อยกว่ากลุ่มคนที่อายุน้อย ซึ่งปรากฏการณ์นี้ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้คนอายุน้อย ๆ ที่เติบโตมาในสังคมยุคที่วิวัฒนาการทางการแพทย์สายจิตเวชเจริญก้าวหน้าขึ้น คนรุ่นใหม่ ๆ จึงมีความสนใจในบริการสุขภาพจิตมากขึ้นและต้องการที่จะบอกต่อเผยแพร่บริการที่ดีตรงนี้ไปให้

บุคคลอื่นทราบ ยิ่งคนรุ่นใหม่ที่เติบโตมากับการใช้เทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงและติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตผ่านช่องทางสื่อใหม่อย่างเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้จึงเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับผลวิจัยว่าอายุต่างกันจะทำให้มีการแนะนำบอกต่อต่างกัน หรือหากมองอีกมุมหนึ่ง คือ ยิ่งอายุมากขึ้นอาจมีวุฒิภาวะมากขึ้นอาจจะไม่แนะนำก็ได้

แต่กระนั้น แม้ผลพบว่ามี ความต่างในเรื่องการแนะนำบริการ แต่ด้านการใช้บริการพบว่าไม่มีความต่างในการตัดสินใจ นั่นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุมองว่ามันเป็นปัญหาปัจเจกบุคคล มิใช่จะต้องอยู่ในอายุเท่านั้นที่มีปัญหาสุขภาพจิตแล้วถึงจะตัดสินใจไปใช้บริการได้ และนอกจากนี้ อายุยังไม่มีความต่างในด้านการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ อีกด้วย กล่าวคือ ตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ ต่างก็เปิดรับผู้นำความคิดสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

3. สถานภาพสมรส

กลุ่มผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า สถานภาพที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างทั้งในการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

4. ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาของผู้ที่ติดตามผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์บอกถึงความรู้และการศึกษาที่ได้รับจากสถาบันการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย คือ ปริญญาตรี รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี นั่นคือ ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป

การรู้ระดับการศึกษาของผู้รับสารช่วยให้ผู้ส่งสารสามารถจัดเตรียมเนื้อหาในการสื่อสารให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้รับสาร เช่น จะสื่อสารกับกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูงกว่าปริญญาตรีกับกลุ่มต่ำกว่าปริญญาตรีย่อมต้องสื่อสารแตกต่างกันไป ในด้านของการจัดเรียงสาร การเลือกใช้ตัวอย่างการใช้ภาษา

จากผลการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างในด้านการศึกษา คนมีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และคนมีการศึกษาปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี นั่นแสดงให้เห็นว่า ผู้รับสารที่วุฒิต่ำกว่าปริญญาตรีมีการแสวงหาที่พึงพิงทางความคิด นั่นคือผู้นำความคิด ขณะที่กลุ่มมีการศึกษาสูงอาจจะเลือกรับฟังผู้นำความคิดน้อยกว่า ด้วยเหตุที่ตนก็มีข้อมูลหรือประสบการณ์อยู่บ้างนั่นเอง

ในขณะที่ด้านการรับรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจ ตัวแปรด้านระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้ส่งสารควรเตรียมเนื้อหาให้เหมาะสมกับความรู้และการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดขั้นแรกนั้นคือการเปิดรับผู้นำความคิดเอง

5. อาชีพ

ผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นิสิต/นักศึกษา ซึ่งข้อมูลด้านอาชีพของผู้รับสารนั้นจะช่วยให้ผู้ส่งสารทราบถึงความสนใจของผู้อ่านหรือผู้ฟัง โดยกลุ่มนักศึกษานั้นย่อมเป็นคนที่สนใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเคลื่อนไหวในด้านวิชาการ หลักคิด ทฤษฎี เกร็ดความรู้ต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม จากการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างด้านอาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านการเปิดรับ การรับรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต แต่การทราบอาชีพของกลุ่มเป้าหมายสำคัญต่อการเตรียมเนื้อหาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้ต่อไป

6. รายได้

ผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน ซึ่งนับว่าเป็นฐานรายได้ในระดับเริ่มต้น ซึ่งอาจยังมีกำลังการใช้จ่ายไม่มากเท่าไรนัก ทั้งนี้จากการทดสอบสมมติฐานความต่างในด้านกลุ่มรายได้ พบว่าคนที่มียาได้ไม่เกิน 15,000 บาท มีระดับทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตเชิงบวกกว่าคนที่มียาได้ 30,001-45,000 บาท และ 45,001-60,000 บาท

และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15,001-30,000 บาท มีทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตบวกกว่าคนที่มียาได้ 30,001-45,000 บาท, 45,001-60,000 บาท และ 75,001 บาท ขึ้นไป

ข้อมูลในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่ารายได้ที่ต่างกันนั้นทำให้เกิดทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตต่างกัน ซึ่งตามหลักการแล้วรายได้ของบุคคลย่อมบ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจ ในด้านการมีกำลังที่จะใช้จ่ายใช้สอยสิ่งของหรือบริการ ดังนั้น อาจทำให้ผู้มีรายได้สูงมีความรู้สึกต่อบริการต่าง ๆ ในลักษณะที่ต้องการสิ่งตอบแทนเงินที่เสียไปสูงกว่า หรือถ้าหากมองในกรอบการดำเนินชีวิตภายใต้สภาพทางเศรษฐกิจของคนที่มีรายได้น้อยก็อาจจะเป็นไปได้ว่าเกิดปัญหาในการใช้จ่ายซื้อของหรือบริการที่มีราคามากกว่า ทำให้เกิดเป็นทัศนคติต่อใช้บริการสุขภาพจิตว่าเป็นสิ่งที่ดูมีราคา และตีความไปในเชิงบวกมากกว่ากลุ่มรายได้สูงนั่นเอง

แต่ขณะเดียวกัน รายได้ที่ต่างกันกลับไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านทัศนคติต่อผู้นำความคิด ด้านทัศนคติต่อช่องทางสื่อสาร ด้านทัศนคติต่อเนื้อหาสาร การเปิดรับ การรับรู้ และ

การตัดสินใจที่จะใช้บริการสุขภาพจิต อาจเพราะบริการสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงได้ในแม้ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยก็ยังมีสิทธิสวัสดิการจากภาครัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้อยู่ จะเห็นว่าค่าบริการของผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตในไทยมีราคาไม่สูงเหมือนอย่างต่างประเทศที่มีบริการทางสุขภาพจิตแพร่หลายอย่างสหรัฐอเมริกา ดังนั้น รายได้ที่แตกต่างกันนั้นจึงไม่ได้ทำให้เกิดความต่างในกลุ่มผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ชาวไทย

ในการวิเคราะห์ผู้รับสารนั้น นอกจากวิเคราะห์ปัจจัยทางลักษณะประชากรดังอภิปรายมาข้างต้นแล้ว ในด้านการสื่อสารในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ย่อมต้องมีการเปิดรับสาร การรับรู้สาร ทักษะคิดต่อสารรวมถึงผู้ส่งสารด้วย และการตัดสินใจเกิดขึ้น ดังนั้น จึงนำมาสู่การอภิปรายผลการศึกษาในด้านการเปิดรับ การรับรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจ ดังอภิปรายตามลำดับต่อไปนี้

5.2.2 การวิเคราะห์การเปิดรับสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์

