

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค
ของประชาชนไทย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9

นครราชสีมา ประจำปี 2563

An Evaluation of Health Literacy in Prevention,
Control Disease and Health Hazard of the Thai
People, office of disease prevention and control ^{9th}
during B.E. 2020

โดย

นางเบญจมาศ อุนรัตน์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

(ตุลาคม พ.ศ.2563)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2563” สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากคณะที่ปรึกษา สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค และผู้ช่วยวิจัยแต่ละพื้นที่ ทั้งยังได้ช่วยชี้แนะให้ความคิดเห็นจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

องค์ความรู้ที่ปรากฏในงานวิจัยเล่มนี้ หวังให้เป็นพลังในการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่ดีต่อไป

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2563 โดยศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

เป็นการวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ โดยใช้วิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบผสมผสาน (Mixed Method) ในวิธีเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-Square สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และในวิธีเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 51.7 รองลงมาเป็นระดับมากร้อยละ 46.3 และระดับน้อยเท่ากับร้อยละ 2.0 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพเท่ากับ 56.66 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน พบว่า อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.5 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 60.3, 29.0 และ 10.8 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ โรคไข้เลือดออก รองลงมาคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาฝุ่น PM2.5 การบริโภคน้ำตาลและเกลือ และวัณโรค ตามลำดับ

3. แหล่งข้อมูลข่าวสารพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.70 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูลเรียงตามลำดับได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 3) บุคลากรสาธารณสุข 4) เพื่อน /ญาติ /คนในครอบครัว 5) วิทยุ 6) ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน 7) อินเทอร์เน็ต 8) สื่อสิ่งพิมพ์ 9) หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 76.3, 22.3, 1.3 และ 0.3 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ร้อยละ 100.0 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารรายโรค โดยเรียงลำดับความพึงพอใจมากที่สุดคือ 1) โรคไข้เลือดออก 2) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 3) ปัญหา PM 2.5 4)

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 5) โรคหัวใจตามลำดับ โดยมีระดับความพึงพอใจในรายโรคอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ในทุกโรค

5. ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 56.0, 35.0 และ 9.0 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

6. พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 47.5 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียงร้อยละ 10.5 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน พบว่า แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ รายโรค ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลาง (.560, .514, .550, .525) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำ (.395)

8. ผลจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ประชาชนมีลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ กลุ่มที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ กลุ่มที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณค่อนข้างมาก โดยพบว่าประชาชนแต่ละกลุ่มจะมีวิธีการเข้าถึงข้อมูลที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การบริโภคน้ำตาลและเกลือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และวัณโรค จากแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่มาจากสื่อบุคคล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อน และสื่อเฉพาะกิจ เช่น อินเทอร์เน็ต โลก

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบรวมถึงการวางแผนในการพัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate health literacy in disease prevention and control among Thai residents in the responsible area of the office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima province in 2020. The study was conducted by investigating health literacy in disease prevention and control; perception, sources, satisfaction, knowledge, prevention behavior related to diseases and health hazards; and factors associated with such behavior. This descriptive and analytical study using mixed methods. In quantitative method, questionnaires were used to collect data from 400 residents selected through multi-stage sampling. Percentage, Mean, Standard Deviation, Chi-Square and Pearson Coefficient were used to analyze the data. In qualitative method, data collected through Focus Group Discussion among key informants. Content analysis was used to analyze obtained information

The study results

1. Health Literacy in Disease Prevention and Control, and Health Hazard: 51.7 % of the residents had health literacy at a moderate level, 46.3 % at a high level, 2.0% at a low level. The average score of health literacy was 56.66%. Age and education were significantly associated with the health literacy ($P < 0.05$)

2. Perception of Information: 99.5% of the residents perceived all 5 topics of diseases and health hazards related information at high, moderate, and low levels accounting for 60.3, 29.0 and 10.8 respectively. The average score of diseases and health hazards related information is at moderate level. Information related to dengue hemorrhagic fever was most perceived followed by diabetes, hypertension, PM2.5 effect, sugar and salt consumption, and tuberculosis respectively.

3. Sources of Information: 99.70% of the residents received diseases and health hazards related information respectively from 1) village health volunteers 2) television/cable 3) public health personnel 4) friends/relatives/family members 5) radio 6) teachers/community leaders/religious leaders/local wise men 7) internet 8) print media 8) newspaper/magazine/journal. The percentage of residents who accessed information at high, moderate, low, and no levels were 76.3%, 22.3%, 1.3% and 0.3% respectively. The average score of information accessibility is at high level.

4. Satisfaction in diseases and health hazards related information: 100% of the residents were satisfied and highly satisfied in all 5 information topics with average score at highly satisfaction level. The sequence of satisfactory levels from high to low were 1) dengue hemorrhagic fever 2) sugar and salt consumption 3) PM 2.5 effect 4) diabetes and hypertension 5) tuberculosis respectively. Satisfactions of all topics were at high level.

5. The knowledge of diseases and health hazards: The residents' knowledge of diseases and health hazards of overall 5 topics were at high (56.0%), moderate 35.0% and low (9.0%) levels respectively. Overall average score was at highly level.

6. Preventive behavior against diseases and health hazards: Most of the residents (45.5%) had appropriate behaviors in prevention of diseases and health hazards in overall 5 topics at a highly level followed by moderate level (42.5). Only few of them had appropriate behaviors at low level (10.5 %). The average score of preventive appropriate behavior against diseases and health hazards was at a highly level.

7. An association between related factors and health literacy of the residents: There is association between sources of information, satisfaction in information, related information, knowledge of diseases and health hazards; and health literacy at moderate significant level (.560, .514, .550, .525). Association between perception of diseases and health hazards related information and health literacy on disease prevention and control was found at low significant level (.395)

8. According to qualitative method, health literacy of the residents could be divided into 3 groups which were low, moderate low and moderate levels supporting results from quantitative method. The residents of different groups access to information through different methods. They received information related to dengue hemorrhagic fever, sugar and salt consumption, diabetes, PM 2.5 effect and tuberculosis from different sources. Mostly from medical personnel, health workers, village health volunteers, friends, and ad hoc media such as internet and line applications.

The results of this study could be used as a reference to systematically formulate a plan related to risk communication and improve health behavior of targeted populations. They could be also used to formulate a plan to develop public communication for effectively enhancing information receiving, knowledge and health behaviors of targeted populations in the future.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย	1
คำถามในการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ประเด็นองค์ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค	7
ประจำปี 2563	
ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
กรอบแนวคิดในการวิจัย	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
เครื่องมือในการวิจัย	62
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	68
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	72
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	72
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	101

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุป บทวิจารณ์ ข้อเสนอแนะ	105
สรุปผลการวิจัย	105
อภิปรายผล	112
ข้อเสนอแนะ	117
บรรณานุกรม	121

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อแนะนำ	20
2.2	การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป	24
2.3	ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	28
3.1	สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	60
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร	73
4.2	จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง	74
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและระดับของการรับรู้	77
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามแหล่งข้อมูลและระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	78
4.5	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม 5 ประเด็น	81
4.6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ถูกต้อง จำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม	83
4.7	ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค และระดับความรู้	85
4.8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม	86
4.9	พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายประเด็นและระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม	89
4.10	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน	90
4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการเข้าถึงข้อมูล	92
4.12	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการเข้าใจ	93
4.13	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการได้ถาม	95
4.14	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการตัดสินใจ	97
4.15	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการนำไปใช้	98
4.16	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	100

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
2.1	กระบวนการการรับรู้	43
2.2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	59
3.1	กรอบกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจ	68
4.1	ทักษะต่างๆ ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ	102
4.2	ทักษะต่างๆ ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ	103
4.3	ทักษะต่างๆ ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง	104

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 65 กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติ เพื่อเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล และเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ฉบับแรกของประเทศไทยนั้น ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของประเทศไทยไว้ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งการที่จะพัฒนาประเทศไทยให้มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนและเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้นั้น คณะกรรมการร่างยุทธศาสตร์ชาติได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์ชาติจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน 3) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ 4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม 5) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม 6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งคณะรัฐบาลได้กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐทุกแห่งได้จัดให้มีนโยบายและการดำเนินการตามนโยบายเพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 6 ข้อข้างต้น (ราชกิจจานุเบกษา, 2561)

กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานในระดับกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ที่มุ่งเน้นการเป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศ และระดับนานาชาติ (กรมควบคุมโรค, 2554) จากภาระหน้าที่ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ และต่อการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม จากภาระหน้าที่ดังกล่าวกรมควบคุมโรคจึงได้จัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์ชาติในระดับประเทศ ซึ่งคณะกรรมการร่างด้านยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้กำหนดวิสัยทัศน์หรือภาพอนาคตที่พึงประสงค์เกี่ยวกับควบคุมโรคและป้องกันโรคไว้ว่า “ประชาชนได้รับจากป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลภายในปี 2579” นอกจากนี้คณะกรรมการร่างยุทธศาสตร์ชาติด้านป้องกันควบคุมโรคยังได้ขยายความวิสัยทัศน์ดังกล่าวเพิ่มเติมว่า การดำเนินการดังกล่าวจะต้องมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยการดำเนินงานจะต้องตรงกับความต้องการของประชาชน ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชนและสังคม และประชาชนจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2559)

เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าวกรมควบคุมโรคได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านป้องกันควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนานโยบาย มาตรการ และบริการการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 3 การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและพัฒนาความร่วมมือ และยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานด้านการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กรมควบคุมโรคได้จัดให้มีการใช้กลยุทธ์และกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การศึกษา ค้นคว้า วิจัย การพัฒนา และกำหนดมาตรฐานทางวิชาการและเทคโนโลยี ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน การควบคุม กำกับ นิเทศ และประเมินผลด้านควบคุมโรค การให้บริการรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเฉพาะโรค การประสานนโยบายและแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ และการพัฒนาเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์กรท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างได้ผลนั้น ต้องให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในระดับบุคคล ดังนั้นการมีข้อมูล และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย รวมถึงความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในมุมมองของประชาชน จะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการวางแผนเพื่อสื่อสารเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2560)

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการด้านการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชน ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความรู้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมมาอย่างต่อเนื่อง พร้อมกันนั้นยังคาดหวังให้กระบวนการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนและเครือข่ายการดำเนินการเกิดความคิดเห็นที่ดี มีความพึงพอใจเชิงบวก ในปีงบประมาณ 2562 กรมควบคุมโรคมีจุดเน้นในการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) โรคไข้เลือดออก จากข้อมูลในปี 2562 นั้นพบว่า ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2562 มีผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกสูงถึง 128,964 ราย ซึ่งพบว่ามีรายงานผู้ป่วยมากกว่าปี 2561 ถึงร้อยละ 50 หรือคิดเป็น 1.5 เท่า (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง

กรมควบคุมโรค, 2563) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสำคัญ 2) การบริโภค น้ำตาลและเกลือ และ 3) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคดังกล่าวจัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลก ซึ่งนับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ จากผลการสำรวจที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า สาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเหล่านี้คือ พฤติกรรมการบริโภค ที่ไม่เหมาะสม จนทำให้บุคคลได้รับสารอาหารบางอย่างมากเกินไป จากผลการสำรวจการบริโภค เกลือแกงในประเทศไทย พบว่าคนไทยบริโภคเกลือเกินกว่าเกณฑ์ปกติถึง 2 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) 4) ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} ปัญหาเรื่อง PM_{2.5} นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก ข้อมูลจากกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแสดงให้เห็นว่า PM_{2.5} อาจก่อให้เกิดโรค 4 กลุ่มโรคสำคัญในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1.กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว 2.กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล แสบจมูกและลำคอ 3.กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ เช่น อาการคันตามร่างกาย มีผื่นแดงตามร่างกาย และ 4.กลุ่มโรคตาอักเสบ เช่น อาการแสบหรือคันตา น้ำตาไหล และตาแดง (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2561) 5) โรควัยโรค แม้ว่าผลการสำรวจความชุกของวัยโรคระดับชาติครั้งล่าสุด พบว่า ความชุกของวัยโรคสมหะย้อมพบเชื้อลดลงมาก ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามผลจากการสำรวจครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (6 ใน 142 คน) ทำให้กว่าจะตรวจพบก็มีพยาธิสภาพในปอดลุกลามค่อนข้างรุนแรง ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัยโรคในประเทศไทยยังคงพบบ่อยในเพศชาย และสูงเป็น 2 เท่าของเพศหญิง โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการวางแผนการควบคุมวัยโรค ในกลุ่มนี้ ให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในปัจจุบันและอนาคต เพื่อลดการป่วยและตายจากวัยโรค (สำนักวัยโรค กรมควบคุมโรค, 2560)

2. คำถามในการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับใด
2. ความเข้าใจข้อมูลและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
4. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อศึกษาความเข้าใจข้อมูล และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4. สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ด้านกลุ่มเป้าหมาย

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ประจำปี 2563 มุ่งศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) กลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ เครจซีและเมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนประชากรเป้าหมายในระดับเขตพื้นที่ของกรมควบคุมโรค ได้จำนวนตัวอย่างแต่ละ 400 คน

(2) ขนาดตัวอย่างเพื่อการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ขนาดตัวอย่างจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 รวมเป็น 20 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

2. ด้านระยะเวลาของการดำเนินการ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยในระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนสิงหาคม 2563

3. ด้านเนื้อหา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนแหล่งข้อมูล ช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2563 อันได้แก่ (1) โรคไข้เลือดออก (2) การลดการบริโภคน้ำตาลและเกลือ (3) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (4) ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} (5) โรคฉี่หนู และศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

4. ด้านตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
4. ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
5. พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

6. ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการศึกษาที่คาดว่าจะได้รับ

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ประจำปี 2563 คาดว่าจะมีประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการสำรวจที่จะได้รับ ดังนี้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมในโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และพัฒนาเพื่อการพัฒนาการพัฒนาคำตอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
3. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อการนำไปสู่การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

7. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การได้รับเนื้อหาสาระต่างๆ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การบริโภคน้ำตาลและเกลือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} และโรคฉี่หนู ที่กรมควบคุมโรคได้มีการสื่อสาร

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดโรค และลดขนาดและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นแล้วให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระลึก จดจำได้ของประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับ การป้องกันโรคและภัยสุขภาพในเรื่องโรคไข้เลือดออก การบริโภคน้ำตาลและเกลือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} และโรคฉี่หนู

พฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกัน ควบคุมการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ในเรื่องโรคไข้เลือดออก การบริโภคน้ำตาลและเกลือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} และโรคฉี่หนู

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2653” คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการดำเนินการวิจัย จำนวน 3 ประเด็นหลักดังนี้

1. ประเด็นองค์ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2563
2. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ประเด็นองค์ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2563

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

กรมการแพทย์จะรับผิดชอบกิจการของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง โรงพยาบาลโรคเรื้อนขอนแก่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนเชียงใหม่ โรงพยาบาลโรคเรื้อนนครศรีธรรมราช นิคมโรคเรื้อนเชียงราย โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลวัดโรค โรงพยาบาลบำราศนราดูร ส่วนงานควบคุมโรคอื่นๆ ยังอยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคติดต่อ กรมสาธารณสุข

ปี พ.ศ.2495 ได้มีการเปลี่ยนชื่อ กรมสาธารณสุขเป็นกรมอนามัยและโอนกิจการของโรงพยาบาลเฉพาะโรคมาอยู่ในสังกัดกรมอนามัย และยกฐานะหน่วยงานเฉพาะโรคให้เป็นกอง คือ กองควบคุมวัณโรค กองควบคุมโรคเรื้อน ปรับปรุงขยายงานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้างเป็นกองควบคุมมาลาเรียและโรคเท้าช้าง รวมงานควบคุมคุดทะราดกับกามโรคตั้งเป็นกองควบคุมกามโรคและคุดทะราด

ปี พ.ศ.2515 ได้มีการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยเข้าด้วยกันเป็นกรมการแพทย์และอนามัย งานควบคุมโรคติดต่อทั้งหมดจึงขึ้นกับกรมการแพทย์และอนามัย

ปี พ.ศ.2517 ได้มีการแยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกันอีกครั้ง ในครั้งนั้นได้มีการรวมหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อเข้าด้วยกันจัดตั้งเป็นกรมควบคุมโรคติดต่อ

กรมควบคุมโรคติดต่อ แบ่งส่วนราชการเป็นกลุ่มงานที่ปรึกษา กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่างๆ 7 กอง มีกองและหน่วยงานสนับสนุนการบริหารงานของกรมฯอีก 4 หน่วยงาน โรงพยาบาลเฉพาะโรค 4 แห่ง นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคได้แก่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 เขต และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 5 สำนักงาน

ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการออกกฎหมายปฏิรูปราชการ กรมควบคุมโรคติดต่อได้เปลี่ยนชื่อเป็นกรมควบคุมโรค มีการแบ่งหน่วยงานของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย หน่วยงานสนับสนุนการบริหารงาน 4 กอง กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่างๆ 8 สำนัก และมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 เขต กรมควบคุมโรค มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษาวิจัยพัฒนารวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศ และกฎหมายอื่น ที่เกี่ยวข้อง
- ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
- กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
- ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัย ที่คุกคามสุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน
- จัดและพัฒนาระบบกลไกและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัย ที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสื่อสารเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชน
- จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อ เฉพาะโรคติดต่อสำคัญและโรคติดต่อร้ายแรงในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ
- ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพกรณีที่เป็นปัญหาทางกว้าง เกิดโรคระบาดรุนแรงหรือมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง
- ดำเนินการร่วมกับนานาชาติประเทศ หรือองค์กรระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ
- พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความ รับผิดชอบ ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมควบคุมโรค หรือตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

วิสัยทัศน์

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพพระตำตราบมาตรฐานสากล ภายในปี 2580

พันธกิจ

1. ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและระหว่างประเทศในการผลิตและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ กฎหมายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งการบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล
2. ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ ให้เครือข่ายและประชาชน
3. ผลักดัน และติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่จำเป็นต่อการปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพ
4. เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพใหม่ๆ ได้ทันการณ์
5. พัฒนาและประเมินศักยภาพระบบ กลไกของเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2563 กรมควบคุมโรค มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ (ยุทธศาสตร์รายโรค) ใน 5 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 โรคไข้เลือดออก

ประเด็นที่ 2 การบริโภคน้ำตาลและเกลือ

ประเด็นที่ 3 โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ประเด็นที่ 4 ปัญหาฝุ่น PM_{2.5}

ประเด็นที่ 5 โรคฉี่หนู

จากประเด็นองค์ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2562 ที่ได้เสนอข้างต้น การวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคและประเด็นการสื่อสารเกี่ยวกับโรคดังกล่าว โดยนำเสนอเป็นประเด็นสำคัญรายโรค ดังนี้

1.1 โรคไข้เลือดออก

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 60 ปี และโรคไข้เลือดออกยังมีการแพร่ระบาดไปทั่วทั้งประเทศจนถึงปัจจุบัน สถิติจากการรายงานเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่จัดทำโดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค แสดงให้เห็นว่า การกระจายของโรคไข้เลือดออกมีการเปลี่ยนแปลงไปตามพื้นที่ตลอดเวลา โดยประเทศไทยมีสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2530 พบผู้ป่วยจำนวน 174,285 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 1,007 ราย สำหรับปี พ.ศ. 2562 นั้นพบว่าที่รายงานผู้ป่วยสะสมตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2562 เท่ากับ 126,708 รายคิดเป็นอัตราผู้ป่วยเท่ากับ 191.11 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต จำนวน 132 ราย อัตราการตายเท่ากับ 0.20 คนต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 โดยภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมา ได้แก่ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือตามลำดับ สำหรับ

การระบาดในปี 2562 นั้นพบว่า มีการระบาดต่อเนื่องมาจากปี 2561 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ถึง 2.6 เท่า แม้ว่าจะมีอัตราผู้ป่วยลดลงในเดือนสิงหาคม แต่ก็ยังสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ช่วงปลายปี 2562 ยังมีจำนวนผู้ป่วยสูงลอย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วหากในช่วยปลายปีมีจำนวนผู้ป่วยสูงลอยจะส่งผลให้เกิดการระบาดใหญ่ในปีถัดไปได้ (กองโรคติดต่อแนะนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2563)

กองโรคติดต่อแนะนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2563 ได้จัดทำรายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออกปี 2563 ซึ่งผลจากการพยากรณ์แสดงให้เห็นว่า ในปี 2563 คาดว่าจะมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกประมาณ 140,000 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับการระบาดในปี 2558 ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดใหญ่ สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นเด็กในกลุ่มวัยเรียน (5-14 ปี) แต่กลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจะเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง สำหรับการหมุนเวียนของสายพันธุ์เชื้อไวรัสเดงกีในประเทศไทย นั้นพบว่าในปี 2562 พบเชื้อ DENV-1 มากที่สุด รองลงมา คือ DENV-2 ซึ่งไวรัสเดงกีทั้ง 2 ชนิด มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา ในขณะที่ DENV-3 และ DENV-4 มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกมีสาเหตุมาจากไวรัส 2 ชนิด คือ เด็งกี (Dengue) และชิคุนกุนยา (Chikungunya) ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยไข้เลือดออก มีสาเหตุมาจากเชื้อเด็งกี โดยโรคไข้เลือดออกจะมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue) มีลักษณะของโรคที่สำคัญ คือ มีไข้ร่วมกับ hemorrhagic diathesis ตับโต และมีภาวะช็อก ซึ่งทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

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

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

สาเหตุการติดต่อ

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

ยุงพาหะนำโรค

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

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

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

ตัวโม่ง (Pupa) ตัวโม่งในระยะนี้จะเคลื่อนไหวช้าลงหรือไม่เคลื่อนไหวเลย ระยะนี้จะไม่กินอาหารประมาณ 1 – 2 วัน จะลอกคราบเป็นยุงตัวเต็มวัย (Adult)

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

ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยที่สำคัญมีอยู่ 2 ชนิด คือ

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

อาการของโรค

อาการของโรคไข้เลือดออกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะไข้สูง ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีไข้สูงซึ่งเกิดขึ้นฉับพลัน มีลักษณะไข้สูงลอยตลอดเวลา (กินยาลดไข้ก็มักจะไม่วาย) หน้าแดง ปวดศีรษะ อาจมีการการเบื่ออาหารและอาเจียนร่วมด้วย บางราย อาจบ่นปวดท้อง ในบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา หรือปวดท้องทั่วไป อาจมีอาการท้องผูก หรือถ่ายเหลว บางรายอาจมีอาการเจ็บคอ คอแดงเล็กน้อย หรือไอบ้างเล็กน้อย แต่ในราววันที่ 3 ของไข้ อาจมีผื่นแดงไม่คันขึ้นตามแขน ขา และลำตัว

ระยะที่ 2 ระยะช็อกและมีเลือดออก มักจะพบในไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อเด็งกีที่มีความรุนแรง อาการจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 3 - 7 ของโรค ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวิกฤตของโรค อาการไข้จะเริ่มลดลง แต่ผู้ป่วยกลับมีอาการอาการไม่สบาย เช่น มีอาการปวดท้องและอาเจียนบ่อยขึ้น ซึมมากขึ้น กระสับกระส่าย ตัวเย็น มือเท้าเย็น เหงื่อออก ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาแต่เร็ว และความดันต่ำ

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว ในรายที่มีอาการช็อกไม่รุนแรง เมื่อผ่านช่วงวิกฤตไปแล้ว จะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือแม้แต่ว่าผู้ป่วยที่มีอาการช็อกรุนแรง เมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันที่ ก็จะมีฟื้นตัวสู่สภาพปกติ อาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยดีขึ้น คือ ผู้ป่วยจะเริ่มอยากกินอาหาร อาการต่าง ๆ จะกลับคืนสู่สภาพปกติ ระยะนี้อาจจะกินเวลา 7-10 วัน หลังผ่านระยะที่ 2

การวินิจฉัย

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

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

การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะ หรือวัคซีนที่ป้องกันโรคไข้เลือดออก การรักษาจึงเป็นแบบรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งจะได้ผลดีถ้าวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรกๆ การปฏิบัติมีดังนี้

1. ระวังไข้สูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดตามกล้ามเนื้อ อาจจำเป็นต้องให้ยาลดไข้ โดยให้พาราเซตามอลด้วยความระมัดระวัง ไม่ควรให้ยาแอสไพรินและกลุ่มยา Salicylate อย่างเด็ดขาด เพราะอาจทำให้เกิดแผลเลือดออกที่เยื่อบุกระเพาะอาหาร และยังทำให้การจับตัวของเกร็ดเลือดเสียไป เลือดออกไม่หยุด
2. ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชดเชย ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง ส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหารและอาเจียน ทำให้มีภาวะขาดน้ำและเกลือโซเดียม ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) กรณีที่มีผู้ป่วยมีอาเจียนหรือเบื่ออาหารมาก อาจพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้
3. ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ระยะที่เกิดอาการช็อก มักจะเกิดพร้อมกับอาการไข้ที่ลดลง ประมาณวันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป
4. ตรวจระดับของเกร็ดเลือด (Platelets) และความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง (Haematocrit) ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออก เพราะเกร็ดเลือดจะลดต่ำลงทุกราย
5. โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย ควรแนะนำให้ผู้ป่วยครอง สังเกตอาการช็อก ถ้ามีอาการให้รีบมาพบแพทย์

การป้องกันและควบคุมโรค

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

1. การนำฤดูกาลมาใช้ให้เป็นประโยชน์โดยเริ่มควบคุมตั้งแต่ในฤดูโรคสงบ ซึ่งเป็นขณะที่มีไวรัสสวนเวียนอยู่ในชุมชนน้อย หากสามารถกำจัดยุงพาหะให้หมดไป หรือเหลือน้อยที่สุดในระยะเวลานี้ ย่อมเป็นการตัดการกระจายของเชื้อไวรัสได้เป็นอย่างดี
2. ตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อ โดยลดความชุกชุมของยุงพาหะ ให้อยู่ในระดับต่ำที่สุด เพื่อลดการกระจายเชื้อจะไม่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแล้ว ซึ่งก็จะหมดไปจากกระแสเลือดเอง โดยไม่มีโอกาสแพร่ไปยังผู้อื่นต่อไป
3. ควบคุมยุงอย่างเข้มงวดในบริเวณที่จะกระจายเชื้อได้ง่าย เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล
4. ควบคุมยุงอย่างถาวรในบริเวณที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรค ได้แก่ ชุมชนที่มีผู้คนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เช่น เขตเทศบาล หรือแหล่งชุมชนต่างๆ เป็นต้น

จากแนวทางขององค์การอนามัยโลก การป้องกันและควบคุมโรคที่ได้ผลมากที่สุด ควรจะเป็นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความหนาแน่นของยุง ลดอายุขัยของยุง และลดการสัมผัสระหว่างคนและยุง เนื่องจากวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย สามารถแบ่งแผนการป้องกันและควบคุมโรคออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. แผนระยะสั้น (Emergency control) ใช้เมื่อมีการระบาดของโรคเป็นการพ่นเคมีกำจัดยุง ตัวเต็มวัย พ่นเป็นละอองฝอย เพื่อให้สัมผัสกับตัวยุงต้องพ่นอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 10 วัน

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

1.2 การบริโภคน้ำตาลและเกลือ

ความหมายของน้ำตาล

น้ำตาล เป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดหนึ่งที่เป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย น้ำตาล 1 กรัมจะให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี น้ำตาลสามารถแบ่งย่อยออกได้เป็น 2 ประเภท

1. น้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว ได้แก่ กลูโคส ฟรุกโทส และกาแล็คโทส
2. น้ำตาลโมเลกุลคู่ ได้แก่ ซูโครส มอลโทส และแลคโทส

น้ำตาลกลูโคสเป็นน้ำตาลหน่วยย่อยที่สำคัญที่สุด เนื่องจากร่างกายสามารถดูดซึมและนำไปใช้ได้โดยตรง

ผลของการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง

จากการศึกษาผลของเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงจากการเติมน้ำตาล ทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วน และได้รับสารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายลดลง และการได้รับน้ำตาลตามฟรุติโตสมาเกินไป มีผลต่อภาวะดื้ออินซูลิน โรคอ้วน และโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 และมีไขมันในช่องท้องเพิ่ม การบริโภคน้ำตาลเกินความจำเป็น จะส่งผลต่อสุขภาพดังนี้

1. ระดับไขมัน ชนิดของคาร์โบไฮเดรตส่งผลต่อระดับไขมันในร่างกาย โดยเฉพาะระดับ Triglyceride (TG) จะสูงขึ้น High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ลดลง
2. ความดันโลหิต มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง อาจส่งผลต่อความดันโลหิตสูงได้

3. โรคฟันผุ การศึกษาวิจัยยืนยันว่าน้ำตาลเป็นสาเหตุของโรคฟันผุ เพราะหลังจากบริโภคน้ำตาลซูโครส ค่าพีเอชในครอบจุลินทรีย์จะต่ำกว่า 5.5 ภายในระยะเวลา 2 นาที โรคฟันผุเกิดจากการกระทำของกรดอินทรีย์ต่อเคลือบฟันที่อยู่บริเวณผิวฟัน น้ำตาลในอาหารจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วให้กลายเป็นกรดได้ในภายในไม่กี่นาทีโดยการทำงานของแบคทีเรียในแผ่นคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน ทุก ๆ ครั้งที่มีการบริโภคน้ำตาลก็จะเกิดการสูญเสียแคลเซียมและฟอสเฟตของเคลือบฟัน แม้กระบวนการนี้อาจจะเกิดการย้อนกลับได้เมื่อเวลาผ่านไปราว 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมง แร่ธาตุที่สูญเสียไปก็อาจได้รับการแทนที่โดยน้ำลาย อย่างไรก็ตามถ้ามีการบริโภคน้ำตาล

บ่อย ๆ ก็จะทำให้การสูญเสียแร่ธาตุของเซลล์ฟันเกิดขึ้นซ้ำ ๆ จนไม่อาจทดแทนได้ ซึ่งถ้าการเสียสมดุลนี้เกิดติดต่อกันเป็นเวลาระยะหนึ่งก็จะไปสู่การเกิดฟันผุได้ในที่สุด

4. การอักเสบของร่างกาย มีรายงานจากการศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดการอักเสบและ Oxidative stress ในร่างกาย

5. โรคอ้วน เกิดจากการได้รับพลังงานมากเกินไป และมีการใช้พลังงานน้อยเกินไป น้ำตาลเป็นอาหารอีกกลุ่มหนึ่งที่สามารถทำให้คนได้รับพลังงานมากเกินไป โดยเฉพาะจากเครื่องดื่มต่าง ๆ รายงานหลายการศึกษาพบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคอ้วนกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง และจำทำให้การบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ในเพศหญิงและร้อยละ 26 ในเพศชาย

6. โรคเบาหวาน การศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างการบริโภคน้ำตาลกับโรคเบาหวาน แต่มีรายงานถึงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น ในผู้ที่บริโภคน้ำตาลปริมาณมาก และมีภาวะอ้วน

ความหมายของเกลือ

เกลือ หมายถึง ส่วนผสมทางเคมีที่เกิดจากโซเดียมและคลอไรด์ ซึ่งอยู่ในรูปเกล็ดสีขาวที่ใช้สำหรับปรุงแต่งรสชาติอาหาร หรือใช้ในการถนอมอาหาร ส่วนโซเดียมเป็นแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการทำงานของเซลล์ในร่างกาย

อาหารหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารแห้งหรืออาหารหมักดอง รวมทั้งกะปิ น้ำปลา ซีอิ๊วที่ใช้ปรุงแต่งอาหารให้มีรสชาติดีขึ้น มีส่วนผสมของเกลือในปริมาณสูง นอกจากนี้ยังมีเกลือแฝงอยู่ในอาหารสำเร็จรูปหลายชนิด เช่น ขนมกรุบกรอบ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เครื่องแกง อาหารกระป๋อง ซอสปรุงรสต่าง ๆ และอาหารที่ใช้โซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น คุณก็๋ ขนมปัง ขนมเค้ก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการปรุงและโรยเกลือลงบนอาหารโดยตรงอีก เช่น ข้าวโพดคั่ว หรือมันฝรั่งทอด

ปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมเกิน

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความรุนแรง ของโรคเบาหวาน ข้อมูลสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2009 พบว่าโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เหล่านี้เป็น สาเหตุการเสียชีวิตหลักของทุกประเทศทั่วโลก ถึงร้อยละ 63 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมดมากกว่าการเสียชีวิต จากการบาดเจ็บ โรคติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการและการเสียชีวิตของมารดาและเด็กรวมกัน และที่น่ากังวลเป็นอย่าง ยิ่ง คือ เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ก่อนอายุ 70 ปี) และมีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 36 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 44 ล้านคนใน ปี พ.ศ. 2563 การเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคไม่ติดต่อในปี พ.ศ. 2552 พบว่าอยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่าทั่วโลกคือ ร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ผลกระทบต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ จากการได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการ มีดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2559)

1. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT) การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือโซเดียมกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเริ่มต้น โดย Louis Dahl และคณะ ในปี พ.ศ. 2503 พบว่า การได้รับเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างปริมาณ เกลือที่ได้รับและความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะนำไปสู่โรคอื่น ๆ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาแนะนำปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคได้โดยไม่เกิดอันตราย คือโซเดียม 2 กรัมต่อวันหรือเท่ากับเกลือ 5 กรัมต่อวัน ในทางปฏิบัติปริมาณข้างต้นจะเทียบเท่าเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือเทียบเท่าน้ำปลา 3-4 ช้อนชาต่อวัน นอกจากนี้ผลการสำรวจเกี่ยวกับปริมาณการได้รับเกลือโซเดียมแสดงให้เห็นว่า ประชากรทั่วโลกได้รับปริมาณเกลือ โซเดียมสูงกว่าแนะนำมากกว่า 2 เท่า

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases: CVD) การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (strokes) ถึงร้อยละ 49 และร้อยละ 62 ของการเกิดโรคทั้งหมด จากการศึกษาของ Mozaffarian และคณะ พบว่าการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1,650,000 ราย ที่เกิด ขึ้นในปี ค.ศ. 2010 มีสาเหตุมาจากการบริโภคโซเดียมเหนือระดับอ้างอิง คือ 2 กรัมต่อวัน หรือเกลือ 5 กรัมต่อวันการลดปริมาณโซเดียมในผู้ใหญ่ให้ได้รับโซเดียมน้อยกว่า 2 กรัมต่อวันมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตและโอกาส ต่อการเกิดโรค CVD

3. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) การที่ร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อไตซึ่งไตเป็นอวัยวะหลักที่ทำหน้าที่ กำจัดโซเดียม โดยทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นจากการทำงานหนักและโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และความเสื่อมนั้นจะคงอยู่ตลอด ไปแม้จะมีการลดปริมาณโซเดียมลงในภายหลัง นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมด้วย ซึ่งล้วนแต่มีสาเหตุจากการได้รับเกลือและโซเดียมปริมาณสูง ดังนั้น การลดความดันโลหิตและโปรตีนในปัสสาวะ จะป้องกันการสูญเสียการทำงานของไต และภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด

4. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) การศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องของการทำงานของอินซูลินนั้น การลดปริมาณ การบริโภคเกลือโซเดียมลง มีผลต่อการเพิ่มระดับการทำงานของอินซูลินดีขึ้น ส่งผลให้ควบคุมโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

1.3 โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบควบคู่กันได้บ่อย โดยพบโรคนี้มากกว่าร้อยละ 5 ขึ้นไป ในประชาชนไทยที่มีอายุ 30 ถึง 60 ปี และจะพบได้ถึงร้อยละ 10 ในประชากรที่อาศัยในชุมชนเมือง ซึ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงถูกจัดว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของประชาชน

เป็นอย่างมาก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงได้คัดเลือกนำอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้มาเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินแผนงานด้านการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยกำหนดให้ภายในปี 2654 แต่ละเขตสุขภาพต้องมีอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพของประชาชนไทยและประชาคมโลกเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากประชากรในปัจจุบันมีอายุยืนยาวมากขึ้น ประกอบกับสภาพการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป สังคมชนบท กลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนต้องมีชีวิตที่เร่งรีบ จนก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แม้ว่าแต่ละประเทศจะตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น แต่พบว่าการดำเนินการ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานยังประสบปัญหาที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) แม้ว่าโรคเบาหวาน จะเป็นโรคที่วินิจฉัยได้ง่าย แต่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย (2) แม้ว่าปัจจุบันโรคเบาหวาน จะมียารักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ และ (3) แม้ว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ แต่ผู้ป่วย เบาหวานจำนวนมากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากรายงานของ International Diabetes Federation (IDF) พบความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2011 มีมากถึงร้อยละ 8.3 คิดเป็นจำนวน 366 ล้านราย และ IDF คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกมากถึง 552 ล้านราย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งการคาดการณ์ ดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562 เกี่ยวกับจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อระหว่างปี 2559 – 2561 แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี โดยในปี 2559 พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 840,489 คน คิดเป็นอัตรา 1,292.72 ต่อประชากรแสนคน ปี 2560 พบผู้ป่วย เบาหวาน จำนวน 876,970 คน หรือ 1,344.95 ต่อประชากรแสนคน และปี 2561 (ปีที่มีข้อมูลล่าสุด) พบผู้ป่วย เบาหวานจำนวน 941,226 คน คิดเป็น 1,439.04 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้สมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทยได้ทำการสำรวจและพบผลการสำรวจที่สอดคล้องกัน คือ สามารถพบผู้ป่วยเบาหวานได้มากกว่า ร้อยละ 5 ในประชาชนที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี และมีโอกาสพบผู้ป่วยเบาหวานได้มากถึงร้อยละ 10 ในกลุ่ม ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งเป็นชนิดต่างๆ ได้ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type1 diabetes mellitus, T1DM) เป็นเบาหวานที่เกิดจากการทำลาย B-Cell ของตัวอ่อน ทำให้มีการหลั่งอินซูลินน้อยลง เบาหวานชนิดที่ 1 ยังสามารถแบ่งออกเป็นประเภทย่อยๆ ได้อีก 2 แบบ ได้แก่

1.1 Immune mediated diabetes

1.2 Idiopathic diabetes

โรคเบาหวานประเภทนี้ส่วนใหญ่ พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก อาจตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะ (Ketonuria) หรือมีภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Ketoacidosis)

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus, T2DM)

2.1 Predominant insulin resistance

2.2 Predominant insulin secretory deficiency

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการ เช่น ปัสสาวะมาก กระหายน้ำบ่อย ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักที่ประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือพี่น้อง อาจพบลักษณะอื่นของภาวะดื้ออินซูลิน เช่น Acanthosis nigricans, polycystic ovarian syndrome

3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific type) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน

3.1 โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุ์กรรมเดี่ยวที่ควบคุมการทำงานของเบต้าเซลล์ คือ Maturity onset diabetes in the young หลากหลายรูปแบบ และความผิดปกติของ Mitochondrial DNA

3.2 โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุ์กรรมที่ควบคุมการทำงานของอินซูลิน

3.3 โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นจากโรคตับอ่อน

3.4 โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นจากโรคของต่อมไร้ท่อ

3.5 โรคเบาหวานที่เกิดจากสารเคมีหรือยาบางชนิด

3.6 โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคติดเชื้อ

3.7 โรคเบาหวานที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่ไม่พบบ่อย

3.8 โรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM) เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกของหญิงมีครรภ์ เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ จากปัจจัยจากรกหรืออื่น ๆ และตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการได้

แนวทางการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ซึ่งไม่รวมหญิงตั้งครรภ์ ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก นั้นให้วิธีการให้คะแนนประเมินความเสี่ยง หรือใช้เกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
 2. ผู้ที่อ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ม.³ และ/หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐาน) และมีพ่อ แม่ พี่ หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน
 3. เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่
 4. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ระดับไตรกลีเซอไรด์ ≥ 250 มก./ดล. หรือ เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล < 35 มก./ดล.) หรือได้รับยาลดไขมันในเลือดอยู่
 5. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม
 6. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired glucose tolerance (IGT) หรือ Impaired fasting glucose (IFG)
 7. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)
 8. มีอาการถุงน้ำในรังไข่ (polycystic ovarian syndrome)
- ผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งใน 8 ข้อข้างต้น ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ถ้าปกติให้ตรวจซ้ำทุกปีหรือตามคำแนะนำความเสี่ยงที่ประเมินได้

ตารางที่ 2.1 การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อเสนอแนะ

ผลรวมคะแนน	ความเสี่ยงต่อเบาหวานใน 12 ปี	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิดเบาหวาน	ข้อเสนอแนะ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	น้อยกว่าหรือร้อยละ 5	น้อย	1/20	- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจวัดความดันโลหิต - ความประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 3 ปี
3-5	ร้อยละ 5-10	ปานกลาง	1/12	- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจวัดความดันโลหิต - ความประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1-3 ปี
6-8	ร้อยละ 11-20	สูง	1/7	- ควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจวัดความดันโลหิต - ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด - ความประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1-3 ปี

ตารางที่ 2.1 การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อแนะนำ (ต่อ)

ผลรวม คะแนน	ความเสี่ยง ต่อเบาหวาน ใน 12 ปี	ระดับความ เสี่ยง	โอกาสเกิด เบาหวาน	ข้อแนะนำ
มากกว่า 8	มากกว่า ร้อยละ 20	สูงมาก	1/3-1/4	- ควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจวัดความดันโลหิต - ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด - ความประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1 ปี

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลง โดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FEG) มีค่า ≥ 126 มก./ดล. เหมาะสำหรับคนทั่วไปที่มาตรวจสุขภาพ และไม่มีอาการ

3. การตรวจจากความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล ≥ 200 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน วิธีนี้มักใช้ในงานวิจัย เนื่องจากผลการตรวจมีความไว (Sensitivity) แต่ความจำเพาะ (Specificity) ไม่ดีนักอาจคลาดเคลื่อนได้

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน

การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรกระทำตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และควรกำหนดเป้าหมายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมและความรุนแรง รวมทั้งกายเกิดผลกระทบจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1. ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคอื่นร่วม ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา เป้าหมาย A1C $< 6.5\%$ แต่ปัญหาของการควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดเข้มข้นมาก คือ เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปหมายถึงในการควบคุม คือ $A1C < 7.0\%$

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยหรือรุนแรง ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีโรคร่วมหลายโรค เป้าหมายระดับ $A1C$ ไม่ควรต่ำกว่า 7%

3. ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี ความพิจารณาสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย และแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มเพื่อกำหนดเป้าหมายในการรักษา คือ

3.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่สุขภาพดีไม่มีโรคร่วม ให้ควบคุมในระดับเข้มข้น คือ ใช้เป้าหมาย $A1C < 7.0\%$

3.2 ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีโรคร่วมอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลร่วมด้วย เป้าหมาย $A1C$ $7.0-7.5\%$

3.3 ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลใกล้ชิดในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การบริหารยาไม่ควรยุ่งยาก เป้าหมาย $A1C$ $7.0-8.0\%$ เลือกใช้ยาที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

3.3.1 ผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่แข็งแรง เปราะบาง มีโอกาสที่จะล้มหรือเจ็บป่วยรุนแรง ควรหลีกเลี่ยงยาที่ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาจให้ระดับ $A1C$ สูงได้ถึง 8.5%

3.3.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขึ้นรุนแรง ควรหลีกเลี่ยงยาที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจให้ระดับ $A1C$ สูงได้ถึง 8.5%

4. ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยอย่างมาก หรือเป็นโรคมะเร็ง การรักษาโรคเบาหวาน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและไม่เกิดอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้ได้รับการดูแลที่บ้านที่ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย ไม่กำหนดระดับ $A1C$

โรคความดันโลหิตสูง

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

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็พบว่ามี 1 คนใน 3 คนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และยังมีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรค

ความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีมีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้เกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2011 ; World Health Organization, 2013)

สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ. 2556-2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) นอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปีพ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9) (สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, 2561) แม้ว่าอัตราตายของโรคความดันโลหิตสูงจะไม่สูงมากนัก แต่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคอื่นที่นำไปสู่การตายได้สูงเช่น โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวาย และหลอดเลือดสมอง

จากสถานการณ์และความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงดังที่ได้นำเสนอข้างต้น ทำให้กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ประเด็นเรื่องภาวะความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญในการวางแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระดับชาติระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยกำหนดตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ว่าจะต้องลดอัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงให้ได้ร้อยละ 20 ภายในปี พ.ศ. 2564

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

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

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

โรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

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

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

(ที่มา: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ชนิด คือ

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

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

อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายอาจจะไม่มีอาการแสดงใดๆ แต่สามารถพบอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้

1. สมอ ความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาและแข็งตัว ภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบรูของหลอดเลือดแดงแคบลง ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้มากกว่าบุคคลปกติ

นอกจากนี้ยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังเซลล์สมองทำให้เซลล์สมองบวม ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้ความทรงจำลดลงและอาจรุนแรงเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายได้ถึงร้อยละ 50 และมีผลทำให้ผู้ที่รอดชีวิตเกิดความพิการตามมา

2. หัวใจ ระดับความดันโลหิตที่สูงเรื้อรังจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้นปริมาณเลือดเลี้ยงหัวใจลดลงหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักขึ้นต้องบีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อดันแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถดันกับแรงต้านทานที่เพิ่มมากขึ้นและมีการขยายตัวทำให้เพิ่มความหนาของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy) หากยังไม่ได้รับการรักษาเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวได้อีกจะทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพเกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้

3. ไต ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาและแข็งตัว ส่งผลให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสื่อมจากการไหลเวียนของปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลงและทำให้เกิดการคั่งของเลือดเสีย ไตเสื่อมสภาพและเสียหายที่ จนเกิดภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิตได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 เสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย

4. ตา ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงและเรื้อรังจะทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดที่ตาหนาตัวขึ้น ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาตีบลง การที่หลอดเลือดตีบลงทำให้มีอาการหิดเกร็งเฉพาะที่อาจมีเลือดออกที่จอตา ทำให้มีการบวมของจอภาพ หรือจอประสาทตาบวม ทำให้การมองเห็นลดลงมีจุดบอดบางจุดที่ลานสายตา ตามัวและมีโอกาสตาบอดได้

5. หลอดเลือดในร่างกาย ความดันโลหิตสูงจากแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายที่เพิ่มขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้นหรืออาจเกิดจากการมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดหนาและตีบแคบ ส่งผลให้

การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง หัวใจ ไต และตาลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะดังกล่าวตามมา ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย เป็นต้น

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

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

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

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

การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักตัวและลดความเสี่ยงในการเกิด CVD ควร ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน สามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบดังนี้

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

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

การออกกำลังกายแบบตะวันออก เช่น ชีกง ไทเก๊ก หรือโยคะเป็นทางเลือกหนึ่งในการแนะนำผู้ป่วย พบว่าอาจสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยังสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน และไม่ควรรอกำลังกายประเภทที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก เนื่องจากอาจจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยกเว้นในกรณีที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเป็นปกติแล้ว

การออกกำลังกายร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการควบคุมน้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ โดยการออกกำลังกายเพื่อรักษาน้ำหนักให้คงที่ ทำได้โดยการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงมากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 7 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยที่มีภาวะใดภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

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

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

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

การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณให้มากขึ้น ถือเป็นพฤติกรรมบริโภคที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีผลป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยมีการศึกษาพบว่า การรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

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

- ก. เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 มล.
- ข. เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มล.
- ค. น้ำขาว อุ กระแช่ 10% ปริมาณ 3 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 150 มล.
- ง. สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6% ปริมาณ 4เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 200 มล.
- จ. เบียร์ 5% ปริมาณ 240 มล.
- ฉ. เบียร์ 6% ปริมาณ ½ กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่
- ช. ไวน์ 12% ปริมาณ 100 มล.

1.6 การหยุดบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญต่อการลดความดันโลหิต เนื่องจากนิโคตินและสารคาร์บอนมอนนอกไซด์ไปกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มขึ้นของซีพจร ส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจ และทำให้มีการใช้ออกซิเจนในการกล้ำเนื้อหัวใจมากยิ่งขึ้น

1.7 ความเครียด การจัดการกับความเครียดเป็นวิธีการหนึ่งในการควบคุมและลดความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การควบคุมและจัดการกับความเครียดได้ดี จะช่วยลดระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 2.3 ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

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

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

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเน้นการปรับเปลี่ยนในระยะยาว โดยสิ่งสำคัญในกระบวนการดังกล่าว คือ การให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และเป็นรูปธรรมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

2. การรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต

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

1.4 ปัญหาฝุ่น PM_{2.5}

ปัญหาเรื่องฝุ่น PM_{2.5} เป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของประชาชนตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2562 เป็นต้นมา โดยรัฐบาลได้ผลักดันประเด็นเรื่องฝุ่น PM_{2.5} เป็นวาระแห่งชาติ และได้มีแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ "การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง" ออกมาเมื่อเดือน ต.ค. 2562 ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ไม่เพียงกรมควบคุมมลพิษ แต่ยังรวมถึง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพลังงาน กระทรวงคมนาคม กระทรวงอุตสาหกรรม สาธารณสุข รวมถึงท้องถิ่น เช่น กรุงเทพมหานคร

ความหมายของ PM_{2.5}

ฝุ่นละออง หมายถึง อนุภาคของแข็งและหยดของเหลวที่แขวนลอยกระจายในอากาศ อนุภาคบางชนิดมีขนาดใหญ่มองเห็นเป็นเขม่าควัน แต่บางชนิดมีขนาดเล็กจนมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า โดยทั่วไปแล้วฝุ่นละอองเหล่านี้มีขนาดเล็กกว่า 100 ไมครอน

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค, 2558 ได้อธิบายถึง PM_{2.5} หมายถึง ฝุ่นละออง (Fine Particle) เป็นอนุภาคที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ฝุ่นละอองเหล่านี้มีแหล่งกำเนิดจากควันเสียของรถยนต์ โรงไฟฟ้า โรงงานอุตสาหกรรม ควันที่เกิดจากการหุงต้มอาหารโดยใช้ฟืน

นอกจากนี้ยัง หมายถึง ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ออกไซด์ของไนโตรเจน (NO_x) และสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ที่ทำปฏิกิริยากับสารอื่นในอากาศทำให้เกิดเป็นฝุ่นละอองได้

ส่วนกลุ่มเฝ้าระวังฝุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562 ได้อธิบายว่า PM_{2.5} มีชื่อเต็มว่า Particulate matter with diameter of less than 2.5 micron ซึ่งเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน PM_{2.5} เป็น 1 ใน 8 ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศ

มาตรฐาน AQI

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

1. ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) เป็นฝุ่นที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน เกิดจากการเผาไหม้ทั้งจากยานพาหนะ การเผาวัสดุการเกษตร ไฟป่า และกระบวนการอุตสาหกรรม สามารถเข้าไปถึงถุงลมในปอดได้ เป็นผลทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคปอดต่างๆ หากได้รับในปริมาณมากหรือเป็นเวลานานจะสะสมในเนื้อเยื่อปอด ทำให้การทำงานของปอดเสื่อมประสิทธิภาพลง ทำให้หลอดลมอักเสบ มีอาการหอบหืด

2. ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM₁₀) เป็นฝุ่นที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 ไมครอน เกิดจากการเผาไหม้เชื้อเพลิง การเผาในที่โล่ง กระบวนการอุตสาหกรรม การบด การโม่ หรือการทำให้เป็นผงจากการก่อสร้าง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากเมื่อหายใจเข้าไปสามารถเข้าไปสะสมในระบบทางเดินหายใจ

3. ก๊าซโอโซน (O₃) เป็นก๊าซที่ไม่มีสีหรือมีสีฟ้าอ่อน มีกลิ่นฉุน ละลายน้ำได้เล็กน้อย เกิดขึ้นได้ทั้งในระดับบรรยากาศชั้นที่สูงจากผิวโลก และระดับชั้นบรรยากาศผิวโลกที่ใกล้พื้นดิน ก๊าซโอโซนที่เป็นสารมลพิษทางอากาศคือก๊าซโอโซนในชั้นบรรยากาศผิวโลก เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจนและสารประกอบอินทรีย์ระเหยง่าย โดยมีแสงแดดเป็นตัวเร่งปฏิกิริยา มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยก่อให้เกิดการระคายเคืองตาและระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจและเยื่อต่างๆ ความสามารถในการทำงานของปอดลดลงเหนื่อยเร็ว โดยเฉพาะในเด็ก คนชรา และคนที่เป็โรคปอดเรื้อรัง

4. ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี กลิ่น และรส เกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของเชื้อเพลิงที่มีคาร์บอนเป็นองค์ประกอบ ก๊าซนี้สามารถสะสมอยู่ในร่างกายได้โดยจะไปรวมตัวกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจนประมาณ 200-250 เท่า เมื่อหายใจเข้าไปทำให้ก๊าซชนิดนี้จะไปแย่งจับ

กับฮีโมโกลบินในเลือด เกิดเป็นคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (CoHb) ทำให้การลำเลียงออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆ ของร่างกายลดน้อยลง ส่งผลให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนเพลีย และหัวใจทำงานหนักขึ้น

5. ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) เป็นก๊าซที่ไม่มีสีและกลิ่น ละลายน้ำได้เล็กน้อย มีอยู่ทั่วไปในธรรมชาติ หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงต่าง ๆ อุตสาหกรรมบางชนิด เป็นต้น ก๊าซนี้มีผลต่อระบบการมองเห็นและผู้ที่มีการหอบหืดหรือ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ

6. ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี หรืออาจมีสีเหลืองอ่อน ๆ มีรสและกลิ่นที่ระดับความเข้มข้นสูง เกิดจากธรรมชาติและการเผาไหม้เชื้อเพลิงที่มีกำมะถัน (ซัลเฟอร์) เป็นส่วนประกอบ สามารถละลายน้ำได้ดี สามารถรวมตัวกับสารมลพิษอื่นแล้วก่อตัวเป็นอนุภาคฝุ่นขนาดเล็กได้ ก๊าซนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อปอด ผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ หากได้รับเป็นเวลานานๆ จะทำให้เป็นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังได้

สาเหตุของการเกิดฝุ่นขนาดเล็ก PM_{2.5}

กรมควบคุมมลพิษ (2547) และกองเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม (2563) อธิบายถึงแหล่งที่มาของฝุ่นละอองในบรรยากาศมีที่มาจาก 2 แหล่งสำคัญ ได้แก่

1. ฝุ่นละอองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ที่มีที่มาจากหิน ดิน ทราย และเขม่าไฟฟ้า เป็นต้น
2. ฝุ่นละอองที่เกิดจากกิจกรรมที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น การก่อสร้าง การรื้อถอนอาคาร และสิ่งก่อสร้าง การคมนาคมขนส่งและการจราจร ภาคอุตสาหกรรม และกิจกรรมอื่นๆ เช่น การทำสี การทำความสะอาดพื้นที่ต่างๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดความฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง

อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะ PM_{2.5} เกินกว่าค่ามาตรฐานอาจจะเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจจะเป็นปัจจัยทางตรง เช่น ผลการศึกษาของกรมควบคุมมลพิษระบุว่า ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} ในกรุงเทพฯ เกิดจากยานพาหนะ 52% (รถที่ใช้น้ำมันดีเซล) การเผาในที่โล่ง 35% จากพื้นที่อื่นๆ 7% และจากฝุ่นดิน ฝุ่นโลหะหนัก 6 % และไบโอแมส ประมาณ 3-5% ประกอบกับในช่วงเดือนธันวาคมถึงมีนาคม ประเทศไทยมีความกดอากาศสูงจากจีนแผ่ลงมา รวมถึงสภาพอากาศที่ปิด ลมสงบ ทำให้ฝุ่นละอองไม่กระจายตัว เกิดการสะสมในอากาศ

ผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าฝุ่น PM_{2.5} ส่งผลต่อสุขภาพของมนุษย์ทั้งหมด 3 ทาง ได้แก่

1. ฝุ่นเป็นพิษเนื่องจากองค์ประกอบทางเคมีหรือลักษณะทางกายภาพ
2. ฝุ่นเข้าไปรบกวนระบบหายใจ
3. ฝุ่นเป็นตัวพาหรือดูดซับสารพิษเข้าสู่ร่างกาย

โดย PM2.5 สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นนั้นเมื่อได้รับฝุ่นแล้ว อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้แก่

- อาจมีอาการเล็กน้อย เช่น แสบตา น้ำตาไหล คันจมูก น้ำมูกไหล ระคายเคืองผิวหนัง เป็นต้น
- อาจมีอาการรุนแรง เช่น เหนื่อย หอบ เหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม หายใจเร็ว แน่นหน้าอก หายใจไม่เต็ม เจ็บหน้าอก เป็นต้น

นอกจากนี้ PM_{2.5} อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว โดยอาจจะส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่อาการไอ จาม มีน้ำมูก จนถึงการอักเสบของไซนัส เจ็บคอ หายใจลำบาก ทำให้หลอดลมอักเสบ ปอดเป็นพังพืดจากการระคายเคืองเรื้อรัง จนถึงโรคมะเร็งของระบบทางเดินหายใจ และผลการศึกษาจากทั่วโลกยังแสดงให้เห็นว่า หากฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงกว่าค่ามาตรฐาน จะส่งผลให้การตายด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 7-20% การป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 5.5% การตายและป่วยด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 2-5% การตายและป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 5.3% ผู้สูงอายุป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่ม 17% ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่ม 7.6% และยังทำให้สภาพปอดในเด็กแย่ลง

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

1.5 โรควัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ มัยโค แบคทีเรียทูปเอร์คิวโลซิส มีรูปร่างเป็นแท่งมีขนาดเล็กมากมองด้วยตาเปล่าไม่เห็นต้องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ขยายจึงจะเห็นตัวเชื้อวัณโรค วัณโรคสามารถเป็นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ปอด ลำไส้ ไต กระดูก ผิวหนัง ต่อม้ำเหลืองและเยื่อหุ้มสมอง แต่ที่พบบ่อยและเป็นปัญหามากในปัจจุบัน คือ วัณโรคปอด

สาเหตุของวัณโรค

วัณโรคมีสาเหตุมาจากแบคทีเรียชนิดพิเศษชื่อ มัยโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คิวโลซิส (Mycobacterium tuberculosis) ปัจจุบันประชากร 1 ใน 3 ของโลก ซึ่งรวมถึงประเทศไทย มีเชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกายแล้ว เชื้อวัณโรคที่อาศัยอยู่ในร่างกายอาจไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย ซึ่งเรียกว่า “การติดเชื้อวัณโรค” ส่วนผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคและป่วยด้วยโรควัณโรคได้ในที่สุด เรียกว่า “ผู้ป่วยวัณโรค” ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นวัณโรคทุกคน เพราะร่างกายมีระบบ ภูมิคุ้มกันที่ต่อสู้เชื้อโรค มีผู้ติดเชื้อวัณโรคเพียงร้อยละ 10 ที่กลายเป็นผู้ป่วย