1. ปริมาณและความถี่ในการเปิดรับ

ส่วนใหญ่ผู้ที่ติดตามมีพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์มาเป็นเวลามากกว่า 2 ปีแล้ว โดยส่วนใหญ่จะเปิดรับเป็นประจำทุกวัน ซึ่งในแต่ละครั้งมักจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีต่อวันในการเปิดรับ นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ติดตามมีความสนใจในเนื้อหาสุขภาพจิตอยู่ตลอดมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยคุณสมบัติเฉพาะของการเผยแพร่ข้อมูลลงในเครือข่ายสังคมออนไลน์นี้ที่ทำให้กลุ่มผู้ติดตามสามารถเข้าถึงเนื้อหาสุขภาพจิตได้จากทุกที่และทุกเวลาที่ต้องการ แต่ในแง่ของระยะเวลาที่ใช้ในการเปิดรับเนื้อหาต่อวันอาจยังไม่มากนัก ซึ่งต้องพิจารณาตามเนื้อหาแต่ละด้านที่กลุ่มตัวอย่างสนใจเปิดรับแล้วจัดทำเนื้อหาให้เหมาะสมเพื่อที่อาจจะเพิ่มปริมาณการเปิดรับได้ต่อไป

2. ประเภทเนื้อหาที่เปิดรับ

ประเภทเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับมากที่สุด คือ เรื่องเกี่ยวกับจิตวิทยาพัฒนาตนเอง ด้วยเหตุที่ปัจจุบันมีกระแสการดูแลสุขภาพจิตที่มีแนวทางนิยมในเรื่องจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) มากขึ้น กล่าวคือ บุคคลไม่จำเป็นต้องรอให้ป่วยก่อนแล้วถึงจะมาใช้บริการทางจิตวิทยา แต่ว่าบุคคลสามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง จากการดูแลสุขภาพจิต และรู้เท่าทันอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของตน ดังนั้นข้อมูลสุขภาพจิตประเภทจิตวิทยาพัฒนาตนเองจึงเป็นที่เปิดรับมากที่สุด

ส่วนเรื่องที่รองลงมา คือ เรื่องจิตวิทยาความรักความสัมพันธ์ สอดคล้องกับข้อมูลก่อนหน้านี้ว่ากลุ่มผู้ตอบส่วนใหญ่มีลักษณะประชากรด้านอายุอยู่ในกลุ่ม 21-30 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องออกไปพบปะผู้คนใหม่ ๆ เรียนรู้การเข้าสังคม ดังนั้น จึงเปิดรับเนื้อหาที่จะทำให้เข้าใจบุคคลอื่น ๆ มากขึ้นนั่นเอง

เรื่องที่รองลงมา คือ เรื่องที่อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมด้วยหลักจิตวิทยา เพราะคนชอบที่จะรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นในสังคมของตน เพื่อมีข้อมูลที่จะใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมต่อไป การเปิดรับเนื้อหาสารประเภทนี้จึงช่วยตอบคำถามถึงที่มาที่ไปของเหตุการณ์ต่าง ๆ ให้เข้าใจในแง่มุมทางจิตวิทยาให้แก่ผู้ติดตามได้

อย่างไรก็ตาม เนื้อหาประเภทเรื่องราวของชีวิตคนใช้จิตเวช หรือเรื่องราวชีวิตของจิตแพทย์ กลับได้รับการเปิดรับน้อยกว่าเนื้อหาประเภทอื่น ๆ ในกลุ่ม ซึ่งแสดงว่าเนื้อหาประเภทเล่าชีวิตส่วนตัว จิปาถะทั่ว ๆ ไป จะเป็นที่ได้รับความสนใจน้อยสำหรับผู้ติดตาม อาจเพราะคนมาติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์เนื่องจากเล็งเห็นว่าตนจะได้รับประโยชน์ในเชิงข้อมูลจากความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ของผู้นำความคิดเป็นหลัก มากกว่าเรื่องทั่ว ๆ ไปที่อ่านจากใคร ๆ ก็ได้ และไม่ใช้เรื่องใหม่สำหรับเขานั่นเอง

3. ประเภทของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เปิดรับ

ผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ในเฟซบุ๊กและทวิตเตอร์มีหลากหลายประเภท ทั้งประเภทที่เน้นให้ข้อมูลจิตวิทยาทั่วไป ให้ข้อมูลสุขภาพจิตของแต่ละช่วงวัย ให้ข้อมูลโรคทางจิตเวชโรคต่าง ๆ ฯลฯ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเลือกติดตามเฟซบุ๊กเพจ Psychologist Café มากที่สุด ซึ่งเป็นผู้นำความคิดที่เผยแพร่เนื้อหาสุขภาพจิตประเภทเกร็ดความรู้จิตวิทยาทั่วไป รองลงมาคือ เฟซบุ๊กเพจสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งเน้นเผยแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และเฟซบุ๊กเพจเข็นเด็กขึ้นภูเขา ซึ่งเน้นเผยแพร่เรื่องราวสุขภาพจิตวัยรุ่นและเด็กโดยมักมีข้อมูลวิเคราะห์ทันต่อกระแสเหตุการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นกับเด็กและวัยรุ่นในขณะนั้น ๆ ด้วย จากจำนวนการติดตามผู้นำความคิดทั้งสามข้างต้นนี้ได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ติดตามส่วนใหญ่ต้องการรับข้อมูลที่มีความหลากหลายมากกว่าจะเจาะจงในเรื่องโรคใดโรคหนึ่งอย่างผู้นำความคิดคนอื่น ๆ ที่มีความรู้ในเรื่องโรคแต่ละโรค

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าผู้นำความคิดที่เป็นผู้มีประสบการณ์ให้บริการนั้น ๆ โดยตรงยังมีการติดตามค่อนข้างน้อยจากผู้สนใจรับข้อมูลสุขภาพจิต อาจเพราะว่าบุคคลจะเลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ตนอยากรู้และสนใจ ถ้าหากข้อมูลข่าวสารมีความเกี่ยวข้องกับตัวเองก็ยิ่งให้ความสนใจที่จะรับข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นพิเศษนั่นเอง

5.2.3 การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด โดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด

โดยประเด็นที่ผู้ติดตามมีการรับรู้อันดับที่หนึ่ง คือ “โรคทางจิตเวชมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคน อันเนื่องมาจากปัจจัยในสมอง ประสบการณ์ที่กระทบจิตใจ และสิ่งแวดล้อม” ซึ่งเป็นเรื่องพื้นฐานความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตว่ามีที่มาจากอะไรและเกิดขึ้นกับใครได้บ้าง

รองลงมาคือมีการรับรู้ที่ “คนที่ใช้บริการสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชไม่ได้แปลว่าเขาต้องเป็นคนบ้าหรือโรคจิตเสมอไป” มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งการรับรู้ในประเด็นนี้สูงย่อมสะท้อนว่าผู้ติดตามมีมุมมองต่อบุคคลที่ไปใช้บริการในทางที่ถูกต้องจากผู้นำความคิด

รองลงมาคือมีการรับรู้ที่ “โรคทางจิตเวชเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต้องให้ความสนใจที่จะไปเข้ารับการรักษา” ซึ่งในประเด็นนี้ก็มีความสอดคล้องกับคะแนนในข้อคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการและการบอกต่อแนะนำผู้อื่นให้เข้าใช้บริการซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

นอกจากนี้ การรับรู้ในประเด็นอื่น ๆ ก็มีการรับรู้ในสิ่งที่ผู้นำความคิดนำเสนอไว้ได้ดีมาก ทั้งหมดนี้ล้วนแสดงถึงประสิทธิผลของสิ่งที่ผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้เน้นทำการเผยแพร่มาโดยตลอดนั่นเอง อีกทั้งสังคมสมัยใหม่ทำให้เห็นว่าผู้คนมีความคิด ความสนใจ และให้ความสำคัญต่อปัญหาภายในจิตใจที่หลาย ๆ คนกำลังเผชิญอยู่ สอดคล้องกับสถิติอาการป่วยทางจิตของคนไทย