วัณโรค เชื้อวัณโรค สามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพได้ตามอวัยวะต่างๆ ทุกแห่ง ในร่างกาย แต่ที่พบบ่อย และทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข คือ ปอด ทำให้เกิดโรควัณโรคปอด

การติดต่อ

เชื้อวัณโรคติดต่อได้โดยไม่ต้องมีฝอยเสมหะน้ำลาย (Droplet nuclei) ที่พาเชื้อวัณโรคออกมาจากแผล ในปอดของผู้ป่วย เนื่องจากเชื้อวัณโรคไม่สามารถลอยในอากาศได้ โดยตัวของมันเอง วิธีการแพร่เชื้อส่วนใหญ่ เกิดจาก ผู้ป่วยวัณโรค ไอ จาม หัวเราะ ร้องเพลง หรือพูด และปล่อยเชื้อวัณโรคที่ปนกับละอองเสมหะน้ำลายเล็กๆ ออกมา ซึ่งเชื้อในละอองเสมหะ ขนาดเล็ก ๆ ที่ถูกไอออกมาจะลอยอยู่ในอากาศ และเชื้อวัณโรคมีโอกาสเข้าสู่ร่างกายเมื่ออนุภาค ละอองเสมหะที่ถูกสูดเข้าไป ถ้ามีขนาดค่อนข้างใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกและทางเดินหายใจ ส่วนต้น และในที่สุดจะถูกขับออกโดยกลไกการต้านทานและการขับออกของเยื่อทางเดินหายใจ ส่วนละออง เสมหะขนาดเล็กมาก (0.1 มิลลิเมตร) จะเข้าไปถึงหลอดลมฝอยส่วนปลาย หรือถุงลมได้ทำให้เกิด กระบวนการ อักเสบติดเชื้อขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคอาจจะแพร่เชื้อวัณโรคให้คนใกล้ชิดได้ 10 – 15 คนต่อปี แต่หลังจากกินยาวัณโรค ทุกวันประมาณ 2 -3 สัปดาห์ ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคให้แก่คนใกล้ชิด ตามธรรมชาติเชื้อวัณโรคอาศัย และเพิ่มจำนวนอยู่ในตัวคน (หรือสัตว์) ที่ป่วยเป็นวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคปอดจะแพร่เชื้อทางเสมหะ เสมหะ ที่ออกมาตกไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นและไม่มีแสงแดด เชื้อจะมีชีวิตอยู่นานเป็นเดือน ถ้าอยู่ในเสมหะ ที่ไอจามออกมาเป็นฝอยเล็กๆ เชื้อจะมีชีวิตอยู่ได้ 7 วัน แต่ถ้าถูกแสงแดดโดยตรงเชื้อจะตายภายใน 2 -3 ชั่วโมง

อาการและอาการแสดง

อาการทั่วไปของวัณโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ในระยะแรกจะไม่มีอาการชัดเจน หรืออาจไม่มีอาการเลย ผู้ป่วยมักไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้ต่ำ น้ำหนักลดเล็กน้อย อ่อนเพลียเล็กน้อย เบื่ออาหาร ถ้าอาการเหล่านี้มีมากขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่จะมีไอเรื้อรัง ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมารับการตรวจ ยิ่งไอ มีโลหิต ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลทันที อาการเจ็บหน้าอก จะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยไอมากจนเจ็บกล้ามเนื้อหรือ เป็นวัณโรคที่เยื่อหุ้มปอดด้วย ก็จะทำให้ผู้ป่วย มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเจ็บหัวไหล่ อาการเหนื่อยหอบจะพบ ในผู้ป่วยวัณโรคขนาดมาก หรือวัณโรค ที่มีการทำลายเนื้อปอด จนทำให้เนื้อปอดที่เหลืออยู่ไม่พอทำหน้าที่ ได้อย่างปกติ

โรควัณโรคเยื่อหุ้มสมอง กระดูก ลูกอ้นทะ กระเพาะปัสสาวะหรือไต จะมีอาการเกี่ยวกับระบบนั้นๆ ส่วน วัณโรคต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองจะโตและคลำได้ ในเด็กจะพบ วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด ต้องวินิจฉัย โดยการทดสอบทูเบอร์คูลินร่วมกับลักษณะทางคลินิก

การจำแนกประเภทวัณโรค

อวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายที่เชื้อวัณโรคทำลายคือ ปอด ซึ่งเรียกว่า “วัณโรคปอด” แต่อย่างไรก็ตาม อวัยวะทุกส่วนของร่างกายสามารถติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ เช่น ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ตับ กระดูก

และสมองโดยแบ่งประเภทของวัณโรคออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis : P) และวัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis : EP) กรณีที่ผู้ป่วยคนเดียวกันมีทั้งโรควัณโรคปอด และวัณโรคนอกปอด ให้จัดเป็นโรควัณโรคปอด โดยมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคแบ่งออกเป็น 6 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้ป่วยใหม่ (NEW) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน หรือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคมาแล้วไม่เกิน 1 เดือนจากสถานพยาบาลอื่นและไม่ได้ขึ้น ทะเบียนรักษา

2) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค และได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้ว หรือรักษาครบแล้วต่อมากลับเป็นโรคอีก โดยมีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ วัณโรค หรือผลเป็นบวก (ด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยใช้ไม้เขี่ยเสมหะแล้วป้ายลงบนแผ่นกระจกสไลด์ โดยตรง - Direct smear และ/หรือ ด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ - Culture)

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

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

- ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก (M-) หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ได้รับ การรักษาแต่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 เป็นบวก

- ผู้ป่วยที่ให้การรักษาดัวยระบบยารักษาซ้ำ (Re-treatment regimen) หลังจากล้มเหลวจากระบบยาที่รักษามาก่อน

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

5) ผู้ป่วยรับโอน (Transfer in) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รับโอนมาจาก สถานพยาบาลอื่น โดยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว และได้รับยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง

6) ผู้ป่วยอื่นๆ (Other) ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าในกลุ่มผู้ป่วยทั้งห้าประเภทข้างต้นตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น

- ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค และได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้วหรือรักษาครบแล้ว กลับมามีอาการป่วยอีก แต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค (เป็นลบ) ทั้งกรณีการตรวจด้วย กล้องจุลทรรศน์ หรือด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (Bacteriologically negative relapse)

- ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาวัณโรคจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 1 เดือน โดยที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบแผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Control Program: NTP)
- ผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เมื่อสิ้นสุดการรักษาซ้ำแล้ว เสมหะยังคงพบเชื้อ

การรักษาวัณโรค

การรักษาวัณโรคในปัจจุบัน มีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากมียาหลายชนิดที่ใช้รักษา ได้ผลดี การใช้ยารักษาโรคที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นได้น้อยลง เพราะเชื้อในเสมหะ ถูกทำลายไปในระยะ 2-3 สัปดาห์แรก หลังการรักษา วัณโรคสามารถรักษาหายได้ โดยผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยารักษานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยใน 2 เดือนแรกผู้ป่วยต้องกินยา 4 ชนิดทุกวัน ได้แก่

- ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid หรือ H)
- ไรแฟมพิซิน (Rifampicin หรือ R)
- พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide หรือ Z)
- อีแทมบูทอล (Ethambutol หรือ E)

หลังจากกินยาผ่านไป 2 เดือน จะมีการลดจำนวนยาเหลือ 2 ชนิด คือ ไอโซไนอะไซด์ และไรแฟมพิซิน โดยกินต่อไปทุกวันนานอีก 4 เดือน หรือมากกว่านั้น และเมื่อกินยาครบ นานเกิน 6 เดือน ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ จะหายป่วย

2. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยมาเพื่อใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประกอบด้วยแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาพลักษณ์องค์กร โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมากในปัจจุบัน โดยคำว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพนี้เป็นแนวคิด

ที่ถูกนำเสนอเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1974 และได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในยุคปัจจุบัน สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้นพบว่า คำว่า “Health Literacy” ก็เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในประเทศไทย เช่นกัน โดยมีผู้กำหนดคำเรียกไว้อย่างหลากหลาย เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2562)

สำหรับประเด็นความหมายนั้นพบว่า องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางด้านการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) นอกจากความหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกแล้วยังมีนักวิจัยด้านสาธารณสุขให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพไว้เป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามเมื่อได้พิจารณาถึงความหมายที่ให้ไว้พบว่า นักวิจัยส่วนมากมีแนวคิดร่วมกันว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทักษะที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การปฏิบัติตัว และทักษะทางสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าถึง ความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในประเด็นที่กำหนดไว้ เพื่อนำใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น โดยสรุปแล้วบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะพื้นฐาน เช่น การรู้หนังสือ การฟัง การตั้งคำถาม เป็นต้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561)

Nutbeam, 2000, 2008 ได้อธิบายถึงความรู้ทางด้านสุขภาพว่า เป็นทักษะที่สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจและปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ซึ่งทักษะดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการอ่าน คำแนะนำ ฉลากยา ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อแนะนำของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา การกำหนดนัดหมาย เป็นต้น

ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและพุทธิปัญญา รวมถึงทักษะทางด้านสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นมีวิจารณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการ

สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในชั้นวิจารณ์ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการกระทำทางสังคม การเมืองและสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพไปพร้อมกัน โดยการประสานประโยชน์ของบุคคลเข้ากับสังคม เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนโดยทั่วไป

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2560 ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน

ประเทศทั่วโลกล้วนตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้ หรือรู้หนังสือ และใช้อัตราการรู้หนังสือเป็นดัชนีสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพในการพัฒนาประเทศ ระบบที่ช่วยให้ประชาชนอ่านหนังสือมากขึ้น อาทิ การทำให้นหนังสือคุณภาพดีมีราคาถูกจนประชาชนในทุกระดับสามารถหาได้ การส่งเสริมผู้ผลิตและผู้จัดทำข้อมูลสุขภาพในด้านต่างๆ โดยใช้แรงจูงใจด้านภาษี การประเมินค่าความนิยมเพื่อจำแนกกลุ่มผู้อ่าน การประชาสัมพันธ์หนังสือที่มีประโยชน์

2. การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะข้อมูลออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงแหล่งข้อมูลดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่ไปสู่บุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะข้อมูลความรู้ตามกระแสข่าวที่ประชาชนกำลังสนใจ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดหรือหลงเชื่อ โดยจัดทำช่องทางในการเผยแพร่ที่หลากหลายทั้งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ การสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์เคลื่อนที่ และสื่อมวลชนอื่นๆ

3. การพัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้และบริการสุขภาพ

ผู้ดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขจะต้องมีการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและโรงพยาบาลเอกชน สื่อมวลชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคประชาชน เพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบปัญหาข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้องและเป็นภัยกับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ต้องการมีชี้แจงให้ความรู้ที่ถูกต้องกับสาธารณสุขได้อย่างทันถ่วงที เพื่อระงับยับยั้งสิ่งที่ไม่ถูกต้องเสียตั้งแต่ต้น รวมถึงมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนสถานการณ์และแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับความเป็นจริง ประกาศไว้ให้ประชาชนได้รับรู้

4. การออกแบบและตรวจคุณภาพของสื่อ

สื่อในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่อมัลติมีเดีย และสื่อสาธารณะ การออกแบบสื่อเพื่อผลิตและเผยแพร่ควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น คำนึงถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นให้มีพื้นที่ว่างบ้าง การใช้แผนภาพ

หรือภาพถ่ายประกอบการสื่อสารความรู้ความเข้าใจ การใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลที่ใช้ประกอบการตัดสินใจ ระบุชื่อหน่วยงานและขอบเขตพื้นที่ในการเผยแพร่ให้ชัดเจน เป็นต้น

5. การเพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลัง

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง รวมทั้งการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหากประชาชนสามารถแสวงหาความรู้มาเพิ่มพูนทักษะและความสามารถให้สูงขึ้น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มจะสามารถต้านทานหรือควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ดีขึ้น

6. การพัฒนาระบบ หน่วยงาน/องค์กร และชุมชน

สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ทำได้โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ ป้ายแนะนำตามจุดต่างๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลากหลายภาษาหรือหลายวัฒนธรรม รวมทั้งจัดสิ่งแวดลอมให้ดูผ่านคลาย จัดเจ้าหน้าที่ให้มีชุดเครื่องแบบที่สังเกตเห็นได้ชัดว่าเจ้าหน้าที่เป็นบุคลากรของหน่วยบริการนี้ ประเด็นสำคัญคือการพัฒนาทักษะความสามารถและทักษะการสื่อสารของบุคลากร เนื่องจากทุกวันนี้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีเวลาจำกัดในการสื่อสาร ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างคนไข้หรือผู้มารับบริการ หรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง

7. การใช้กลวิธีสุศึกษา

การจัดโอกาสในการสร้างการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและบุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข อสม. ครูสุศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การพูดให้ช้าลง การสื่อสารสองทาง การหลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะ การใช้ภาพช่วยในการสื่อความหมาย การสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าในการถาม เทคนิคการสอนกลับ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. , 2006 ได้ทำการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอเมริกันที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป จำนวน 19,000 คน มีเครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามแบบประเมินตนเอง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ใหญ่ร้อยละ 53 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 12 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับดี ร้อยละ 22 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน และ ร้อยละ 14 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศหญิงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ

มากกว่าเพศชาย คนผิวขาว ชาวเอเชีย และชาวหมู่เกาะแปซิฟิก มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าชนผิวดำ ชาวอินเดียแดง ชาวสเปนและโปรตุเกส คนที่พูดภาษาอังกฤษเป็นภาษาแม่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าคนที่ใช้ภาษาอื่นเป็นภาษาแม่ คนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีระดับความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่อายุน้อยกว่า 65 ปี และคนที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าคนที่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี

วิลม โรมา และคณะ 2562 ได้ทำการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจากทั่วประเทศ จำนวน 17,530 คน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า มีคนไทยร้อยละ 19.09 ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมหรือใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพในบริบทการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ นอกจากนี้ผลการสำรวจยังแสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การอ่านออกเขียนได้มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล

HLS-EU CONSORTIUM, 2012 ได้ทำการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทวีปยุโรป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า มีประชาชนชาวยุโรปถึงร้อยละ 12 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับไม่ดีพอ และประชากรกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 35 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าจำนวนร้อยละของคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอ ในแต่ละประเทศมีจำนวนแตกต่างกัน ซึ่งสาเหตุที่เป็นเช่นนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศนั้นๆ เป็นสำคัญ

2.2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร

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

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

องค์ประกอบของการสื่อสาร

กระบวนการถ่ายทอดสารของมนุษย์โดยทั่วไปประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่

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

แนวคิดทฤษฎีการเปิดรับข่าวสาร (Media Exposure)

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

จากความหมายของการเปิดรับข่าวสารข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเปิดรับข่าวสารถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ โดยเฉพาะการตัดสินใจ ความต้องการในการเปิดรับข่าวสารของมนุษย์จะมากขึ้น ถ้ามนุษย์จำเป็นที่จะต้องตัดสินใจหรือมีความไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยธรรมชาติแล้วบุคคลไม่สามารถจะรับข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ทั้งหมดได้ แต่จะต้องเลือกรับเพียงบางส่วนที่ตรงกับความสนใจ หรือที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งความต้องการดังกล่าวอาจจะเกิดจะปัจจัยพื้นฐานหลักๆ ดังนี้ (McCombs and Becker, 1997)

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

การเปิดรับข่าวสารมีลักษณะเป็นกระบวนการ นักวิชาการอธิบายว่า กระบวนการเปิดรับข่าวสารดังกล่าวประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ (Klapper, 1960)

1. การเลือกเปิดรับ (Selective Exposure) เป็นขั้นแรกในการเลือกช่องทางการสื่อสาร บุคคลจะเลือกเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งสารที่มีอยู่ด้วยกันหลายแหล่ง เช่น การเลือกซื้อหนังสือพิมพ์ฉบับใดฉบับหนึ่ง เลือกเปิดวิทยุกระจายเสียงสถานีใดสถานีหนึ่งตามความสนใจและความต้องการของตน อีกทั้งทักษะและความชำนาญในการรับรู้ข่าวสารของคนเรานั้นก็ต่างกัน บางคนถนัดที่จะฟังมากกว่าอ่าน ก็จะชอบฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์มากกว่าอ่านหนังสือ เป็นต้น

2. การเลือกให้ความสนใจ (Selective Attention) ผู้เปิดรับข่าวสารมีแนวโน้มที่จะเลือกสนใจข่าวจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง โดยมักเลือกตามความคิดเห็น ความสนใจของตน เพื่อสนับสนุน ทัศนคติเดิมที่มีอยู่และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจหรือทัศนคติเดิมที่มีอยู่แล้ว เพื่อไม่ให้เกิดภาวะทางจิตใจที่ไม่สมดุลหรือมีความไม่สบายใจ ที่เรียกว่า ความไม่สอดคล้องทางด้านความเข้าใจ (Cognitive Dissonance)

3. การเลือกรับรู้และตีความหมาย (Selective Perception and Interpretation) เมื่อบุคคลเปิดรับข้อมูลข่าวสารแล้ว ก็เชื่อว่ารับรู้ข่าวสารทั้งหมดตามเจตนารมณ์ของผู้ส่งสารเสมอไปเพราะคนเรามักเลือกรับรู้และตีความหมายสารแตกต่างกันไปตามความสนใจ ทัศนคติ ประสบการณ์ ความเชื่อ ความต้องการ ความคาดหวัง แรงจูงใจ สภาวะทางร่างกาย หรือสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ดังนั้นแต่ละคนอาจตีความเฉพาะข่าวสารที่สอดคล้องกับลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าว นอกจากจะทำให้ข่าวสารบางส่วนถูกตัดทิ้งไป ยังมีการบิดเบือนข่าวสารให้มีทิศทางเป็นที่น่าสนใจของแต่ละบุคคลด้วย

4. การเลือกจดจำ (Selective Retention) บุคคลจะเลือกจดจำข่าวสารในส่วนที่ตรงกับ ความสนใจ ความต้องการ ทัศนคติ ฯลฯ ของตนเอง และมักจะลืมหรือไม่นำไปถ่ายทอดในส่วนที่ตนเองไม่สนใจ ไม่เห็นด้วยหรือเรื่องที่ขัดแย้งกับความคิดของตนเอง ข่าวสารที่คนเราเลือกจดจำไว้นั้น มักมีเนื้อหาที่จะช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ ค่านิยม หรือความเชื่อของแต่ละคนที่มีอยู่เดิม ให้มีความมั่นคงชัดเจนยิ่งขึ้นและเปลี่ยนแปลงยากขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ในโอกาสต่อไป ส่วนหนึ่งอาจนำไปใช้เมื่อเกิดความรู้สึกขัดแย้งและมีสิ่งที่ไม่สบายใจขึ้น

กระบวนการเปิดรับข่าวสารดังกล่าวข้างต้นทำหน้าที่เสมือนกลไกในการกรองข่าวสารให้ตรงกับความรู้หรือความต้องการของตน จากกระบวนการดังกล่าวจะแสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลจะเปิดรับข่าวสารอะไรก็ตามจะต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน ซึ่งการที่ข่าวสารจะเข้าสู่การรับรู้ของบุคคลได้หรือไม่นั้น ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ดังนี้ (ขวัญเรือน กิตติวัฒน์, 2531)