ทั้งนี้ คุณพิศณิ แดงวัง หนึ่งในผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ ปัจจุบันเธอได้ใช้ชีวิตเตอร์ส่วนตัวเป็นพื้นที่สำหรับเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิต คุณพิศณิบอกว่า “ดิฉันใช้ชีวิตเตอร์เป็นช่องทางการสื่อสารสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เพื่อลดตราบาป (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวช และการเข้ารับการรักษา เรื่องที่มักจะนำเสนอผ่านชีวิตเตอร์บ่อยที่สุดคือประเด็นปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เพราะส่วนตัวเชื่อว่าสิ่งนี้เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ หากทุก ๆ คนช่วยกัน และส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลการใช้บริการ” โดยเมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยครั้งนี้แล้วถือได้ว่าเจตจำนงในการสื่อสารของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่หวังผลให้ผู้ติดตามในเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้รับรู้ข้อมูลบริการนั้นถือว่าสัมฤทธิ์ผลทีเดียว นอกจากนี้ การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ยังมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการต่อไปอีกด้วย

ทว่า ประเด็นหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้จากผู้นำความคิดน้อยกว่าประเด็นอื่น ๆ นั้น คือ “การรับรู้ว่าในประเทศไทยมีสถานที่ใดบ้างที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่สามารถไปใช้บริการได้” ใน

ประเด็นนี้จึงเป็นข้อพิจารณาสำหรับผู้นำความคิดรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้ทำการสำรวจต่อไปว่าเพราะเหตุใดคนไทยจึงทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการสุขภาพจิตน้อย แม้ผู้นำความคิดจะเผยแพร่อยู่เป็นระยะ ๆ

5.2.4 ทศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์และบริการสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีทศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในเชิงบวก โดยมุมมองเรื่องทศนคติของผู้ติดตามผู้วิจัยได้ศึกษา 4 แนวทาง คือ 1) ทศนคติต่อผู้นำความคิด 2) ทศนคติต่อเนื้อหาสาร 3) ทศนคติต่อช่องทางการสื่อสาร 4) ทศนคติต่อการบริการสุขภาพจิต โดยอภิปรายได้ดังนี้

1. ทศนคติต่อผู้นำความคิด

ผู้ติดตามมีทศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ว่าเป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ มีอำนาจในการชี้นำสนับสนุน (Advocacy) ที่จะสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจด้วยสื่อที่สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสุขภาพจิต อันจะส่งเสริมความคิด ปลูกฝังค่านิยม อุดมการณ์ต่าง ๆ ในการที่จะส่งเสริมในระดับปัจเจกบุคคล สังคม และประเทศชาติ ให้เกิดการตื่นตัวในประเด็นทางด้านสุขภาพจิตในระดับต่าง ๆ ได้

2. ทศนคติต่อเนื้อหาของผู้นำความคิด

ผู้ติดตามมีทศนคติต่อเนื้อหาที่เผยแพร่ว่าเป็นที่ฟังฟังได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีความถูกต้อง มีความจริงใจและน่าเชื่อถือ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนทำให้ผู้นำความคิดเป็นที่ยอมรับ

3. ทศนคติต่อช่องทางการสื่อสารของผู้นำความคิด

ช่องทางสื่อเฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ที่ผู้นำความคิดสุขภาพจิตใช้สื่อสารกับผู้ติดตาม ผลการวิจัยพบว่าคะแนนทศนคติโดยรวมอยู่ในเชิงบวก แต่ประเด็นที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ในกลุ่มคือ เรื่องความไว้วางใจในข้อมูลที่ติดต่อกันว่าจะมีความลับหรือไม่ ซึ่งเป็นไปตามคุณลักษณะของสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ที่มีความเป็นสาธารณะ (Public) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เฟซบุ๊กหรือทวิตเตอร์โดยที่ทั้งสองแพลตฟอร์มนี้จัดได้ว่าเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) อีกทอดหนึ่งที่ถือเป็นตัวกลางที่เก็บข้อมูลต่าง ๆ ไว้ จึงมีผลต่อความไว้วางใจในการรั่วไหลของข้อมูลได้

4. ทศนคติต่อบริการสุขภาพจิต

ผู้ติดตามมีทัศนคติว่าการติดตามผู้นำความคิดที่เผยแพร่เนื้อหาสุขภาพจิต ไม่ได้ทำให้ถูกมองว่าเป็นคนโรคจิต หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดตามมีทัศนคติที่ดีและถูกต้องสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้นำความคิดนำเสนอ

5.2.5 การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

ในด้านลักษณะประชากรกับการตัดสินใจใช้บริการ พบว่าไม่มีความแตกต่างใด ๆ ในกลุ่ม กล่าวคือ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ แตกต่างกัน แต่ก็ตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตในระดับสูงเหมือนกัน โดยประเภทของบริการทางสุขภาพจิตที่ผู้ติดตามสนใจไปใช้บริการมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า มากที่สุด รองลงมาคือการปรึกษาปัญหาชีวิตและการทำจิตบำบัด รองลงมาคือความภูมิใจในคุณค่าของตัวเอง และการบำบัดรักษาโรคเครียด ตามลำดับ ซึ่งผลในส่วนนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตในปัจจุบัน ที่มีกระแสการตื่นตัวในเรื่องของโรคซึมเศร้ากันมากขึ้น ประกอบกับสถานการณ์บ้านเมืองในปัจจุบัน

ผลวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดนั้นมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต โดยกลุ่มผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีการรับรู้ในประเด็นที่ว่าการใช้บริการสุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องที่เสียหายหรือเป็นเรื่องที่น่าอาย มีผลต่อการตัดสินใจเข้าใช้บริการ สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้นำความคิดมักกล่าวถึงประเด็นนี้ว่าไม่จำเป็นจะต้องเป็นโรคร้ายแรงถึงสามารถเข้าไปรับรักษาจากผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจิต หากแต่เพียงแค่วิตกกังวลเล็กน้อยก็ไปเข้าใช้บริการได้ เพราะไม่มีสิ่งใดที่ไร้สาระสำหรับแต่ละบุคคลในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ

ขณะที่การเปิดรับผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ และทัศนคติ ไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ อาจเพราะบุคคลสนใจแก่นเนื้อหาของสิ่งที่เขาได้รับมากกว่า ซึ่งการที่ผู้ติดตามได้อ่านข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดแม้เพียงครั้งเดียวก็จะทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับการไปใช้บริการได้แล้ว เนื่องจากการเปิดรับประเด็นสุขภาพจิตมากหรือน้อยก็ไม่ได้มีผลแต่อย่างใด

ฉะนั้น หากต้องการให้ผู้ที่ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพจิตจะต้องเพิ่มเนื้อหาข้อมูลการรับรู้ให้มีมากที่สุดผ่านช่องทางต่าง ๆ ทั้งผู้นำความคิด หรือไม่เพียงแค่อีเมลล์สังคมออนไลน์เท่านั้น อาจนำไปเผยแพร่ในเว็บไซต์ เว็บไซต์บล็อก เว็บบอร์ด ฯลฯ เพื่อจะช่วยให้ผู้ใช้

อินเทอร์เน็ตได้มีข้อมูลและเกิดการรับรู้จนนำไปสู่การตระหนักที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลนั้น ๆ ให้หมดไปด้วยการตัดสินใจไปใช้บริการด้านสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญ

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงประยุกต์ใช้สำหรับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต

สำหรับผู้นำความคิดและบุคลากรด้านสุขภาพจิตพึงพิจารณาแนวทางการสื่อสารตามองค์ประกอบภายใต้แนวคิดของ SMCR Model โดยเน้นพิจารณาทั้งตัวผู้ส่งสาร และตัวผู้รับสาร ซึ่งแต่ละคนมีปมหลังหรือพื้นเพชีวิตมาต่างกัน ผู้นำความคิดจึงต้องมีทักษะในการสร้างสารให้เหมาะสม และในการสื่อสารบนเครือข่ายสังคมออนไลน์นั้น มีลักษณะที่ไม่ได้เป็นเพียงแค่การสื่อสารเฉพาะระหว่างบุคคลเท่านั้น แต่ยังมีรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย ทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารภายในกลุ่ม การสื่อสารมวลชน การสื่อสารที่หลากหลายเหล่านี้จึงต้องพิจารณาปัจจัยของผู้รับสารเพื่อให้สิ่งที่ผู้ส่งสารต้องการให้เกิดอิทธิพลกับผู้รับสารนั้นเกิดผลได้ต่อไป ผู้วิจัยจึงนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเสนอแนะไว้เป็นแนวทาง ดังนี้