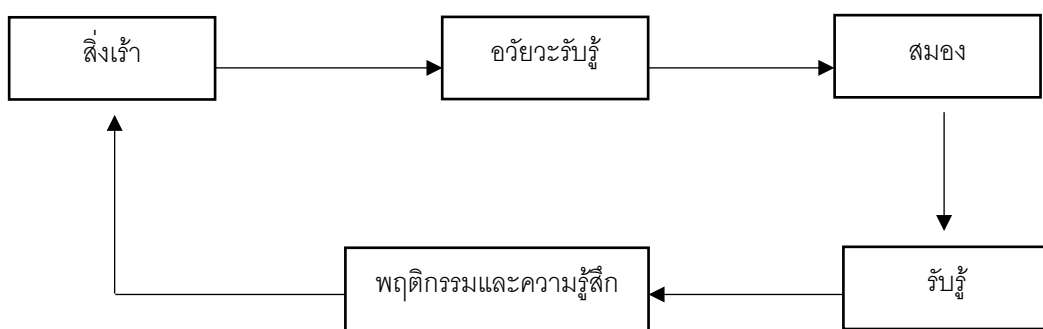
6. ลีลาในการสื่อสาร (Communication style) การรับรู้สารของเรานั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลีลาในการสื่อสารของเรา คือ ความชอบหรือไม่ชอบสื่อบางประเภท ดังนั้นบางคนจึงชอบฟังวิทยุ บางคนชอบ ดูโทรทัศน์ บางคนชอบอ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ

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

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

แนวคิดเรื่องการรับรู้ (Perception)

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



ภาพที่ 2.1 กระบวนการรับรู้

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้พบนักวิจัยที่ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

Garrison, K.C., & Magoon, R. (1972). ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งสมอง ตีความ หรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ทำให้บุคคลทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร โดยอาศัย ประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

Gilmer (1970) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการของการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ และแปลความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ได้โดยใช้วัฏวะสัมผัส

ปรมะ สตะเวคิน (2540) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการตีความสิ่งที่เราพบเห็นใน สิ่งแวดล้อม ส่วนความหมาย (Meaning) คือ สิ่งที่เกิดจากกระบวนการตีความหรือการรับรู้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เราตีความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างไรขึ้นอยู่กับสิ่งที่เรารับรู้ (Perceive) หรือตีความ (Interpret) สิ่งนั้น อย่างไรก็ตาม ในการรับรู้และตีความหมายสิ่งที่เราพบเห็น เรากระทำโดยอาศัยประสบการณ์ของเรา ประสบการณ์ของเรามีอิทธิพลต่อการรับรู้ และความหมายของเราต่อสิ่งที่เราพบเห็น ประสบการณ์ คือสิ่งที่เรารับรู้ พบเห็น มีความหมายและจดจำไว้ใช้ ได้แก่ความเชื่อ ค่านิยม ภาษา ความรู้ สถานะทางสังคม ทักษะ บุคลิกลักษณะ ศาสนาวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี อาชีพ ความต้องการ อารมณ์ เป็นต้น เรารับรู้และตีความหมายสิ่งที่เรา ประสบ โดยอาศัยความหมายจากประสบการณ์ที่เรามีอยู่หากสิ่งที่เราพบเห็น เป็นสิ่งใหม่ซึ่งเราไม่เคย มีประสบการณ์มาก่อน เราก็กทำในสิ่งนั้น มีความหมายได้ด้วยการเลือก (Select) เพิ่มเติม (Add) บิดเบือน (Distort) หรือโยง (Relate) สิ่งนั้นให้เป็นประสบการณ์ของเรา ดังได้กล่าวแล้วว่า ประสบการณ์ (Experience) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ (Perception) และความหมาย (Meaning) ของคน แต่เนื่องจากแต่ละคนมีประสบการณ์ ที่แตกต่างกันไม่มีใครที่จะมีประสบการณ์เหมือนกันทั้งหมด ดังนั้นแต่ละคนจึงมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันไม่มีใคร ที่จะมประสบการณ์เหมือนกันทั้งหมด ดังนั้นแต่ละคนจึงมีการรับรู้และการแปลความหมายต่อสิ่งที่เราพบเห็น แตกต่างกันไป การรับรู้เป็นขั้นตอนแรกของการมีพฤติกรรม แต่การรับรู้เป็นเพียงตัวแปรหนึ่งเท่านั้นในการเกิด พฤติกรรมยังมีตัวแปรอื่นๆ อีกมากมายที่มีส่วนในการเกิดพฤติกรรม เช่น ทักษะ บทบาทและความคาดหวัง ในบทบาท แรงจูงใจ ฯลฯ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการรับรู้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมในแง่ที่ว่าถ้าบุคคลรับรู้ถูกต้อง แม่นยำ การแสดงพฤติกรรมก็จะออกไปในรูปหนึ่ง นั่นคือการรับรู้มีส่วนทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน

อรุณชาติ วงษ์ทับทิม (2547) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง การตีความแปลความหมายจาก สิ่งแวดล้อม สิ่งเร้าโดยสมองและเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้เกิดความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการในการรับรู้ เป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึก จากการมองเห็น การได้ยิน การอ่าน และการตีความเกี่ยวกับปัจจัยหรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระตุ้นประสาทสัมผัส ของบุคคลและมีผลทำให้เกิดการตอบสนองในแบบของการกระทำหรือความนึกคิด

สมนา บุญหลาย (2550) ได้อธิบายว่าบุคคลรู้สึกในสิ่งเร้าต่างๆ เท่ากับว่า ความรู้สึกนั้นได้ส่งข้อมูลดิบ (Row data) เข้าสู่ประสาททั้ง 5 จากนั้นจะเกิดการตีความในข้อมูลดิบเหล่านั้นแล้ว จึงเกิดการรับรู้ หรือจินตภาพ (Perception) ขึ้น ดังนั้นกระบวนการรับรู้จึงเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของการคัดเลือก (Selection) การจัดระเบียบ (Organization) และการตีความ (Interpretation) ข้อมูลต่างๆ ของบุคคล

วสิรัตน์ ใจสูงเนิน (2551) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึงกระบวนการที่ผ่านการตีความจากการจัดระเบียบข้อมูลต่างๆ หรือการรับรู้ คือกระบวนการจัดรวบรวมและตีความข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาหรืออาจกล่าวอย่างง่ายที่สุดว่า การรับรู้ คือการตีความของข้อมูลจากการรู้สึกหรือจากสิ่งเร้าต่างๆ ที่ได้สัมผัส เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกัน ไม่มีบุคคลใดที่มีการรับรู้เหมือนกับบุคคลอื่นเลยทีเดียว เพราะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่รับรู้ก็จะประมวลสิ่งที่ได้รับรู้นั้น ขึ้นมาเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

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

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

นอกจากปัจจัยทั้ง 3 ดังที่ได้เสนอข้างต้นแล้ว นักจิตวิทยายังได้เสนอปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของมนุษย์ในอีกด้านหนึ่ง ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้รับรู้ สามารถแบ่งออกได้เป็นอีก 2 ด้านย่อย ได้แก่
 - 1.1 ด้านกายภาพ หมายถึง อวัยวะสัมผัส ถ้าอวัยวะสัมผัสดีก็จะทำการรับรู้ได้ดี ถ้ามีความบกพร่องที่อวัยวะสัมผัสจะทำให้เกิดการรับรู้ได้ไม่เต็มที่
 - 1.2 ด้านสติปัญญา หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เช่น ความจำ อารมณ์ ความพร้อม ความละเอียดรอบคอบในการสังเกต เป็นต้น
2. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่

2.1 ความรู้เดิม หมายถึง กระบวนการรับรู้เมื่อเกิดการสัมผัสแล้ว ต้องแปลงเป็นสิ่งที่ความหมายโดยอาศัยความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เราจะต้องรับรู้ หากการรับรู้เดิมเป็นไปอย่างถูกต้องการรับรู้ครั้งใหม่ก็จะถูกต้อง ถ้าไม่มีการรับรู้เดิม หรือการรับรู้เดิมมีความคลาดเคลื่อน การรับรู้ครั้งใหม่ก็อาจจะผิดหรือคลาดเคลื่อนตามไปด้วย

2.2 ลักษณะของสิ่งเร้า หมายถึง คุณสมบัติซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่使人สนใจที่จะรับรู้หรืออาจจะทำให้การรับรู้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เช่น ความคล้ายคลึง ความต่อเนื่องของสิ่งเร้า สภาพพื้นฐานของการรับรู้ เป็นต้น

การรับรู้เป็นขั้นตอนแรกของการมีพฤติกรรม ความสำคัญของการรับรู้ก็คือ หากบุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสารถูกต้องแม่นยำการแสดงพฤติกรรมก็จะออกไปในรูปแบบหนึ่ง แต่หากมีการรับรู้ไม่ถูกต้องแม่นยำจะทำให้การแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบหนึ่ง นั่นก็คือ การรับรู้มีส่วนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันด้วย

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

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาด้านการรับรู้

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2559) ศึกษาการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 240 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมน้ำหนัก การจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมน้ำหนัก

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

สุจิตต์ แสนมงคล (2559) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จังหวัดภูเก็ต ในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 450 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ การรับรู้ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 51.5

วลีรัตน์ ใจสูงเนิน (2551) ศึกษาการรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน โดยทำการศึกษาในประชาชนผู้มีสิทธิดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 392 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรแต่ละตำบล การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่และการประชาสัมพันธ์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางประการของประชาชนยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ดังกล่าวให้มากขึ้น เพื่อลดความเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อน ของผู้รับบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องและการร้องเรียนปัญหาเนื่องจากการรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับประโยชน์สูงสุด

สนอง คล้าฉิม (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง กับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวมและรายด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและด้านการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมดูแลสุขภาพและพฤติกรรมป้องกัน หลีกเลี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมป้องกัน หลีกเลี่ยง แต่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาและด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6.2 โดยที่การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยจะเกิดตามมาภายหลังความเจ็บป่วยสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5.0 จากผลการศึกษาพบว่ามีเพียงการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังความเจ็บป่วย (consequences) และด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (control/cure) ที่สามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6.2 โดยการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังความเจ็บป่วย (consequences) สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5.0 โดยจากการศึกษาพบว่าการรับรู้ด้านนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษา ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิดหรือเข้าใจในด้านนี้ที่กล่าวว่า การรับรู้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบร้ายแรงตามมาจะทำให้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาสั้นลง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Walsh ที่พบว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านนี้สูง จะใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาสั้นลง เนื่องจากการรับรู้ทำให้เกิดความกลัวซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญให้กลุ่มตัวอย่างรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ชัชวีรณ เวฬุวนารักษ์ (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ แรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ และศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการป้องกันโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1-29 กุมภาพันธ์ 2543 จำนวน 400 พบว่า ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ด้านอาการของโรค ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ด้านความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และด้านความคาดหวังประสิทธิผลการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกันโรค ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเอดส์ ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการป้องกันโรคเอดส์ด้านเพศสัมพันธ์ และด้านการใช้ยาเสพติด

ยุพรัตน์ อดกลั่น และคณะ (2559) ได้ศึกษาการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดูกพรุนของประชาชนในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ข่าวสาร ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากสื่ออื่นๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ อาสาสมัครสาธารณสุขและเสียงตามสายในชุมชน เป็นต้น รองลงมาคือ วิทยุโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับต่ำ ทั้งในเรื่องอาการ การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย โดยมีความรู้ในเรื่องสาเหตุ โรคกระดูกพรุนและการป้องกันโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับต่ำมาก การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดูกพรุนนั้น ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคกระดูกพรุน มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรด้านอาชีพ ปัจจัยด้านความรู้ มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรคือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการมีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน ปัจจัยด้านการปฏิบัติตน มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากร คือ อาชีพ และการมีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน การศึกษานี้พบว่าการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของประชากรสูงอายุไม่มีความแตกต่างกัน แต่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลป้องกันตนเองเกี่ยวกับภาวะโรคกระดูกพรุนมีปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ รายได้ และประชากรที่อาศัยอยู่ในบ้านเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้น ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน โดยใช้กระบวนการด้านการสื่อสาร จึงควรวางแผนและหาแนวทางที่เหมาะสมในการกระจายข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทดังกล่าว

จิราพร ศรีพิบูลย์บติ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษามาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี จำนวน 188 คน อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 52.7 ไม่มาใช้บริการร้อยละ 47.3 มีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยเอื้อด้านระยะทางจากบ้านไปศูนย์สุขภาพชุมชน

ณัฐรี ไชยภักดี (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาคุณลักษณะ ทางประชากร ที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กับกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่อาศัย ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 200 คน จากผลการศึกษาพบว่า ระดับรายได้ ที่แตกต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรัก ให้โลกไม่แตกต่างกัน การเลือกเปิดรับรูปแบบข่าวสารที่ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความถี่ในการเปิดรับข่าวสาร จะมีความรู้เกี่ยวกับ โครงการ 7 สี ปันรักให้โลกไม่แตกต่างกัน ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกแตกต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกไม่แตกต่างกัน ประชาชนใน เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการมี ส่วนร่วมในโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนทัศนคติของประชาชนใน เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีต่อโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการมี ส่วนร่วมในโครงการ 7 สี ปันรักให้โลกอย่างมีนัยสำคัญ

สุพิดา เย็นโกคา (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 678 คน ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2552 ผลการวิจัยพบว่า ค่านิยมต่อสุขภาพ การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค และแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (Knowledge)

ความรู้ (Knowledge)

Bloom (1971) ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของตน โดยเน้นความจำ ประสบการณ์ และการระลึกเหตุการณ์

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

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่ได้มาจากการเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถในเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากการประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติองค์วิชาแต่ละสาขา

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

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

- 2) การสร้างทัศนคติ (Attitude Formation) ผลกระทบเชิงความรู้ต่อการปลูกฝังทัศนะนั้น ส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นวัฒนธรรม เพื่อสร้างทัศนคติให้คนยอมรับการเผยแพร่วัฒนธรรมนั้นๆ

- 3) การกำหนดวาระ (Attitude Setting) เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่สื่อกระจายออกไป เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย ตระหนัก และผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับกลุ่มเป้าหมายและค่านิยมของสังคมแล้ว กลุ่มเป้าหมายก็จะเลือกสารสนเทศนั้น

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

5) การรู้แจ้งต่อค่านิยม (Value Clarification) ความแย้งในเรื่องค่านิยม และอุดมการณ์ เป็นภาวะปกติของสังคม การนำเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านี้ย่อมทำให้ เข้าใจถึงค่านิยมชัดเจนขึ้น

โดยทั่วไป สามารถจำแนกความรู้ออกเป็น 2 ประเภท คือ

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

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

นอกเหนือจากการแยกความรู้เป็น 2 ประเภทข้างต้นแล้ว นักวิชาการการศึกษายังได้แบ่งระดับของความรู้ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ Bloom (1971)

- 1) ระดับที่ระลึกได้ (Recall) เป็นระดับความสามารถในการดึงข้อมูลออกมาจากความจำได้
- 2) ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) เป็นระดับที่สามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความด้วยถ้อยคำของตนเอง แสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายแปลความ และเปรียบเทียบความคิดอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้
- 3) ระดับการนำไปใช้ (Application) สามารถนำเอาข้อเท็จจริง และความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปแบบ
- 4) ระดับของการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถให้ความคิดในรูปของการนำความคิดมาแยกส่วน เป็นประเภท หรือการนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อปฏิบัติของตนเอง
- 5) ระดับของการสังเคราะห์ (Synthesis) คือการนำข้อมูล และแนวความคิดมาประกอบกันแล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ต่างจากเดิม
- 6) ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือ สามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อตั้งเกณฑ์การรวบรวมผลและวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ตั้งข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

สรุปได้ว่าความรู้ คือ ความสามารถด้านสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกโดยการจำเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ซึ่งความรู้มีความสำคัญต่อการเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นภายหลังการรับรู้ โดยแบ่งระดับการความรู้ออกเป็น 6 ระดับ จากง่ายสู่สิ่งที่ซับซ้อน และจากรูประจักษ์นามธรรม ซึ่งความรู้นั้นเป็นประโยชน์และสามารถใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดทัศนคติที่ดี และส่งต่อไปถึงพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้

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

มุกดา สอนประเทศ (2554) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และแนะนำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ได้แก่ การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน เช่น อสม. ในการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว โดยผู้นำชุมชน เป็นต้น

สุทิสสา ทิจะยัง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองพบว่าสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อ ช่วยสกัดกั้นการเกิดโรค และสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ชุมชน และบุคคลในครอบครัวสามารถดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดโรคโรคหลอดเลือดสมอง และจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

สุพิดา เย็นโสภา (2553) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก โดยศึกษาปัจจัยตัวแปร ได้แก่ ค่านิยมต่อสุขภาพ การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่

สายพันธุ์ใหม่ 2009 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โดยพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งปัจจัยที่มีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมากที่สุด คือ อิทธิพลของครอบครัว

รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์ (2558) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการใช้จักรยานกับพฤติกรรม การใช้จักรยานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมใจ จางวาง (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

ภัสราวลัย ศีตีสาร และคณะ (2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จำนวน 302 คน พบว่าปัจจัยด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น เพศ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วม ประวัติการดื่มสุราและ การที่มีบุคคลดูแลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แล้วยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 367 คน พบว่า ปัจจัยเสริมด้านความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วัชรินทร์ เงินทอง และคณะ (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย โดยศึกษาระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ได้แก่ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย จำนวน 403 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และถดถอยพหุคูณ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจังหวัด

สุขุขทัยอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ จังหวัดสุโขทัยคือ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และเจตคติการออกกำลังกาย โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ เจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม จากการศึกษาความหมายของพฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ ดังนี้ สมจิต สุพรรณทัศน์ (2535) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออก ของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Cover Behavior) และภายนอก (Over Behavior) โดยจะรวมถึงการกระทำ ของบุคคลที่สังเกตได้และไม่สามารถสังเกตได้ ทั้งนี้พฤติกรรมภายในจะเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของกล้ามเนื้อ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม ความคาดหวัง พฤติกรรมภายในนี้ ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน แต่จะเห็นได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกปฏิกิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูด ไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียงหรือสีหน้า

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

Twaddle (1981) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของมนุษย์ หมายถึง ปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรมโดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์นั้นและประสบการณ์ในอดีตพฤติกรรมของมนุษย์ จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งจะสามารถ ทำความเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม พฤติกรรมมนุษย์มี 2 ประเภท คือพฤติกรรมภายในและ พฤติกรรมภายนอก พฤติกรรมภายในเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่มีอิทธิพล ต่อการดำเนินชีวิตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกได้ เช่น คำพูด สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น

องค์ประกอบของพฤติกรรม ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ (2536) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของพฤติกรรมว่า ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

(1) พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ และข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบ การตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา ประกอบด้วย ความสามารถ ระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้

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

(3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) พฤติกรรมด้านนี้ เป็นการใช้ความสามารถ ที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก หรือสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรือ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลที่ไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาส ต่อไป

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

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตามที่มีอิทธิพลหรือเชื่อว่าจะมี อิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการทำให้สุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลง นอกจากนี้นักพฤติกรรมศาสตร์ บางท่านยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน เช่น ความรู้ การปฏิบัติตัวและทักษะ และพฤติกรรมภายในที่สังเกตไม่ได้ เช่น เจตคติ แรงจูงใจ ความเชื่อ แต่ส่งผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ (Gochman ,1998; Kasl and Cobb; 1976; สุขชาติ โสมประยูร และ คณะ, 2545)

การจำแนกพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ ของบุคคลที่มีสุขภาพ ดีและไม่มีอาการของการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้ แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุม น้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มี Alcohol และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวันได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับขี่

รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การปฏิบัติตามกฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบ เพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึงความรู้สึกของ บุคคลที่มีผลต่ออาการ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายาม อธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนบ้านญาติพี่น้องและ พยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหมดไปก่อนที่จะบุคคลนั้น จะมาหาแพทย์

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่น กำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วยโดยบุคคลนั้นจะเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย ตามที่สังคมนั้นๆ กำหนด เช่น การหยุด จากงานปกติไว้ชั่วคราวการเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์หรือบุคลากรด้าน สาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายและกลับสู่สภาพปกติ ขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจาก ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

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

ระดับการป้องกันโรค สามารถแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันโรกระดับที่หนึ่ง (Primary Prevention) การป้องกันโรกระดับที่หนึ่ง มีจุดมุ่งหมาย ที่จะกระทำเพื่อขจัดโอกาส ที่โรคจะเกิดขึ้นในมนุษย์ โดยมี 3 แนวทาง คือ ขจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันการ สัมผัสระหว่าง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและปัจจัยมนุษย์ และเสริมสร้างความเข้มแข็งปัจจัยมนุษย์ในอันที่จะเพิ่มการ ป้องกันต่อปัจจัยของโรค จุดมุ่งหมายของการป้องกันระดับที่หนึ่ง ไม่เพียงแต่ป้องกันการตายก่อนวัยอันควรและยืด อายุขัย แต่มีความสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมการปรับตัวให้ดีขึ้น และเสริมสร้างชีวิตที่มีคุณค่า การป้องกันระดับที่หนึ่ง ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) วิธีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพไม่ได้เจาะจงต่อโรคใดๆ โดยเฉพาะแต่มีจุดประสงค์ที่จะปรับปรุงสุขภาพโดยทั่วไป และการกินดีอยู่ดีของบุคคลหรือของชุมชน

1.2 การป้องกันเฉพาะโรค (Specific Protection) เป็นการลดคนที่มีโอกาสป่วยลงตามสาเหตุของโรค โดยตรง

2. การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) การป้องกันระดับที่สอง เป็นการกระทำซึ่งหยุดยั้งการดำเนินตัวของโรค ในระยะแรกเริ่มและป้องกันอาการแทรกซ้อน การป้องกันระดับที่สอง เป็นแนวคิดของการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ เป็นการระงับความเจ็บไข้ ควบคุม รักษาโรค ป้องกันความพิการ และการเสียชีวิต ตลอดจนป้องกันการดำเนินตัวของโรคไปติดต่อรายต่อไปในชุมชน

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

2.2 การลดความพิการ (Disability Imitation) เป็นแนวทางการหยุดยั้ง การดำเนินของโรคโดยให้การรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอและพยายามป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิตหรือพยายามยืดการเสียชีวิตออกไป

3. การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันโรคในระยะที่เป็นการป้องกัน ในขณะที่โรคเป็นมากแล้ว (Advanced Disease) การป้องกันในระดับนี้จะช่วยพยายามลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนผลเสีย ที่ตามมาภายหลัง ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นการใช้การรวมตัวและการประสานงาน ของมาตรการทางการแพทย์ สังคม การศึกษา และการฝึกฝนอาชีพ ให้มีระดับความสามารถ ในการทำหน้าที่ของชีวิตให้ดีขึ้นเท่าที่จะเป็นไปได้

จากแนวทางดังกล่าวสรุปได้ว่า การป้องกันโรคมี 3 ระดับ ประกอบด้วย การป้องกัน โรคระดับที่หนึ่ง (Primary Prevention) การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) การป้องกัน ระดับที่สาม (Tertiary Prevention) จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกันควบคุมการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ในเรื่องโรค ไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคและภัยสุขภาพที่เป็น จุดเน้นของการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2562

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

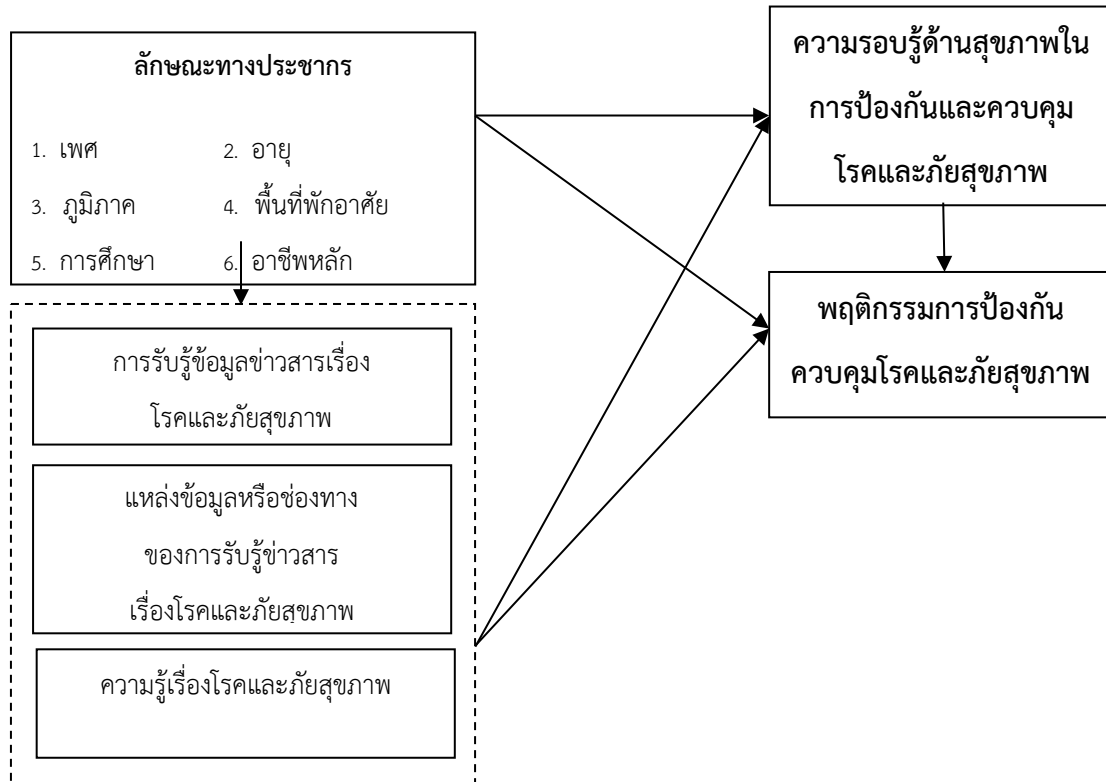
โดยจากผลการสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มประชาชนประจำปี 2561 โดยสำนัก สื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (วิชาญ ปาววันและคณะ, 2561) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65.1 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 4 โรคอยู่ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.9 แต่ไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อย โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 109.23$ $SD = 13.49$, คะแนนเต็ม = 155) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

และโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับมาก ($\bar{x} = 35.29$ SD = 5.59, คะแนนเต็ม = 45 และ $\bar{x} = 25.86$ SD = 4.50, คะแนนเต็ม = 35 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคไวรัสโรคและโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 21.33$ SD = 4.01, คะแนนเต็ม = 35 และ $\bar{x} = 26.74$ SD = 6.04, คะแนนเต็ม = 40 ตามลำดับ)

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

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

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2563 เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) (Creswell and Plano, 2003) โดยการใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) ซึ่งคณะผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

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

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

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

ขั้นที่ 1 การคัดเลือกจังหวัด

คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนเขต ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของเขตๆ ละ 2 จังหวัด

ขั้นที่ 2 การคัดเลือกอำเภอ

คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนแต่ละจังหวัด ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนจังหวัดละ 2 อำเภอ รวมอำเภอที่เป็นตัวแทน 4 อำเภอ

ขั้นที่ 3 การคัดเลือกตำบล

คัดเลือกตำบลหรือแขวงที่เป็นตัวแทนแต่ละอำเภอหรือเขต

(1) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกตำบลหรือแขวงที่เป็นตัวแทนอำเภอละ 2 ตำบล รวมตำบลที่เป็นตัวแทนจำนวน 8 ตำบล

ขั้นที่ 4 การคัดเลือกขนาดตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ประชาชนที่พบทั่วไปทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละเขต/จังหวัด โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมกันและจังหวัดในแต่ละเขต พร้อมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยวิธีการคัดเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Selection) โดยจำนวนตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ สุ่มกลุ่มตัวอย่างเก็บ 2 จังหวัด จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 50 คน รวมจำนวน 400 คน

ตารางที่ 3.1 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ลำดับที่	เขต	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
9	สคร. 9 นครราชสีมา	ชัยภูมิ	บำเหน็จณรงค์	โคกเจริญรัมย์	50
				บ้านเพชร	50
			คอนสวรรค์	หนองขาม	50
				ศรีสำราญ	50
		สุรินทร์	ชุมพลบุรี	สระขุด	50
				ยะวีค	50
			ศรีณรงค์	ตรวจ	50
				ศรีสุข	50
รวม สคร. 9		2 จังหวัด	4 อำเภอ	8 ตำบล	400

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้การเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) (Palys, 2008) จาก 1 จังหวัด โดยดำเนินการสนทนากลุ่มพื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน รวมเป็น 20 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposeful Selection) เป็นการเลือกแบบไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการที่ไม่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายหลักของการเลือกตัวอย่างแบบนี้ไม่ใช่เพื่อได้กลุ่มที่เป็นตัวแทน แต่เพื่อที่จะได้ตัวอย่างที่เหมาะสมเท่าที่จะทำได้ สำหรับแนวคิด จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ของการศึกษา (ชาย โพธิสิตา, 2552) กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมักมีลักษณะเป็น “Information-rich case” คือ มุ่งเน้นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาในระดับลึกและสามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ดีที่สุด ซึ่งจะมีความหมายต่อจุดมุ่งหมายหลักของการศึกษา โดยในการศึกษานี้คัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2563 ในส่วนของผู้รับผลประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษา ดังนี้

1. เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งเป็นประชาชนในพื้นที่ตามที่กำหนดข้างต้น โดยในการสนทนากลุ่มซึ่งใช้พื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ซึ่งมาจากชุมชนเดียวกันโดยกำหนด ดังนี้

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

2. โดยการคัดเลือกเริ่มต้นจากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้แนะนำผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน และให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแนะนำตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

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

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. อาสาสมัครมีความไม่สบายใจในขณะที่ทำแบบสอบถาม/สนทนากลุ่ม
2. ตอบคำถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้/ออกจากการสนทนากลุ่มก่อนดำเนินการเสร็จสิ้น

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2563 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวิธีการดำเนินการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

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

โดยแบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2563 ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 26 ข้อ
ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 26 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2, 3, 4 และ 5 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบ ดังนี้

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

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

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีมาตรวัด 6 หน่วย ได้แก่ ประจําบ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย และไม่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 2, 3 และ 4

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

เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 5

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

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

การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม

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

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

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

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะวิจัยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดำเนินการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังต่อไปนี้

(1) การหาความเที่ยงตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตั้งแต่ 0.60 – 1.00 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) มาใช้ในการวิจัยและนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม และการเพิ่มเหตุผลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน

(2) การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ในการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกโดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ใช่ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้วยสถิติที (t-test) และหาค่า r (Item – Total Correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และค่า Item-Total Correlation เท่ากับหรือมากกว่า 0.20 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ไว้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะนำไปใช้จริง

(3) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

(3.1) ด้วยวิธีของ Kuder–Richardson สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.880 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

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

ส่วนที่ 2 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.761

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.848

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.853

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.851

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

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

(1) ผู้สัมภาษณ์สร้างความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้ทำการวิจัยซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและเป็นจริงของข้อมูล

(2) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่ได้จดบันทึกอย่างละเอียดและอธิบายอย่างชัดเจนยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลเป็นจริงตรงกับความรูสึกของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

(3) ตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability) โดยการนำข้อมูลไปตรวจสอบกับที่ปรึกษางานวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

(4) ความสามารถในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ (Transferability) โดยการเขียนระเบียบวิธีการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และบริบทที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจน เพื่อเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัยในการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

(5) การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) โดยการที่ผู้ทำการวิจัยจะเก็บเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไว้เป็นอย่างดี พร้อมสำหรับการตรวจสอบ (Audit Trail) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ไม่มีความลำเอียงหรือเกิดจากการคิดขึ้นของผู้วิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

การเตรียมการ โดยการดำเนินการคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย โดยเป็นบุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ที่มีมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพที่ดี และมีทักษะในการสื่อสาร ซึ่งดำเนินการในการเตรียมการดังนี้

(1) จัดการอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

(2) ฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกทักษะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ช่วยวิจัยด้วยกัน และประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย และนำปัญหาที่พบบำนาเสนอและอภิปรายวิธีการแก้ไขในกลุ่ม

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย

สำหรับการรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการดังนี้

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

(2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลต่างๆ หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ก่อนออกจากพื้นที่การวิจัย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field Data) โดยมีการดำเนินการดังนี้

(1) ผู้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) โดยเตรียมคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ลักษณะการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ โดยการกำหนดคำถามออกเป็นประเด็นให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย ก่อนเริ่มการทำการสนทนาผู้วิจัยได้แสดงถึงวัตถุประสงค์ของการสนทนา โดยขออนุญาตในการจดบันทึกและบันทึกเสียง ระหว่างการสนทนา ผู้ทำการวิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้ากับผู้ให้ข้อมูลเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และมีการทดสอบคำถามและคำตอบเพื่อเป็นแนวทางในการถามคำถามต่อไป โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 - 90 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือ

ของผู้ให้ข้อมูล การสนทนาแต่ละรายจะทำการสนทนาจนกว่าจะไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นที่เรียกว่า ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) จึงหยุดการสนทนา

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

(3) ข้อมูลจะถูกนำมาทำการบันทึกและถอดเทปรายวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ได้มาผู้ทำการวิจัยจะนำมาถอดเทปคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการ ฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประชาชนปี 2563 ดำเนินการดังแผนภาพที่ 3.2

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

แผนภาพที่ 3.1 กรอบกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติอ้างอิง เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่

(1) สถิติไค์สแควร์ (Chi-square) ในการทดสอบสมมติฐานที่ 1 คือ ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก ภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

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

สมมติฐานที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

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

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

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก (+) หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดในทิศทางเดียวกัน ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ (-) หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดในทิศทางตรงข้ามกัน

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

- อ่านและทำความเข้าใจข้อความหรือถ้อยคำต่างๆ ที่ปรากฏในบทสนทนาจากการทำประชุมกลุ่มย่อยและการบันทึกจากการสังเกต
- จับประเด็นที่สำคัญตั้งเป็นดัชนี จัดระบบให้รหัสข้อมูล
- จัดหมวดหมู่และจำแนกประเภทของดัชนีที่กำหนดไว้
- ตีความข้อมูลและดำเนินการตรวจสอบความหมาย
- สร้างข้อสรุปจากดัชนีหมวดหมู่ และความหมายทั้งหมด
- นำเสนอข้อสรุปและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง (Validity) ของข้อมูลจากวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ดังต่อไปนี้คือ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากหลายแหล่งข้อมูล คือ กลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน หลายสถานที่ ได้แก่

ภาคที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งการตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีต่างๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถาม การสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และทำการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อแสดงถึงคำตอบที่ต้องการศึกษา

6. จริยธรรมในการวิจัย

1. โครงการวิจัยเรื่องการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ประจำปี 2563 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ Kucsc.HE-62-004 ณ วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยในการวิจัยครั้งนี้ คณะวิจัยได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยการคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ (The Belmont Report, 1979) ได้แก่ หลักเคารพต่อบุคคล (Respect for persons) หลักคุณประโยชน์และไม่เป็นโทษ (Beneficence and non-maleficence) และหลักยุติธรรม (Justice)

2. คณะผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พร้อมทั้งทำหนังสือแจ้งผู้บริหารเรื่องการเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครวิจัย

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

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

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

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2563” เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) รูปแบบคู่ขนานเชิงปริมาณและคุณภาพ (Convergent Parallel Design) ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นประชาชนในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จำนวน 20 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ลักษณะทางประชากร

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค

1.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ลักษณะทางประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร เป็นการแสดงถึง เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากรแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	201	50.2
หญิง	199	49.8
อายุ (ปี)		
18 – 25	98	24.5
26 – 45	107	26.8
46 – 60	107	26.8
60 ปีขึ้นไป	88	22.0
อายุเฉลี่ย = 43.97 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.18		
อายุสูงสุด = 81 ปี อายุต่ำสุด = 18 ปี		
การศึกษา		
ประถมศึกษา	106	26.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	140	35.0
อนุปริญญาตรี/ปวส.	25	6.3
ปริญญาตรี	84	21.0
สูงกว่าปริญญาตรี	5	1.3
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	190	47.5
รับจ้างทั่วไป	45	11.3
ค้าขาย	23	5.8
พนักงานบริษัท	6	1.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	52	13.0
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	21	5.3
นักเรียน/นักศึกษา	62	15.5
อาชีพอื่นๆ (ไม่ระบุอาชีพ)	1	0.3

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.2 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างอายุ 25-45 ปี และ 46-60 ปี มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 26.8 (อายุเฉลี่ย 43.97 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.18) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ประถมศึกษา และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.0, 26.5 และ 21.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมา เป็นนักเรียน/นักศึกษา และอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และ 13.0 ตามลำดับ

1.2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ประกอบไปด้วย ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง

มิติของความรู้ด้านสุขภาพ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในการป้องกันควบคุมโรค			
ทักษะการเข้าถึง			
มาก	(12-15 คะแนน)	281	70.3
ปานกลาง	(9-11 คะแนน)	114	28.5
น้อย	(5-8 คะแนน)	5	1.3
$\bar{x} = 12.16$, $SD = 1.86$, ระดับ = มาก			
ทักษะการเข้าใจ			
มาก	(12-15 คะแนน)	123	30.8
ปานกลาง	(9-11 คะแนน)	260	65.0
น้อย	(5-8 คะแนน)	17	4.3
$\bar{x} = 10.91$, $SD = 1.53$, ระดับ = ปานกลาง			

ทักษะการไต่ถ้ำ

มาก	(12-15 คะแนน)	25	6.3
ปานกลาง	(9-11 คะแนน)	254	63.5
น้อย	(5-8 คะแนน)	121	30.3

$\bar{x} = 9.24$, $SD = 1.28$, ระดับ = ปานกลาง

ทักษะการตัดสินใจ

มาก	(12-15 คะแนน)	273	68.3
ปานกลาง	(9-11 คะแนน)	110	27.5
น้อย	(5-8 คะแนน)	17	4.3

$\bar{x} = 11.84$, $SD = 1.89$, ระดับ = ปานกลาง

ทักษะการนำไปใช้

มาก	(12-15 คะแนน)	323	80.8
ปานกลาง	(9-11 คะแนน)	68	17.0
น้อย	(5-8 คะแนน)	9	2.3

$\bar{x} = 12.51$, $SD = 1.84$, ระดับ = มาก

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในการป้องกันควบคุมโรค			
รวม 5 ทักษะ			
มาก	(60 - 75 คะแนน)	185	46.3
ปานกลาง	(45 - 59 คะแนน)	207	51.7
น้อย	(15 - 44 คะแนน)	8	2.0

$\bar{x} = 56.66$, $SD = 5.80$, ระดับ = ปานกลาง

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรครายประเด็นและภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 51.7 รองลงมาเป็นระดับมากและน้อย ร้อยละ 46.3 และ 2.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพเท่ากับ 56.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.80 อยู่ในระดับปานกลาง

ทักษะการเข้าถึง นั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 และระดับน้อยเท่ากับร้อยละ 1.3 โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าถึงอยู่ที่ 12.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86 จัดอยู่ในระดับมาก

ทักษะการเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมาอยู่ในระดับมากและน้อย คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ 4.3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าใจอยู่ที่ 10.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.53 อยู่ในระดับปานกลาง

ทักษะการไต่ถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาเป็นระดับน้อยและมาก คิดเป็นร้อยละ 30.3 และ 6.3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการไต่ถามอยู่ที่ 9.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28 อยู่ในระดับปานกลาง

ทักษะการตัดสินใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการเข้าใจอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 4.3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าใจอยู่ที่ 11.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.89 อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตาม รายโรคและระดับของการรับรู้