ด้านผู้ส่งสาร

- จากที่กลุ่มตัวอย่างมองว่าผู้นำความคิดมีอำนาจที่จะชี้นำและมีอคติ (bias) ต่อประเด็นใด ๆ อยู่แล้ว ดังนั้นในการเสนอข้อมูลต่าง ๆ ผู้นำความคิดอาจจะทำให้ความสำคัญต่อความเป็นกลางของเนื้อหา โดยใส่ความคิดเห็นส่วนตัวให้น้อยพอประมาณ นอกจากนี้ในเรื่องการสร้างความน่าเชื่อถือก็มีส่วนสำคัญต่อทัศนคติ กล่าวคือ การพูดถึงหลักจิตเวชหรือจิตวิทยาใด ๆ ในชื่อของผู้นำความคิดควรมีงานวิจัยอ้างอิงสนับสนุนประกอบท้ายบทความเพื่อให้มั่นใจในหลักการหรือทฤษฎีทางจิตวิทยานั้น ๆ ให้มากขึ้นต่อผู้อ่าน โดยให้ระบุเอกสารอ้างอิงไว้ศึกษาต่อในส่วนท้ายทุกครั้งของบทความนั้น ๆ ที่ผู้นำความคิดได้เขียนเผยแพร่ อันจะสร้างความมั่นใจแก่ผู้ติดตามมากยิ่งขึ้น

ด้านเนื้อหา

- ผู้ติดตามมองว่าเนื้อหาที่เป็นเรื่องส่วนตัว ๆ ไป นั้นไม่น่าสนใจ ผลิตเนื้อหาเกี่ยวกับผู้เข้ารับบริการจิตเวชให้น่าอ่านมากยิ่งขึ้น หรือเน้นไปที่เนื้อหาส่วนที่กลุ่มตัวอย่างสนใจอยู่แล้วให้มีปริมาณมากขึ้น พัฒนาเนื้อหาเกี่ยวกับจิตวิทยาพัฒนาตนเอง จิตวิทยาความรักความสัมพันธ์ และปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น หรือลงรายละเอียดใน

เชิงคุณภาพของเนื้อหามากกว่าเดิม อันจะเป็นทางเลือกในการติดตามเนื้อหาสาระเกี่ยวกับสุขภาพจิตใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์ต่อผู้ติดตามต่อไป

- ควรเผยแพร่ข้อมูลว่าประชาชนสามารถไปเข้าใช้บริการทางสุขภาพจิตได้จากสถานที่ใดบ้าง เนื่องจากมีรับรู้ที่น้อยกว่าด้านอื่น ๆ โดยควรให้ข้อมูลทั้งในเรื่องประเภทของบริการที่มี รวมถึงวิธีการขอรับบริการนั้น โดยเนื้อหาจะต้องอ่านแล้วเข้าใจง่ายทันที เพื่อกระตุ้นการรับรู้ของผู้บริโภคได้ดี ถึงแม้ว่าผู้นำความคิดเคยเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการสุขภาพจิตอยู่เป็นระยะแล้วก็ตาม แต่จะต้องสร้างแนวทางให้เกิดการรับรู้กันดีขึ้นกว่านี้ โดยพิจารณาว่าได้จัดทำเนื้อหาให้มีความน่าสนใจ น่าจดจำแล้วหรือไม่ เนื่องจากผู้ที่คิดจะไปใช้บริการที่เป็นผู้ติดตามผู้นำความคิดอาจไม่มีข้อมูลมากนักว่า ตนจะต้องไปที่ไหน ติดต่อกับใคร หรือแม้แต่การจะอธิบายกับเจ้าหน้าที่หน่วยคัดกรองว่าเป็นอะไรมา ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้อาจเป็นเรื่องยากสำหรับคนที่ยังไม่มีประสบการณ์ ผู้นำความคิดควรจะเขียนหรือแนะนำให้เห็นเป็นขั้นตอนของการไปใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ ทั้งในเชิงคุณภาพคือรูปแบบของสาร และเชิงปริมาณคือเผยแพร่ให้ถี่ขึ้น เพื่อจะให้เห็นบ่อย ๆ จนเกิดการรับรู้และจดจำได้

ด้านช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิต

- การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตลงในสื่อสังคมออนไลน์ของผู้นำความคิด ผู้ติดตามมองว่าเข้าถึงได้ง่าย ผู้นำความคิดจึงควรเลือกใช้สื่อนี้ให้เกิดประสิทธิภาพและสร้างความน่าเชื่อถือเพื่อสร้างทัศนคติที่ดี ผู้นำความคิดควรแสดงให้เห็นถึงจรรยาบรรณหรือความรับผิดชอบที่จะปกปิดข้อมูลของผู้ที่มาติดต่อเรื่องต่าง ๆ เพื่อสร้างความมั่นใจในการติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางนี้ต่อไป อันจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันมากยิ่งขึ้น และนำมาสู่การเกิดประสบการณ์และความรู้สึกในเชิงบวกต่อผู้นำความคิด ต่อเนื้อหาที่เขาได้รับ และต่อช่องทางการสื่อสารนี้

ด้านพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้ติดตาม

- หากหวังผลให้ผู้ติดตามตัดสินใจบริการสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญนั้น ผู้นำความคิดควรจะมีมุ่งสร้างข้อมูลให้เกิดการรับรู้ว่าการไปใช้บริการสุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องน่าอาย ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ติดตามเข้ารับบริการได้มากที่สุด การที่ผู้ติดตามให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ จึงเป็นข้อพิจารณาสำหรับวงการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตที่จะต้องเร่งสร้างการรับรู้อย่างจริงจังให้คนทั่วไปรับรู้ว่าการใช้บริการสุขภาพจิตที่ไม่ได้ทำให้ตนเองดูแย่และไม่ได้เป็นเรื่องที่ทำให้ดูเสื่อมเสียแต่ประการใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยที่อาจยังถือหน้าถือตาหรือภาพลักษณ์ของตน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากทั้งคนที่เคยใช้บริการมาก่อนแล้วและไม่เคยใช้บริการ สุขภาพจิต โดยมีได้แยกแยะกลุ่มเจาะจงกัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป จึงน่าสนใจที่จะทำการศึกษาแยกเพิ่มเติมเฉพาะลงไปในกลุ่มผู้เคยใช้บริการแล้ว กับกลุ่มที่ยังไม่เคยใช้บริการ โดยในกลุ่มผู้เคยใช้บริการหรือกำลังใช้บริการอยู่ ควรศึกษาวิจัยผลการสื่อสารกับผู้ป่วย หรือ Patient Communication ในประเด็นด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะด้านสุขภาพเพื่อบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบหรือวิธีการต่าง ๆ ประกอบด้วย
2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปอาจศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพเพื่อทราบว่ามีเงื่อนไขหรือปัจจัยอะไรที่อาจจะมีส่วนจูงใจบุคคลให้เกิดพฤติกรรมการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิต นอกไปจากด้านการเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยอะไรที่เอื้อให้เกิดการตัดสินใจใช้บริการเมื่อบุคคลนั้นมีปัญหาเกิดขึ้น
3. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผู้นำความคิด ผู้วิจัยได้พิจารณาโดยอิงตามแนวคิด SMCR ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ในตัวแปรของคุณลักษณะของผู้นำความคิดอาจศึกษาเพิ่มเติมในคุณลักษณะด้านอื่น ๆ ของผู้นำความคิดที่แตกต่างออกไป
4. อาจศึกษาเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่สนใจข้อมูลสุขภาพจิต แต่ไม่ได้ติดตามผู้นำความคิดทั้ง 20 รายชื่อเหล่านี้ ว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีพฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารสุขภาพจิตจากสื่ออื่น ๆ อย่างไร และมีการรับรู้ ทัศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมการตัดสินใจใช้บริการอย่างไร เพื่อให้ครบวงจรการสื่อสาร อาทิ เพจเข็นเด็กขึ้นภูเขา ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่รู้จักกันดีว่าจัดทำเนื้อหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยมีหนังสือวางแผงหลายเล่ม การเปิดรับในสื่อนี้ มีผลต่อการไปใช้บริการในด้านนี้มากกว่าสื่อสังคมออนไลน์หรือไม่ อย่างไร เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- A. F. Jorm. (2000). Mental health literacy. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Aaker, D. A. (1991). *Managing Brand Equity*. New York: The Free Press.
- Assael, H. (1998). *Consumer behavior and marketing action*. Cincinnati, OH: South-Western.
- Assael, H. (2004). *Consumer Behavior: A Strategic Approach*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Assael, H. (1998). *Consumer Behavior and Marketing Action* (6 ed.). Cincinnati, OH: South-Western College Publishing.
- Becker, S. L. (1972). *Discovering mass communication* (6 ed.). Illinois: Scott Foresman and Company Glenview.
- Boonr, L., & Kurtz, D. (1995). *Contemporary Marketing Plus*. Florida: The Dryden Press.
- Charles K. Atkin. (1973). *Anticipated communication and mass media information seeking public opinion quarterly*. NY: Free Press.
- Colin Cherry. (1978). *On human communication*. MA: MIT Press.
- Corrigan W. Patrick, & Penn David. (1997). Disease and discrimination: Two paradigms that describe severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 6(4), 355-366.
- Danah M. Boyd, & Nicole B. Ellison. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210-230.
- Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Miniard, P. W. (1993). *Consumer behavior* (7 ed.). New York: Dryden Press.
- Evans, D. (2008). *Social media marketing: An hour a day*: John Wiley & Sons.
- Hoyer, W. D., & MacInnis, D. J. (1998). *Consumer behavior*. Boston: Houghton Mifflin.
- IT24HRS. (2559). สรุปสถิติผู้ใช้ Social Media ในไทยจากงาน Thailand Social Awards 2016. Retrieved from <https://www.it24hrs.com/2016/stat-social-media-thai-populations>

- J. A. Naslund et al. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 113-122. doi:10.1017/S2045796015001067
- Jones, Q. (1997). Virtual-Communities, Virtual Settlements and Cyber Archaeology: A Theoretical Outline. *Journal of Computer-Mediated Communication*.
- Jones, S. G. (1998). *Cybersociety 2.0: Revisiting Computer-Mediated Communication and Community (New Media Culture, V.2)*. New York: Sage.
- Karpen. (2011). Consumer ethnocentrism and willingness to buy: Analyzing the role of three demographic consumer characteristics. *International Marketing Review*, 28(6), 627-646. doi:10.1108/02651331111181448
- Kotler, P. (1997). *Marketing Management: analysis, planning, implementation, and control*. NJ: Prentice Hall.
- Krikelas, J. (1983). Information Seeking Behavior: Patterns and concepts. *Drexel Library Quarterly*, 19(2), 5-20.
- Li, J., & Zhan, L. (2011). Online Persuasion: How the written word drives WOM. *Journal of Advertising Research*, 51(1), 239-259.
- Lutz, R. J. (1991). *Perceptives in consumer behavior* (4 ed.). NJ: Prentice Hall.
- Marina Marcus et al. (2012). Depression: A Global Public Health Concern. Retrieved from www.who.int/mental_health/management/depression/en
- Marketeer. (2546). Marketeer ฉบับที่ 37 มีนาคม 2546. Retrieved from <http://my-cerebrum.blogspot.com/2010/06/perceived-risk.html>
- Martin Seligman. (2004). The new era of positive psychology. Retrieved from https://www.ted.com/talks/martin_seligman_on_the_state_of_psychology
- McCombs, M. E., & Becker, L. B. (1979). *Using mass communication theory*. Engle Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- McQuail, D. (2000). *Mass communication theory*. London: Sage.
- Merrill. John C., & Ralph L. Lowenstein. (1971). *Media, messages, and men*. New York: David McKay.
- NAMI. (2016). Mental Illness Infographic.

- Patrick W. Corrigan. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48-67.
- Roger, E. M. (1995). *Diffusion of Innovation*. New York, NY: The Free Press.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2010). *Consumer behavior* (10 ed.). NJ: Pearson Prentice Hall.
- Schramm, W. (1973). *Channel and Audience in Handbook of Communication*. Chicago: Renelly College Publishing.
- Solomon, M. R. (1996). *Consumer Behavior*. NJ: Prentice Hall.
- Solomon, M. R. (2011). *Consumer Behavior: Buying, having, and being* (9 ed.). NJ: Prentice Hall.
- Solomon, M. R. (2012). *Consumer Behavior: Buying, having, and being*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Tawan W. (2014). Online Opinion Leaders. Retrieved from <https://www.facebook.com/porpui23/posts/10202098993049534>
- Thaifamilylink. (2560). ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการรักษา. Retrieved from <http://www.thaifamilylink.net/web/node/29>
- Thumbsup. (2559). Twitter ยังเป็น Social Network ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเราอยู่. Retrieved from <http://thumbsup.in.th/2016/11/twitter/>
- โพสิชั่นนิ่งแมกกาซีน. (2560). รายงานผู้ใช้เฟซบุ๊ก. Retrieved from <http://positioningmag.com/brands/facebook>
- โรงพยาบาลยุวประสาททวาทโยปถัมภ์. (2557). โรงพยาบาลเครือข่ายที่มีการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. Retrieved from <http://www.ycap.go.th/km/hospservice.html>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2559). เผยไทยยอดฆ่าตัวพุ่ง ปมรักล่ม น้อยใจ สิ้นหวัง ซ้ำสถิติน่าห่วง. Retrieved from <http://cdn.thairath.co.th/content/717808>
- ไพรัตน์ พลภุชชาติคุณากร. (2542). จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. เชียงใหม่.
- กมลชนก ปิ่นเพ็ชร. (2556). ความต้องการ การเปิดรับข่าวสาร และความตั้งใจซื้อของผู้บริโภคที่มีต่อเฟซบุ๊กแฟนเพจสินค้าประเภทเสื้อผ้า. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2546). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ไทยเจริญการพิมพ์.

- กิติมา สุรสสนธิ. (2547). ความรู้ทางการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตเวช รามามา. (2558). คู่มือเธอด้วยรัก: ตอน 1 การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวรุนแรง. Retrieved from <https://youtu.be/YTMXqtTqbj0>
- นัตยาพร เสมอใจ. (2550). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพมหานคร.
- ณัฐภา อุ่มมานะชัย. (2556). ทฤษฎีการสื่อสารในโลกออนไลน์กับพลังการบอกต่อ. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2553). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS (11 ed.). กรุงเทพมหานคร: บิซิเนสอาร์แอนด์ดี.
- นพมาศ อึ้งพระ. (2553). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิวัฒน์ ชาดะวิทยากุล. (2555). กลยุทธ์โฆษณาออนไลน์ ยุค Consumer 2.0. Retrieved from <http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/454782>
- ประชาไทย. (2552). Twitter และสื่อใหม่ กำลังเปลี่ยนวิธีสื่อสารของเรา. Retrieved from <https://prachatai.com/journal/2009/06/24611>
- ผู้จัดการออนไลน์. (2552). ทำเงินบนโลกไอที 2 : น้ำพิ้งเรือ การตลาดฟุ้งบล็อก. Retrieved from <http://www.manager.co.th/Cyberbiz/ViewNews.aspx?NewsID=9520000035793>
- ผู้จัดการออนไลน์. (2553). แอดด้านมืด โซเชียลเน็ตเวิร์ก. Retrieved from <http://www.manager.co.th/iBizChannel/ViewNews.aspx?NewsID=953000007157>
- 9
- ผู้จัดการออนไลน์. (2559). คนไทยป่วยซึมเศร้า-ฆ่าตัวตาย ติดอันดับ 3 ของโลก. Retrieved from <http://www.manager.co.th/GoodHealth/ViewNews.aspx?NewsID=95900000288>
- 76
- พีชนี เขยจรรยา และคณะ. (2541). แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- วชิระ จันท์เพ็ง. (2545). เพื่อนรักสุขภาพจิต 2: ห้องรับแขก.
- ศรีกัญญา มงคลศิริ. (2547). โฆษณา การสื่อสารทางการตลาด. กรุงเทพมหานคร.
- ศุภรศม์ ฐิติกุลเจริญ. (2540). ทฤษฎีการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สถานีโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7. (2559). คนไทย 5 แสนราย ป่วยโรคซึมเศร้า กว่า 30 % เสี่ยงฆ่าตัวตาย. Retrieved from <http://news.ch7.com/detail/131265/>
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2559). บริการทางจิตเวช. Retrieved from <http://www.galya.go.th/web/>
- สาวิตรี วิษณุโยธิน, & นชพร อธิธิวิศวกุล. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี, 16(1).

- สุกัญญา บุรณเดชาชัย. (2552). ผลของการเปิดรับข่าวจากอินเทอร์เน็ตที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของ
นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยในภูมิภาคตะวันออก. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมพร เจริญกิจกำจร. (2556). ทักษะคนดี แรงจูงใจ และพฤติกรรมการหาข้อมูลสุขภาพทาง
อินเทอร์เน็ต. (โครงการงาน บธ.ม.), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีรัตน์ สุระมรัตน์. (2555). ความเป็นผู้นำทางความคิดของบล็อกเกอร์ด้านความงามกับการรับรู้
ทักษะคนดี และ การตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ด้านความงามของผู้บริโภค. (นิเทศศาสตรมหา
บัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถาม

อิทธิพลของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อการรับรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิต

คำชี้แจงการวิจัย: แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่องานวิจัยระดับปริญญาโท คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีความมุ่งหมายที่จะศึกษาอิทธิพลของผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อการรับรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตของประชาชน โดยแบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านให้ความกรุณาตอบแบบสอบถามโดยสมบูรณ์ครบทุกข้อ โดยถูกต้องตามความเป็นจริงและตรงกับความเห็นของท่านที่สุด

คำถามคัดกรองผู้ตอบเบื้องต้น

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าคำตอบที่ตรงกับท่าน

(1) ท่านกำลังติดตามข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากช่องทางเฟซบุ๊กหรือทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดดังต่อไปนี้ *เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ | <input type="checkbox"/> เซ็นเด็กขึ้นภูเขา |
| <input type="checkbox"/> ปั่นใหม่ โดยหมออูมาพร | <input type="checkbox"/> หมอเสาวภาเลี้ยงลูกเชิงบวก |
| <input type="checkbox"/> หมอปอขอเล่าเรื่องโรคจิตเวช | <input type="checkbox"/> นายแพทย์เจษฎา |
| <input type="checkbox"/> นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ | <input type="checkbox"/> Psychologist Café |
| <input type="checkbox"/> ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย | <input type="checkbox"/> สาส์นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า |
| <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้าที่รัก | <input type="checkbox"/> จนกว่าจะหาย 'bipolar' |
| <input type="checkbox"/> BipolarFC | <input type="checkbox"/> BPD as I know it |
| <input type="checkbox"/> Sleepless Diary | <input type="checkbox"/> Andromeda from Pluto |
| <input type="checkbox"/> Heart to Heart แชร้อาการใจป่วยของตัวเอง | <input type="checkbox"/> @tan_FX |
| <input type="checkbox"/> สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย | <input type="checkbox"/> @Pisinee.D |

(2) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเห็นโพสต์หรือทวิต (Post / Tweet) ข้อมูลสุขภาพจิตในเฟซบุ๊กหรือทวิตเตอร์ของผู้นำความคิด ผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network) ของท่าน หรือไม่

- เห็น ไม่เห็น (จบแบบสอบถาม)

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ใน หน้าคำตอบที่ตรงกับความจริงและความคิดของท่านที่สุด

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ

ต่ำกว่า 21 ปี

21 - 30 ปี

31 - 40 ปี

41 - 50 ปี

มากกว่า 50 ปี ขึ้นไป

3. สถานภาพ

โสด

สมรส

หม้าย/หย่า

4. ระดับการศึกษาปัจจุบัน

ต่ำกว่าปริญญาตรี

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย / ฟรีแลนซ์

รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

พนักงานบริษัทเอกชน

นักเรียน / นิสิตนักศึกษา

เกษียณ / แม่บ้าน

อื่น ๆ โปรดระบุ

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ไม่เกิน 15,000 บาท

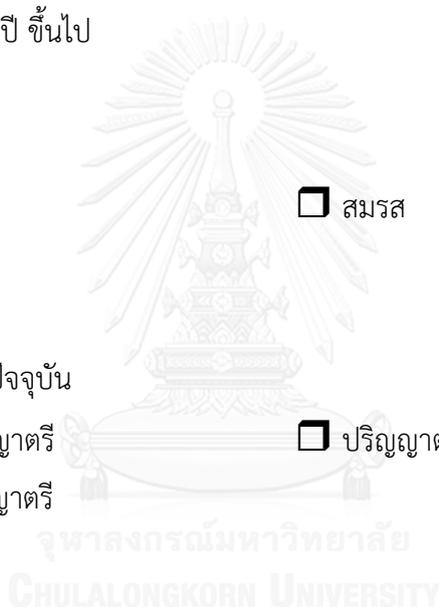
15,001 - 30,000 บาท

30,001 - 45,000 บาท

45,001 - 60,000 บาท

60,001 - 75,000 บาท

สูงกว่า 75,000 บาท



ส่วนที่ 2 : การเปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ใน หน้าคำตอบที่ตรงกับความจริงและความคิดของท่านที่สุด

7. ท่านเปิดรับข่าวสารสุขภาพจิต จิตวิทยา และจิตเวช จากผู้นำความคิด ผ่านช่องทาง Social Network โดยเฉลี่ยนานเพียงใด ในแต่ละวัน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 30 นาที ต่อวัน | <input type="checkbox"/> 30 นาที - 1 ชั่วโมง ต่อวัน |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 - 2 ชั่วโมง ต่อวัน | <input type="checkbox"/> มากกว่า 2 - 3 ชั่วโมง ต่อวัน |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า 3 ชั่วโมงขึ้นไป ต่อวัน | |

8. ใน 1 สัปดาห์ ท่านเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ เป็นความถี่มากน้อยเพียงใด

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ทุกวัน | <input type="checkbox"/> 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ |
| <input type="checkbox"/> 4 วัน ต่อสัปดาห์ | <input type="checkbox"/> 2-3 วัน ต่อสัปดาห์ |
| <input type="checkbox"/> 1 วันต่อสัปดาห์ | |

9. ท่านได้ติดตามข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตที่เผยแพร่โดยผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ มาเป็นระยะเวลาานานเท่าไร

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ถึง 6 เดือน | <input type="checkbox"/> ตั้งแต่ 6 เดือน - 1 ปี |
| <input type="checkbox"/> เกินกว่า 1 ปี - 2 ปี | <input type="checkbox"/> เกินกว่า 2 ปี |

10. ท่านได้เปิดรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เผยแพร่เนื้อหาสาระประเภทต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ เป็นปริมาณมากน้อยเพียงใด

| หัวข้อสุขภาพจิต | พฤติกรรมเปิดรับ | | | | |
|---|-----------------|------|---------|------------|-------------------|
| | บ่อยมาก | บ่อย | ปานกลาง | ไม่บ่อยนัก | ไม่ค่อยได้เปิดรับ |
| 10.1 โรคทางจิตเวช เกณฑ์การสังเกต การวินิจฉัย และการรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตใจ | | | | | |
| 10.2 การสร้างแรงบันดาลใจ, จิตวิทยาเชิงบวก, จิตวิทยาพัฒนาตนเอง, การรู้จักตัวเอง | | | | | |
| 10.3 จิตวิทยาความรัก-ความสัมพันธ์, การทำความเข้าใจผู้อื่น, การรู้จักใจคน, Body Language | | | | | |
| 10.4 การตรวจเช็คและดูแลสุขภาพจิตของตนเองเบื้องต้น | | | | | |
| 10.5 เรื่องราวของจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด และบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เป็นแอดมินเพจ/ทวิตเตอร์ เช่น ชีวิตประจำวัน การทำงาน | | | | | |
| 10.6 เรื่องราวส่วนตัวของคนไข้จิตเวช ที่เป็นแอดมินเพจ/ทวิตเตอร์ | | | | | |
| 10.7 จิตวิทยาพัฒนาการช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น, การเลี้ยงดูลูก, การสอนลูก | | | | | |
| 10.8 จิตวิทยาพัฒนาการช่วงวัยผู้ใหญ่และวัยชรา | | | | | |
| 10.9 หลักจิตวิทยาที่นำมาอธิบายพฤติกรรมของคนในสังคม โดยเฉพาะต่อปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นเป็นกระแสข่าว วิเคราะห์ในมุมทางด้านจิตวิทยา/จิตเวช | | | | | |
| 10.10 การศึกษา/งานวิจัยเชิงวิชาการของศาสตร์จิตเวชและจิตวิทยาทุกแขนง รวมถึงเกร็ดความรู้เชิงจิตวิทยาทั่วไป จิตวิทยาประยุกต์ และอื่น ๆ | | | | | |

11. ท่านติดตามอัปเดตข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตดังรายชื่อต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

| ผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต | พฤติกรรมการเปิดรับ | | | | |
|--------------------------------------|--------------------|--------|----------|-------------|--------|
| | เป็นประจำ | บ่อย ๆ | บางครั้ง | นาน ๆ ครั้ง | ไม่เคย |
| 11.1 Psychologist Café | | | | | |
| 11.2 นายแพทย์เจษฎา | | | | | |
| 11.3 นายแพทย์ประเสริฐ | | | | | |
| 11.4 เลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ | | | | | |
| 11.5 เซ็นเด็กซันกุเขา | | | | | |
| 11.6 ปั่นใหม่โดยหมออูมาพร | | | | | |
| 11.7 หมอเสาวภาเลี้ยงลูกเชิงบวก | | | | | |
| 11.8 หมอปอขอเล่าเรื่องโรคจิตเวช | | | | | |
| 11.9 สมาคมจิตแพทย์ฯ | | | | | |
| 11.10 ชมรมจิตแพทย์เด็กฯ | | | | | |
| 11.11 สาส์นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | | | | | |
| 11.12 โรคซึมเศร้าที่รัก | | | | | |
| 11.13 จนกว่าจะหาย bipolar | | | | | |
| 11.14 BipolarFC | | | | | |
| 11.15 BPD as I know it | | | | | |
| 11.16 Sleepless diary | | | | | |
| 11.17 Andromeda from pluto | | | | | |
| 11.18 Heart to heart แอร์อาการใจป่วย | | | | | |
| 11.19 @tan_FX | | | | | |
| 11.20 @Pisinee.D | | | | | |

ส่วนที่ 3 : การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพจิต จากการติดตามผู้นำความคิดใน Social Network
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อลงในช่องระดับการรับรู้ที่ตรงกับตัวท่าน

12. จากที่ท่านติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ท่านทราบข้อมูลใน
 ประเด็นรายข้อดังต่อไปนี้ มากหรือน้อยเพียงใด

| การรับรู้เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพจิต | การรับรู้ | | | | |
|--|-----------|-----|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 12.1 ท่านรับรู้ที่สามารถเข้าพบผู้เชี่ยวชาญที่สถาน บริการจิตเวชเพื่อตรวจเช็คสุขภาพจิตได้ เมื่อคิดว่ามี ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต | | | | | |
| 12.2 ท่านรู้ว่าในประเทศไทยมีสถานที่ใดบ้างที่ ให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่ท่านไปเข้าใช้บริการได้ | | | | | |
| 12.3 ท่านรับรู้ถึงความทรمانของการเจ็บป่วยทาง จิตใจนั้นช่างทรمانไม่ต่างไปจากโรคทางกายเลย | | | | | |
| 12.4 ท่านรู้ว่าโรคทางจิตเวชเป็นเรื่องสำคัญและ จำเป็นจะต้องให้ความสนใจไปรักษา | | | | | |
| 12.5 ท่านรู้ว่าโรคทางจิตเวชมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ กับคนทุกคน อันเนื่องมาจากปัจจัยในสมอง, ประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ และสังคม สิ่งแวดล้อม | | | | | |
| 12.6 เด็กที่มีปัญหาในโรงเรียน เช่น ปัญหาด้านการ เรียนรู้, การเข้าสังคม มักมาจากปัญหาบกพร่องด้าน พัฒนาการจึงควรให้พบจิตแพทย์เฉพาะทางด้านเด็ก และวัยรุ่น เพื่อทำการปรับพฤติกรรม | | | | | |
| 12.7 ท่านรู้ว่าโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่สามารถรักษา ให้ดีขึ้นได้ด้วยการใช้ยา และการทำจิตบำบัด | | | | | |
| 12.8 ท่านรับรู้บทบาทหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิตในแต่ละสาขามีหน้าที่อะไรหรือเชี่ยวชาญใน งานด้านไหน อาทิ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด | | | | | |
| 12.9 ท่านรู้ว่าคนที่มีสุขภาพจิตไม่ดี คือ บุคคลที่ ความไม่สบายกายหรือไม่สบายใจ หรือทั้ง 2 อย่าง รวมกัน | | | | | |

| การรับรู้เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพจิต | การรับรู้ | | | | |
|--|-----------|-----|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 12.10 ท่านรับรู้ว่าคุณคนใดที่ทำให้ผู้คนที่อยู่รอบข้างเดือดร้อน เกิดความทุกข์ใจ กังวลใจจากเขา หรือสังคมถูกระทบกระเทือน มีความเดือดร้อนยุ่งยากจากคนคนนั้น เพียงประเมินเบื้องต้นได้ว่าคุณคนนั้นมีปัญหาสุขภาพจิต | | | | | |
| 12.11 ท่านรับรู้ว่าการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตตามที่ผู้นำความคิดแนะนำไว้นั้นไม่ใช่เรื่องเสียหาย และไม่ใช่เรื่องน่าอาย | | | | | |
| 12.12 ท่านรับรู้ว่าคุณคนใดที่ไปเข้าใช้บริการสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานเฉพาะทางสุขภาพจิตไม่ได้แปลว่าเขาต้องเป็นคนบ้าหรือเป็นโรคจิตเสมอไป | | | | | |

ส่วนที่ 4 : ทศนคติที่มีต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่าน

13. ท่านมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ และทัศนคติต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับผ่านทางผู้นำความคิด ของท่านอยู่ในระดับใด

| ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|---|-------------------|------------------|-------|-----------------|----------------------|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ค่อนข้างเห็นด้วย | เฉย ๆ | ไม่ค่อยเห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| ข้อความวัดทัศนคติ ต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตใน Social Network | | | | | |
| 13.1 ผู้นำความคิดเป็นผู้ที่มีความรู้ดี | | | | | |
| 13.2 ผู้นำความคิดเป็นผู้มีประสบการณ์ / มีความเชี่ยวชาญ | | | | | |
| 13.3 ผู้นำความคิดเป็นผู้มีทักษะการเขียน ที่ทำให้น่าติดตาม น่าสนุก น่าสนใจ | | | | | |

| ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|--|-----------------------|----------------------|----------|---------------------|------------------------------|
| | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | ค่อนข้าง เห็นด้วย | เฉย ๆ | ไม่ค่อย เห็นด้วย | ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง |
| 13.4 ผู้นำความคิดทำให้ท่านรู้สึกว่ามีคนที่เข้าใจ | | | | | |
| 13.5 ผู้นำความคิดเป็นแรงบันดาลใจให้ท่านค้นหา ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจิตใจของตนเอง | | | | | |
| 13.6 ผู้นำความคิดเป็นผู้ชี้แนะ ชักนำ ชักจูง และสั่งสอน มวลชนได้ ซึ่งข้อมูลที่ถูกเผยแพร่อาจมีอคติได้ ทั้ง ทางบวกและลบ | | | | | |
| 13.7 ผู้นำความคิดเป็นแรงบันดาลใจสำหรับท่านในการ ตัดสินใจไปเข้าใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต | | | | | |
| ข้อความวัดทัศนคติ ต่อสารที่ได้รับผ่านทางผู้นำ ความคิดด้านสุขภาพจิตใน Social Network | | | | | |
| 13.8 เนื้อหาที่เผยแพร่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง | | | | | |
| 13.9 เนื้อหาที่เผยแพร่มีความจริงใจ, น่าเชื่อถือ | | | | | |
| 13.10 เนื้อหาที่เผยแพร่เป็นที่พึงพิงได้ | | | | | |
| 13.11 เนื้อหาที่เผยแพร่มีความถูกต้อง | | | | | |
| 13.12 เนื้อหาสุขภาพจิตที่เผยแพร่จากผู้นำความคิดใน เครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับท่าน | | | | | |
| ข้อความวัดทัศนคติ ต่อช่องทางการสื่อสารของผู้นำ ความคิดด้านสุขภาพจิตใน Social Network | | | | | |
| 13.13 เนื้อหาที่เผยแพร่โดยผู้นำความคิดในสื่อสังคม ออนไลน์มีความน่าสนใจมากกว่าการรับข้อมูลข่าวสาร จากสื่อหลัก (เช่น โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์ เป็นต้น) | | | | | |
| 13.14 ท่านพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ ผู้นำความคิดได้ง่าย สะดวก เข้าถึงเวลาไหนก็ได้ ผ่าน ทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ | | | | | |
| 13.15 การติดตามผู้นำความคิดสุขภาพจิตในเครือข่าย สังคมออนไลน์เป็นเสมือนโลกส่วนตัวของท่าน | | | | | |
| 13.16 ท่านชื่นชอบที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้นำความคิด ด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพราะไม่ ต้องไปเจอหน้าใคร และรู้สึกมีความเป็นตัวของตัวเอง | | | | | |

| ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|---|-----------------------|----------------------|----------|---------------------|------------------------------|
| | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | ค่อนข้าง เห็นด้วย | เฉย ๆ | ไม่ค่อย เห็นด้วย | ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง |
| 13.17 ท่านมั่นใจว่าข้อมูลส่วนตัวต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับอย่างดี | | | | | |
| 13.18 สื่อสังคมออนไลน์ของผู้นำความคิดมีรูปภาพและสื่อประสมเนื้อหาต่าง ๆ ที่ทำให้ท่านมองเห็นและเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น | | | | | |
| ข้อความวัตถุประสงค์ ต่อการรับรู้ข้อมูลจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตใน Social Network | | | | | |
| 13.19 การติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ท่านมีมุมมองที่ถูกต้องต่ออาการทางจิต มีความเข้าใจในบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต | | | | | |
| 13.20 ท่านคิดว่าการติดตามผู้นำความคิดที่เผยแพร่เนื้อหาสุขภาพจิต ไม่ได้ทำให้ท่านถูกมองว่าเป็นคนโรคจิต หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต | | | | | |
| 13.21 ท่านได้ปลดปล่อยความคับข้องใจจากการติดตามผู้นำความคิดที่เผยแพร่เนื้อหาสุขภาพจิต | | | | | |
| 13.22 การติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ท่านไม่รู้สึกรู้สีกแปลกแยกแตกต่างไปจากคนอื่น ๆ | | | | | |
| 13.23 ข้อมูลที่เผยแพร่โดยผู้นำความคิดนั้นเหมาะกับท่าน และช่วยแก้ปัญหาให้ท่านได้ | | | | | |
| 13.24 ท่านจะนำข้อมูลที่ได้จากผู้นำความคิดมาใช้แก้ปัญหาของตนในอนาคต | | | | | |
| 13.25 ท่านมีความสุขทุกครั้งที่ได้อ่านข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในสื่อสังคมออนไลน์ | | | | | |

ส่วนที่ 5 : การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่าน

14. ถ้าในกรณีที่ท่านเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ท่านจะตัดสินใจไปเข้าใช้บริการสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตหรือไม่

- ใช้บริการแน่นอน อาจจะใช้บริการ ไม่แน่ใจ
 อาจจะไม่ใช้บริการ ไม่ไปใช้บริการแน่นอน

15. บริการสุขภาพจิตประเภทใดบ้าง ที่ท่านคิดว่าจะใช้บริการเมื่อพบว่าตนกำลังเผชิญปัญหานั้น ๆ อยู่
*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

- ความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางปัญญา (EQ & IQ)
 การปรึกษาปัญหาชีวิตและการทำจิตบำบัด (COUNSELING & PSYCHOTHERAPY)
 การตรวจประเมินบุคลิกภาพ (PERSONALITY TEST)
 เพศและความสัมพันธ์ (GENDER & RELATIONS)
 พัฒนาการเด็ก (CHILD PSYCHOLOGY)
 พัฒนาการวัยรุ่น (TEEN PSYCHOLOGY)
 จิตวิทยาพัฒนาการผู้ใหญ่ (ADULT PSYCHOLOGY)
 จิตวิทยาพัฒนาการผู้สูงอายุ (ELDERLY PSYCHOLOGY)
 ความภูมิใจในคุณค่าของตัวเอง (SELF-ESTEEM)
 บำบัดอาการติด เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ เกมส์ การพนัน (ADDICTION)
 ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (ANXIETY & DEPRESSION)
 ป้องกันการฆ่าตัวตาย (SUICIDE)
 การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT)
 การรักษาด้วยการยอมรับและการให้สัญญา (ACT)
 รักษาโรคเครียด รักษาโรคนอนไม่หลับ
 รักษาโรคหลงลืม สมารถสั้น รักษาโรคทางอารมณ์
 รักษาโรคหวาดกลัว อื่น ๆ ระบุ.....

16. หากท่านพบว่าคนใกล้ชิดของท่านกำลังประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ท่านจะแนะนำบริการสุขภาพจิต ตามที่ผู้นำทางความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้โพสต์แนะนำไว้ หรือไม่

- แนะนำ
- อาจจะแนะนำ
- ไม่แน่ใจ
- อาจจะไม่แนะนำ
- ไม่แนะนำ

- จบแบบสอบถาม -



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายพิชชากร พุ่มพวง เกิดเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ.2534 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยา (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ) ในปีการศึกษา 2556 จากนั้นจึงเข้าทำงานที่ บริษัท ซี.พี.อินเตอร์เทรด จำกัด กลุ่มธุรกิจเครื่องเจริญโภคภัณฑ์ ในตำแหน่งพนักงานทรัพยากรบุคคล และประกอบอาชีพอิสระในสายงานภาพยนตร์ สื่อดิจิทัล และการตลาดออนไลน์ ต่อมาเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท ในสาขาวิชาการจัดการการสื่อสารแบบบูรณาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2559