โรค / ระดับของการรับรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก			
มาก	(4 - 5 คะแนน)	167	41.8
ปานกลาง	(3 คะแนน)	140	35.0
น้อย	(2 คะแนน)	45	11.3
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)	48	12.0
$\bar{x} = 4.04$, $SD = 1.06$, ระดับ = มาก			
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ			
มาก	(4 - 5 คะแนน)	120	30.0
ปานกลาง	(3 คะแนน)	165	41.3
น้อย	(2 คะแนน)	74	18.5
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)	41	10.3
$\bar{x} = 3.88$, $SD = 1.02$, ระดับ = ปานกลาง			
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง			
มาก	(4 - 5 คะแนน)	137	34.3
ปานกลาง	(3 คะแนน)	168	42.0
น้อย	(2 คะแนน)	56	14.0
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)	39	9.8
$\bar{x} = 3.98$, $SD = 1.02$, ระดับ = ปานกลาง			
ปัญหาฝุ่น PM_{2.5}			
มาก	(4 - 5 คะแนน)	135	33.8
ปานกลาง	(3 คะแนน)	161	40.3
น้อย	(2 คะแนน)	69	17.3
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)	35	8.8
$\bar{x} = 3.95$, $SD = 1.03$, ระดับ = ปานกลาง			
โรคผิวหนังโรค			
มาก	(4 - 5 คะแนน)	98	24.5
ปานกลาง	(3 คะแนน)	160	40.0
น้อย	(2 คะแนน)	96	24.0
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)	46	11.5
$\bar{x} = 3.74$, $SD = 1.03$, ระดับ = ปานกลาง			

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตาม รายโรคและระดับของการรับรู้ (ต่อ)

โรค / ระดับของการรับรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
รวม 5 ประเด็น			
มาก	(20 - 25 คะแนน)	241	60.3
ปานกลาง	(15 - 19 คะแนน)	116	29.0
น้อย	(6 - 14 คะแนน)	43	10.8
ไม่ได้รับ	(5 คะแนน)	0	0.0
$\bar{x} = 19.59$, $SD = 4.10$, ระดับ = ปานกลาง			
* หมายเหตุ การแปลผลระดับรายประเด็น			
ระดับมาก		3.35 - 5.00	
ระดับปานกลาง		1.66 - 3.34	
ระดับน้อย		0.00 - 1.65	

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.5 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพใน ภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 60.3, 29.0 และ 10.8 ตามลำดับ และไม่พบผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่อง โรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 19.59$, $SD = 4.10$) โดยสามารถเรียงลำดับประเด็นที่มีการ รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดได้ ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) โรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูง 3) ปัญหาฝุ่น PM2.5 ม4) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 5) โรคฉี่หนู

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตาม แหล่งข้อมูล และระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล		กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์			
อินสตราแกรม ยูทูบ เป็นต้น)			
มาก	(4 - 5 คะแนน)	242	60.5
ปานกลาง	(3 คะแนน)	75	18.8
น้อย	(2 คะแนน)	28	7.0
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)	55	13.8
$M = 3.68$, $SD = 1.42$, ระดับ = มาก			

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามแหล่งข้อมูล และระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล (ต่อ)

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โทรทัศน์/เคเบิลทีวี		
มาก (4 - 5 คะแนน)	312	78.0
ปานกลาง (3 คะแนน)	66	16.5
น้อย (2 คะแนน)	12	3.0
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	10	2.5
M = 4.16, SD = 0.97, ระดับ = มาก		
วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น) (n=398)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	263	65.8
ปานกลาง (3 คะแนน)	106	26.5
น้อย (2 คะแนน)	21	5.3
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	10	2.5
M = 3.90, SD = 1.02, ระดับ = ปานกลาง		
หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร (n=397)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	97	24.3
ปานกลาง (3 คะแนน)	123	30.8
น้อย (2 คะแนน)	102	25.5
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	78	19.5
M = 2.71, SD = 1.24, ระดับ = น้อย		
สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือคู่มือ เป็นต้น)		
มาก (4 - 5 คะแนน)	113	28.2
ปานกลาง (3 คะแนน)	133	33.3
น้อย (2 คะแนน)	116	29.0
ไม่ได้รับ (1 คะแนน)	38	9.5
M = 2.95, SD = 1.18, ระดับ = ปานกลาง		

แหล่งข้อมูล / ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล				กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
				จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)					
มาก	(4 - 5 คะแนน)	300	75.0	300	75.0
ปานกลาง	(3 คะแนน)	78	19.5	78	19.5
น้อย	(2 คะแนน)	18	4.5	18	4.5
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)	4	1.0	4	1.0
M = 4.07, SD = 0.92, ระดับ = มาก					
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)					
มาก	(4 - 5 คะแนน)			334	83.5
ปานกลาง	(3 คะแนน)			45	11.3
น้อย	(2 คะแนน)			13	3.3
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)			8	2.0
M = 4.29, SD = 0.93, ระดับ = มาก					
ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน (n=399)					
มาก	(4 - 5 คะแนน)			255	63.7
ปานกลาง	(3 คะแนน)			103	25.8
น้อย	(2 คะแนน)			36	9.0
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)			6	1.5
M = 3.86, SD = 1.04, ระดับ = ปานกลาง					
เพื่อน /ญาติ / คนในครอบครัว					
มาก	(4 - 5 คะแนน)			264	66.0
ปานกลาง	(3 คะแนน)			107	26.8
น้อย	(2 คะแนน)			21	5.3
ไม่ได้รับ	(1 คะแนน)			8	2.0
M = 3.90, SD = 0.99, ระดับ = ปานกลาง					
รวมทั้ง 9 แหล่งข้อมูล					
มาก	(30 - 45 คะแนน)			305	76.3
ปานกลาง	(16 - 29 คะแนน)			89	22.3
น้อย	(10 - 15 คะแนน)			5	1.3
ไม่ได้รับ	(9 คะแนน)			1	0.3
M = 33.52, SD = 6.70, ระดับ = มาก					

* หมายเหตุ การแปลผลระดับการรับรู้ข้อมูล

ระดับมาก	3.35 – 5.00
ระดับปานกลาง	1.66 – 3.34
ระดับน้อย	0.00 – 1.65

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.7 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล และพบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อยและไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 76.3, 22.3, 1.3 และ 0.3 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($M = 33.52$, $SD = 6.70$) โดยเรียงลำดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากมากไปน้อยได้ดังนี้ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 3) บุคลากรสาธารณสุข 4) เพื่อน /ญาติ / คนในครอบครัว 5) วิทยุ 6) ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนชาวบ้าน 7) อินเทอร์เน็ต 8) สื่อสิ่งพิมพ์ 9) หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพโดยรวมและจำแนกตามรายประเด็น

โรค / ระดับของความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก		
พึงพอใจมาก	376	94.0
พึงพอใจ	23	5.8
ไม่พึงพอใจ	1	0.3
$\bar{x} = 4.40$, $SD = 0.53$, ระดับ = พึงพอใจมาก		
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ		
พึงพอใจมาก	373	93.3
พึงพอใจ	26	6.5
ไม่พึงพอใจ	1	0.3
$\bar{x} = 4.37$, $SD = 0.51$, ระดับ = พึงพอใจมาก		
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง		
พึงพอใจมาก	381	95.3
พึงพอใจ	19	4.8
ไม่พึงพอใจ	0	0.0
$\bar{x} = 4.33$, $SD = 0.50$, ระดับ = พึงพอใจมาก		

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจ
ต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพโดยรวมและจำแนกตามรายประเด็น (ต่อ)

โรค / ระดับของความพึงพอใจ			กลุ่มตัวอย่าง (n = 400)	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหา PM2.5				
พึงพอใจมาก	378	94.5	378	94.5
พึงพอใจ	21	5.3	21	5.3
ไม่พึงพอใจ	1	0.3	1	0.3
= 4.34, SD = 0.55, ระดับ = พึงพอใจมาก				
โรคฉี่หนู				
พึงพอใจมาก			366	91.5
พึงพอใจ			33	8.3
ไม่พึงพอใจ			1	0.3
$\bar{x} = 4.23$, SD = 0.54, ระดับ = พึงพอใจมาก				
รวม 5 ประเด็น				
พึงพอใจมาก			386	96.5
พึงพอใจ			14	3.5
ไม่พึงพอใจ			0	0.0
$\bar{x} = 4.34$, SD = 0.44, ระดับ = พึงพอใจมาก				
*หมายเหตุ การแปลผลระดับ				
ระดับมาก			3.68 – 5.00	
ระดับปานกลาง			2.34 – 3.67	
ระดับน้อย			1.00 – 2.33	

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ร้อยละ 100.0 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 4.34$, SD = 0.44) โดยสามารถเรียงลำดับความพึงพอใจรายข้อมูลข่าวสารจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 3) ปัญหา PM_{2.5} 4) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 5) โรคฉี่หนู

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ถูกต้อง จำแนกตาม
รายโรคและรายข้อคำถาม (n = 400)

โรค/ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับของ การตอบ ถูกต้อง
โรคไข้เลือดออก			
1. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกห้ามรับประทานยาแอสไพริน	279	69.8	มาก
2. คนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วจะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำอีก	276	69.0	มาก
3. โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นเฉพาะช่วงฤดูฝนเท่านั้น	243	60.8	ปานกลาง
4. เด็กหรือผู้ใหญ่ก็สามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้	364	91.0	มาก
5. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านหรือบริเวณบ้านเป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก	365	91.3	มาก
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ			
6. ร่างกายได้รับเกลือจากอาหารเพียงทางเดียว	173	43.3	ปานกลาง
7. ปกติควรทานโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน	203	50.7	ปานกลาง
8. ผงฟู สารกันบูด สารกันเสียในชีส เป็นโซเดียมแฝง	208	52.0	ปานกลาง
9. ควรบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 24 กรัมต่อวันหรือ 6 ช้อนชาต่อวัน	73	18.3	น้อย
10. การทานน้ำตาลเกินเสี่ยงต่อการป่วยโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด	323	80.8	มาก
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง			
11. โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	306	76.5	มาก
12. ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว คือ น้อยกว่า 100 มก/ดล.	297	74.3	มาก
13. น้ำหนักเกิน อ้วน และขาดการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน	340	85.0	มาก
14. ผู้ที่บริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มันจัด มีโอกาสทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	349	87.3	มาก

โรค/ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับของ การตอบ ถูกต้อง
15. ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง	340	85.0	มาก
16. ปวดมึนท้ายทอย ใจสั่น เหนื่อยง่าย เป็นอาการของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	310	77.5	มาก
ปัญหา PM_{2.5}			
17. PM _{2.5} เป็นฝุ่นขนาดเล็กที่ชนจมูกสามารถดักจับได้	124	31.0	น้อย
18. เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบ จาก PM _{2.5} มากกว่าคนทั่วไป	315	78.8	มาก
19. PM _{2.5} เกิดจากการเผาป่าและการจราจรเท่านั้น	147	36.8	ปานกลาง
20. การสวมหน้ากากชนิด N 95 มีประสิทธิภาพป้องกันฝุ่น PM _{2.5} ได้มากกว่าหน้ากากอนามัย	285	71.3	มาก
21. PM _{2.5} ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น	320	80.0	มาก
โรควัณโรค			
22. อาการไอเรื้อรังติดต่อกัน 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่น่าสงสัย ว่าจะป่วยเป็นวัณโรค	304	76.0	มาก
23. วัณโรคสามารถรักษาให้หายได้	326	81.5	มาก
24. ระยะเวลาอย่างน้อยในการรักษาวัณโรค คือ 6-8 เดือน	284	71.0	มาก
25. วัณโรคติดต่อกันโดยการสัมผัสกันด้วยมือ	249	62.3	ปานกลาง
26. หากเคยป่วยเป็นวัณโรคแล้วจะมีภูมิคุ้มกันไม่ป่วยเป็นวัณโรค อีกตลอดชีวิต	217	54.3	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องในควมถี่ระดับมากถึงจำนวน 17 ข้อ อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 7 ข้อ และอยู่ในระดับน้อยจำนวน 2 ข้อ โดยข้อคำถามที่ตอบได้ถูกต้องสูงสุด คือ (ข้อที่ 5) การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านหรือบริเวณบ้าน เป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีผู้ตอบถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 91.1 ส่วนข้อคำถามที่มีคนตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ (ข้อที่ 9) ควรบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 24 กรัมต่อวันหรือ 6 ช้อนชาต่อวัน มีผู้ตอบได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 18.3

ตารางที่ 4.7 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรค และระดับความรู้ (n = 400)

โรค/ระดับความรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก			
มาก	(4 – 5 คะแนน)	261	65.3
ปานกลาง	(2 – 3 คะแนน)	118	29.5
น้อย	(0 – 1 คะแนน)	21	5.3
$\bar{x} = 3.82$, SD = 1.27, ระดับ = ปานกลาง			
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ			
มาก	(4 – 5 คะแนน)	72	18.0
ปานกลาง	(2 – 3 คะแนน)	231	57.8
น้อย	(0 – 1 คะแนน)	97	24.3
$\bar{x} = 2.45$, SD = 1.20, ระดับ = ปานกลาง			
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง			
มาก	(5 – 6 คะแนน)	296	74.0
ปานกลาง	(3 – 4 คะแนน)	62	15.5
น้อย	(0 – 2 คะแนน)	42	10.5
$\bar{x} = 4.86$, SD = 1.64, ระดับ = มาก			
ปัญหา PM_{10.5}			
มาก	(4 – 5 คะแนน)	126	31.5
ปานกลาง	(2 – 3 คะแนน)	226	56.5
น้อย	(0 – 1 คะแนน)	48	12.0
$\bar{x} = 2.98$, SD = 1.27, ระดับ = ปานกลาง			
โรคฉี่หนู			
มาก	(4 – 5 คะแนน)	210	52.5
ปานกลาง	(2 – 3 คะแนน)	138	34.5
น้อย	(0 – 1 คะแนน)	52	13.0
$\bar{x} = 3.45$, SD = 1.47, ระดับ = ปานกลาง			
ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ 5 ประเด็น			
มาก	(16 – 24 คะแนน)	224	56.0
ปานกลาง	(8 – 15 คะแนน)	140	35.0
น้อย	(0 – 7 คะแนน)	36	9.0
$\bar{x} = 17.55$, SD = 5.26, ระดับ = มาก			

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็นในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 56.0, 35.0 และ 9.0 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 17.55$, $SD = 5.26$) โดยสามารถเรียงลำดับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้จากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ 1) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 2) โรคไข้เลือดออก 3) โรคฉี่หนู 4) ปัญหา $PM_{2.5}$ 5) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม (n = 400)

พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ*
โรคไข้เลือดออก			
1. ท่านป้องกันตนเองและบุตรหลานไม่ให้ถูกยุงกัดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น นอนในมุ้ง ทายากันยุง เป็นต้น	4.51	0.83	มาก
2. ท่านเก็บบ้านให้ปลอดโปร่งเพื่อไม่ให้ยุงเกาะพัก	4.43	0.79	มาก
3. ท่านเก็บเศษภาชนะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้	4.38	0.80	มาก
4. ท่านปล่อยน้ำทิ้งหรือเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้	4.21	1.03	มาก
5. ท่านปิดฝาภาชนะเก็บน้ำกิน น้ำใช้ เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลงไปวางไข่	4.56	0.75	มาก
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ			
6. ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องการลดบริโภคเกลือ โซเดียม และน้ำตาลแก่ผู้อื่น	4.02	1.16	มาก
7. ท่านตรวจดูปริมาณโซเดียม/น้ำตาลต่อหน่วยบริโภคบนฉลากของผลิตภัณฑ์ (อ่านฉลากโภชนาการ)	3.56	1.07	มาก
8. ท่านปรุงอาหารเอง ชิมก่อนปรุง เลี่ยงการปรุงเพิ่ม	3.98	0.97	มาก
9. ท่านดื่มน้ำเปล่า/น้ำสะอาดแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล	4.02	1.14	มาก
10. ท่านเลือกซื้ออาหารจากการดูปริมาณโซเดียม/น้ำตาลบนฉลากของผลิตภัณฑ์	3.87	1.04	มาก
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง			
11. ท่านตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1-2 ปี	3.64	1.09	มาก
12. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคเบาหวาน	3.42	1.20	มาก

พฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ*
13. ท่านเลือกทานอาหารที่เหมาะสม มีความหลากหลายครบ 5 หมู่เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคเบาหวาน	3.34	1.28	ปานกลาง
14. ท่านตรวจวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4.01	1.12	มาก
15. ท่านลดอาหารเค็ม/มัน เพิ่มการทานผัก/ผลไม้	4.09	1.09	มาก
16. ท่านควบคุมน้ำหนักและรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	3.43	1.23	มาก
ปัญหาฝุ่น PM_{2.5}			
17. ท่านได้ตรวจเช็คค่าฝุ่น PM2.5 ก่อนออกจากบ้านหรือทำกิจกรรมกลางแจ้ง	2.71	1.39	ปานกลาง
18. ท่านหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้ง เมื่อท่านทราบว่า PM2.5 มีค่าเกินมาตรฐาน	3.33	1.26	ปานกลาง
19. ท่านปิดประตูหน้าต่างบ้าน หรือที่พักอาศัย เมื่อค่าฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ (สีส้ม 59 – 90 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร)	3.68	1.21	มาก
20. ท่านสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น PM2.5 ก่อนออกจากบ้าน ในช่วงเวลาที่ค่าฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ (สีส้ม 59 – 90 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร)	3.93	1.20	มาก
21. ท่านทำความสะอาดบ้านด้วยวิธี เช็ดหรือถูแทน การปิด/กวาดในช่วงเวลาที่ค่าฝุ่น PM2.5 เกินมาตรฐาน	4.03	1.03	มาก
โรคผิวหนัง			
22. ท่านได้รับการตรวจสุขภาพด้วยการเอกซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.80	1.41	ปานกลาง
23. เมื่อมีญาติพี่น้องร่วมบ้านหรือเพื่อนร่วมงานป่วยเป็นโรคผิวหนัง ท่านได้ไปพบแพทย์	3.72	1.40	มาก
24. ท่านใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อท่านไปคลุกคลีหรือสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าเป็นวัณโรค	4.34	1.06	มาก
25. ท่านปิดปากและจมูกทุกครั้งไอหรือจาม	4.24	1.04	มาก
26. ท่านบ้วนเสมหะ หรือน้ำลายลงในอ่างล้างมือ โถส้วม หรือท่อระบายน้ำ (ไม่บ้วนลงบนพื้นทางเดินเท้า)	3.77	1.27	มาก
*หมายเหตุ การแปลผลระดับ			
	ระดับมาก	3.35 – 5.00	
	ระดับปานกลาง	1.66 – 3.34	
	ระดับน้อย	0.00 – 1.65	

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในรายโรคและรายประเด็นพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1. โรคไข้เลือดออก มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 5) ท่านปิดฝาภาชนะเก็บน้ำไม่ให้ยุงลายวางไข่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต้องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.56, SD = 0.75) และประเด็น (ข้อที่ 4) ท่านปล่อยน้ำทิ้งหรือเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 4.21, SD = 1.03)

2. การบริโภคน้ำตาลและเกลือ มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 9) ท่านดื่มน้ำเปล่า/น้ำสะอาดแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และ (ข้อ 6) ท่านเคยบอกกล่าวแนะนำเรื่องการลดบริโภคเกลือ โซเดียมและน้ำตาลแก่ผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.31, SD = 1.14, 1.16) และประเด็น (ข้อที่ 7) ท่านตรวจดูปริมาณโซเดียม/น้ำตาลต่อหน่วยบริโภคบนฉลากของผลิตภัณฑ์ (อ่านฉลากโภชนาการ) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 3.56, SD = 1.07)

3. โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 15) ท่านลดอาหารเค็ม/มัน เพิ่มการทานผัก/ผลไม้ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต้องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.09, SD = 1.09) และประเด็น (ข้อที่ 13) ท่านเลือกทานอาหารที่เหมาะสม มีความหลากหลายครบ 5 หมู่เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 3.34, SD = 1.28)

4. ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 21) ท่านทำความสะอาดบ้านด้วยวิธี เช็ดหรือถูแทน การปิด/กวาด ในช่วงเวลาที่ค่าฝุ่น PM_{2.5} เกินมาตรฐานกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต้องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.78, SD = 1.21) และประเด็น (ข้อที่ 17) ท่านได้ตรวจเช็คค่าฝุ่น PM_{2.5} ก่อนออกจากบ้านหรือทำกิจกรรมกลางแจ้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 2.80, SD = 1.44)

5. โรคผิวหนัง มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 24) ท่านใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อท่านไปคลุกคลีหรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรค หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าเป็นโรคกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต้องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.34, SD = 1.06) และประเด็น (ข้อที่ 22) ท่านได้รับการตรวจสุขภาพด้วยการเอกซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 2.08, SD = 1.41)

ตารางที่ 4.9 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามรายประเด็นและระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม (n = 400)

โรค/ระดับของพฤติกรรมที่เหมาะสม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก			
มาก	(20 – 25 คะแนน)	330	82.5
ปานกลาง	(15 – 19 คะแนน)	58	14.5
น้อย	(5 – 14 คะแนน)	12	3.0
$\bar{x} = 22.09$, SD = 3.38, ระดับ = มาก			
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ			
มาก	(20 – 25 คะแนน)	217	54.3
ปานกลาง	(15 – 19 คะแนน)	136	34.0
น้อย	(5 – 14 คะแนน)	47	11.8
$\bar{x} = 19.46$, SD = 4.09, ระดับ = มาก			
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง			
มาก	(24 – 30 คะแนน)	172	43.0
ปานกลาง	(18 – 23 คะแนน)	168	42.0
น้อย	(6 – 17 คะแนน)	60	15.0
$\bar{x} = 21.93$, SD = 5.47, ระดับ = ปานกลาง			
ปัญหาฝุ่น PM_{2.5}			
มาก	(20 – 25 คะแนน)	159	39.8
ปานกลาง	(15 – 19 คะแนน)	137	34.3
น้อย	(5 – 14 คะแนน)	104	26.0
$\bar{x} = 17.04$, SD = 5.67, ระดับ = ปานกลาง			
โรคฉี่หนู			
มาก	(20 – 25 คะแนน)	211	52.8
ปานกลาง	(15 – 19 คะแนน)	142	35.5
น้อย	(5 – 14 คะแนน)	47	11.8
$\bar{x} = 18.86$, SD = 4.11, ระดับ = ปานกลาง			
พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัย			
สุขภาพ รวม 5 ประเด็น			
มาก	(104 – 130 คะแนน)	190	47.5
ปานกลาง	(78 – 103 คะแนน)	168	42.0
น้อย	(26 – 77 คะแนน)	42	10.5

$\bar{x} = 99.29$, $SD = 18.29$, ระดับ = มาก

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 47.5 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.5 และมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียงร้อยละ 10.5 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 99.29$, $SD = 18.29$) โดยสามารถเรียงประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเหมาะสมจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 3) โรคฉี่หนู 4) โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 5) ปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$

1.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
เพศ					
ชาย	43 (27.7)	112 (72.3)	155 (38.8)	3.164	.075
หญิง	89 (36.3)	156 (63.7)	245 (61.3)		
รวม	132 (33.0)	268 (67.0)	400 (100.0)		
อายุ (ปี)					
18 – 25	32 (43.2)	42 (56.8)	74 (18.5)	8.392*	.039
26 – 45	30 (26.3)	84 (73.7)	114 (28.5)		
46 – 60	47 (37.3)	79 (62.7)	126 (31.5)		
60 ปีขึ้นไป	23 (26.7)	63 (73.3)	86 (21.5)		
รวม	132	268	400		

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
	(33.0)	(67.0)	(100.0)		

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
การศึกษา					
ประถมศึกษา	55	136	191	10.487*	.033
	(28.8)	(71.2)	(47.8)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	47	62		
	(24.2)	(75.8)	(15.5)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	42	61	103		
	(40.8)	(59.2)	(25.8)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	5	9	14	10.487*	.033
	(35.7)	(64.3)	(3.5)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	15	15	30		
	(50.0)	(50.0)	(7.5)		
รวม	132	268	400		
	(33.0)	(67.0)	(100.0)		
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรวม	87	192	279	2.655	.103
	(31.2)	(68.8)	(69.8)		
อาชีพอื่น ๆ	50	71	121		
	(41.3)	(58.7)	(30.2)		
รวม	132	268	400		
	(33.0)	(67.0)	(100.0)		

*<.05

จากตารางที่ 10 พบว่า อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการเข้าถึงข้อมูล

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
เพศ					
ชาย	112 (72.3)	116 (27.7)	155 (38.8)	.488	.485
หญิง	169 (69.0)	76 (31.0)	245 (61.3)		
รวม	281 (70.3)	119 (29.8)	400 (100.0)		
อายุ (ปี)					
18 – 25	65 (87.8)	9 (12.2)	74 (18.5)	17.122*	.001
26 – 45	83 (72.8)	31 (27.2)	114 (28.5)		
46 – 60	80 (63.5)	46 (36.5)	126 (31.5)		
60 ปีขึ้นไป	53 (61.6)	33 (38.4)	86 (21.5)		
รวม	281 (70.3)	119 (29.8)	400 (100.0)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	115 (60.2)	76 (39.8)	191 (47.8)	23.771*	.000
มัธยมศึกษาตอนต้น	44 (71.0)	18 (29.0)	62 (15.5)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	81 (78.6)	22 (21.4)	103 (25.8)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	13	1	14		

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
ปริญญาตรีและสูงกว่า	(92.9)	(7.1)	(3.5)		
	28	2	30		
	(93.3)	(6.7)	(7.5)		

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการเข้าถึงข้อมูล (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
รวม	281	119	400		
	(70.3)	(29.8)	(100.0)		
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรม	188	91	279		
	(67.4)	(32.6)	(69.8)		
อาชีพอื่น ๆ	93	28	121	3.626	.057
	(76.9)	(23.1)	(30.2)		
รวม	281	119	400		
	(70.3)	(29.8)	(100.0)		

* < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับทักษะการเข้าถึงข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการเข้าใจ

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
เพศ					
ชาย	39	116	155		
	(25.2)	(74.8)	(38.8)		
หญิง	84	161	245		
	(34.3)	(65.7)	(61.3)	3.712	.054

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
รวม	119	277	400		
	(30.8)	(69.3)	(100.0)		

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการเข้าใจ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
อายุ (ปี)					
18 – 25	28	46	74	15.602*	.001
	(37.8)	(62.2)	(18.5)		
26 – 45	31	83	114		
	(27.2)	(72.8)	(28.5)		
46 – 60	50	76	126		
	(39.7)	(60.3)	(31.5)		
60 ปีขึ้นไป	14	72	86		
	(16.3)	(83.7)	(21.5)		
รวม	123	277	400		
	(30.8)	(69.3)	(100.0)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	46	145	191	8.505	.075
	(24.1)	(75.9)	(47.8)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	38	62		
	(38.7)	(61.3)	(15.5)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	35	68	103		
	(34.0)	(66.0)	(25.8)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	6	8	14		
	(42.9)	(57.1)	(3.5)		

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
ปริญญาตรีและสูงกว่า	12	18	30		
	(40.0)	(60.0)	(7.5)		
รวม	123	277	400		
	(30.8)	(69.3)	(100.0)		

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการเข้าใจ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ ²	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรม	82	197	279	.800	.371
	(29.4)	(70.6)	(69.8)		
อาชีพอื่น ๆ	41	80	121		
	(33.9)	(66.1)	(30.2)		
รวม	123	277	400		
	(30.8)	(69.3)	(100.0)		

*<.05

จากตารางที่ 12 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับทักษะการเข้าใจข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการได้ถาม

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
เพศ					
ชาย	11	144	155		
	(7.1)	(92.9)	(38.8)		
หญิง	14	231	245	.310	.578
	(5.7)	(94.3)	(61.3)		
รวม	25	375	400		

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและน้อย			
	(6.3)	(93.8)	(100.0)		

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการได้ถาม

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value		
	ป้องกันควบคุมโรค						
	มาก	ปานกลางและน้อย					
อายุ (ปี)							
18 – 25	6	68	74	15.602*	.001		
	(9.1)	(91.9)	(18.5)				
26 – 45	8	106	114				
	(7.0)	(93.0)	(28.5)				
46 – 60	7	119	126				
	(5.6)	(94.4)	(31.5)				
60 ปีขึ้นไป	4	82	86				
	(4.7)	(95.3)	(21.5)				
รวม	25	375	400				
	(6.3)	(93.8)	(100.0)				
อาชีพหลัก							
เกษตรกรรวม	18	261	279	.064	.800		
	(6.5)	(93.5)	(69.8)				
อาชีพอื่น ๆ	7	114	121				
	(5.8)	(94.2)	(30.2)				
รวม	25	375	400				
	(6.3)	(93.8)	(100.0)				

*<.05

จากตารางที่ 13 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับทักษะการเข้าใจข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05)

หมายเหตุ เนื่องจากระดับการศึกษามีลักษณะข้อมูลที่ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล จึงไม่ได้ทำการวิเคราะห์

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการตัดสินใจ

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและ น้อย			
เพศ					
ชาย	105 (67.7)	50 (32.3)	155 (38.8)	.030	.862
หญิง	168 (68.6)	77 (31.4)	245 (61.3)		
รวม	273 (68.3)	127 (31.8)	400 (100.0)		
อายุ (ปี)					
18 – 25	58 (78.4)	16 (21.6)	74 (18.5)	5.114	.164
26 – 45	73 (64.0)	41 (36.0)	114 (28.5)		
46 – 60	82 (65.1)	44 (34.9)	126 (31.5)		
60 ปีขึ้นไป	60 (69.8)	26 (30.2)	86 (21.5)		
รวม	273 (68.3)	127 (31.8)	400 (100.0)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	120 (62.8)	71 (37.2)	191 (47.8)	13.004*	.011
มัธยมศึกษาตอนต้น	40 (64.5)	22 (35.5)	62 (15.5)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	74 (71.8)	29 (28.2)	103 (25.8)		

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและ น้อย			
อนุปริญญาตรี/ปวส.	11 (78.6)	3 (21.4)	14 (3.5)	1.067	.302
ปริญญาตรีและสูงกว่า	28 (93.9)	2 (6.7)	30 (7.5)		
รวม	273 (68.3)	127 (31.8)	400 (100.0)		
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรม	186 (66.7)	93 (33.3)	279 (69.8)		
อาชีพอื่น ๆ	87 (71.9)	34 (28.1)	121 (30.2)		
รวม	273 (68.3)	127 (31.8)	400 (100.0)		

* < .05

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทักษะการนำไปใช้

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและ น้อย			
เพศ					
ชาย	124 (80.0)	31 (20.0)	155 (38.8)	.092	.762
หญิง	199 (81.2)	46 (18.8)	245 (61.3)		
รวม	323 (80.8)	77 (19.3)	400 (100.0)		

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการ		รวม	x ²	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและ น้อย			
อายุ (ปี)					
18 – 25	62 (83.8)	12 (16.2)	74 (18.5)	2.434	.487
26 – 45	95 (83.3)	19 (16.7)	114 (28.5)		
46 – 60	101 (80.2)	25 (19.8)	126 (31.5)		
60 ปีขึ้นไป	65 (75.6)	21 (24.4)	86 (21.5)		
รวม	323 (80.8)	77 (19.3)	400 (100.0)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	141 (73.8)	50 (26.2)	191 (47.8)	13.093*	.011
มัธยมศึกษาตอนต้น	51 (82.3)	11 (17.7)	62 (15.5)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	91 (88.3)	12 (11.7)	103 (25.8)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	12 (85.7)	2 (14.3)	14 (3.5)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	28 (93.3)	2 (6.7)	30 (7.5)		
รวม	323 (80.8)	77 (19.3)	400 (100.0)		
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรวม	228 (81.7)	51 (18.3)	279 (69.8)	.559	.455
อาชีพอื่น ๆ	95 (78.5)	26 (21.5)	121 (30.2)		

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้สุขภาพด้านการ		รวม	χ^2	P- value
	ป้องกันควบคุมโรค				
	มาก	ปานกลางและ น้อย			
รวม	273 (68.3)	127 (31.8)	400 (100.0)		

* < .05

จากตารางที่ 15 พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับทักษะการนำไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ปัจจัย	PC	PS	SA	KL	BH
PC (n = 400)	1				
PS (n = 400)	.517*	1			
SA (n = 400)	.490*	.466*	1		
KL (n = 400)	.539*	.472*	.383*	1	
BH (n = 358)	.421*	.596*	.414*	.490*	1
HL (n = 400)	.395*	.560*	.514*	.550*	.525*

** $p < .01$

หมายเหตุ :

PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

PS = แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

SA = ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค

KL = ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

HL = ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าแหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพพรายโรค ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง (.560, .514, .550, .525) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำ (.395)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การศึกษาครั้งนี้ได้ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับประชาชนในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ใช้รูปแบบการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยออกแบบชุดคำถามหลักให้มีความสอดคล้องกับประเด็นคำถามจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อนำข้อมูลเชิงลึกที่ได้มาตรวจสอบกับข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยพบข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 20 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 18- 20 ปี โดยมีจำนวนเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน คือ อย่างละ 10 คน โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญนี้มีลักษณะอาชีพที่หลากหลาย เช่น พ่อบ้าน เกษตรกร อาจารย์มหาวิทยาลัย นักเรียน/นักศึกษา พ่อค้าแม่ค้า ข้าราชการ โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นนักเรียน/นักศึกษามากที่สุด คือ มีจำนวน 7 คน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค

ผลการสัมภาษณ์พบว่าประชาชนมีลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1) กลุ่มผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ 2, 4 และ 9 โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มนี้มีอายุเกิน 60 ปีทั้งหมด เมื่อพิจารณาตามลักษณะความรอบรู้ด้านสุขภาพตามทักษะทั้ง 5 ด้าน จะพบว่า โดยเมื่อถามถึงลักษณะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ท่านมีมุมมองว่าตนเองไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ และไม่สนใจที่จะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามหลักสุขภาพนั้นจะเน้นทำตามที่ถูกหรือบุคคลใกล้ชิดบอกเป็นสำคัญ ด้านการเข้าใจข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 ท่านนั้นอธิบายว่าตนเองจำข้อมูลด้านสุขภาพที่คนใกล้ชิดบอกในลักษณะจำได้บ้างจำไม่ได้บ้าง และในด้านความเข้าใจนั้นพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญเข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้าง ซึ่งลักษณะความเข้าใจตรงนี้ส่งผลต่อทักษะการไต่ถาม เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพแค่บางส่วน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 ท่านอธิบายว่าตนเองนั้นไม่ค่อยมีข้อสงสัยหรือคำถาม โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญท่านที่ 2 ได้อธิบายเพิ่มว่า ถึงแม้ว่าจะมีคำถามก็ไม่ว่าจะถามได้อย่างไร การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพส่วนใหญ่ต้องรอให้คนมาอธิบายเพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญท่านที่ 2 ยังอธิบายว่าตนมักจะไม่ถาม แต่ถ้ามีข้อสงสัยหรือเมื่อเกิด

อาการเจ็บป่วยก็จะไปโรงพยาบาล ทักษะด้านการตัดสินใจนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่าตนมีการใช้เหตุผลในการตัดสินใจที่ปฏิบัติตามหลักสุขภาพหรือข้อมูลที่ได้รับ แต่เมื่อถามถึงลักษณะและกระบวนการตัดสินใจจะพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามทั้งเลือกเชื่อตามที่คนใกล้ชิดเช่น ลูก หรือเพื่อนบ้าน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญท่านที่ 9 อธิบายว่า ตนตัดสินใจเชื่อเพราะความกลัวเป็นสำคัญ ด้านการปฏิบัติตามนั้นพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายรายละเอียดว่าตนสามารถที่จะปฏิบัติตามหลักการหรือข้อแนะนำทางสุขภาพที่ตนได้รับมากได้

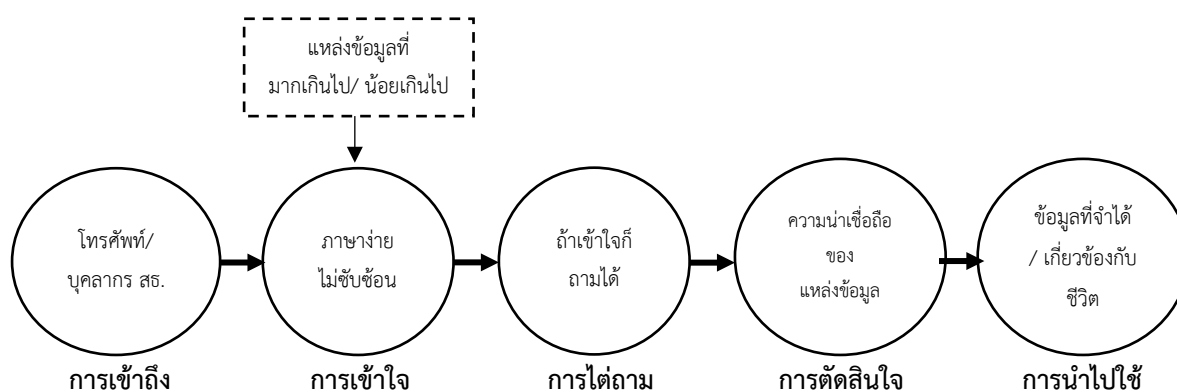


ภาพที่ 4.1 รูปแบบการใช้ทักษะต่างๆ ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

2) กลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในระดับที่ 7, 10, 12, 15 และ 20 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้มีลักษณะร่วมกัน คือ อธิบายว่าตนเองสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในประเด็นที่ตนเองสนใจได้ อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้มีลักษณะร่วมกันคือ ไม่สามารถที่จะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายถึงเหตุผลของการไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ไว้ 2 ประการ ได้แก่ 1) การมีข้อมูลที่มากเกินไป ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 จาก 5 ท่านอธิบายว่า ตนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลายหลากแหล่ง โดยมีวิธีการเข้าถึงจากทางโทรศัพท์มือถือ เมื่อทำการค้นหาจะพบข้อมูลที่มีความหลากหลาย ทำให้ตนไม่แน่ใจว่าข้อมูลจากแหล่งใดมีความน่าเชื่อถือมากกว่ากัน และตนควรตัดสินใจเชื่อหรือไม่เชื่อข้อมูลจากอะไร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้มักจะอธิบายว่าตนขาดเตาจากความคิดเห็น (Comment) ที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน เป็นสำคัญ และ 2) การไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้จากหลายแหล่ง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 2 ใน 5 ท่านอธิบายว่า ตนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพตามที่ตนสนใจได้ แต่ตนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้เพียง 1-2 แหล่ง เช่น บุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือวิทยุ ทำให้ตนไม่สามารถทำการเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลได้ อย่างไรก็ตามในทักษะด้านความเข้าใจพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดอธิบายว่าตนสามารถเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ได้ ถ้าข้อมูลนั้นไม่มีศัพท์เฉพาะหรือเนื้อหาในการนำเสนอที่เป็นทางการมากเกินไป

ด้านทักษะการได้ถามพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายตรงกันว่า การที่ตนจะมีข้อสงสัยหรือได้ถามได้ใหม่นั้นขึ้นอยู่กับทักษะด้านความเข้าใจเป็นสำคัญ กล่าวคือ ถ้าหากเป็นข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนทำความเข้าใจก็อาจจะมีข้อสงสัยและสามารถตั้งคำถามได้ แต่ถ้าหากตนไม่เข้าใจในเนื้อนั้นๆ ก็ไม่แน่ใจว่าจะตั้งคำถามอย่างไร สำหรับทักษะด้านการตัดสินใจนั้นพบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายถึงเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจ

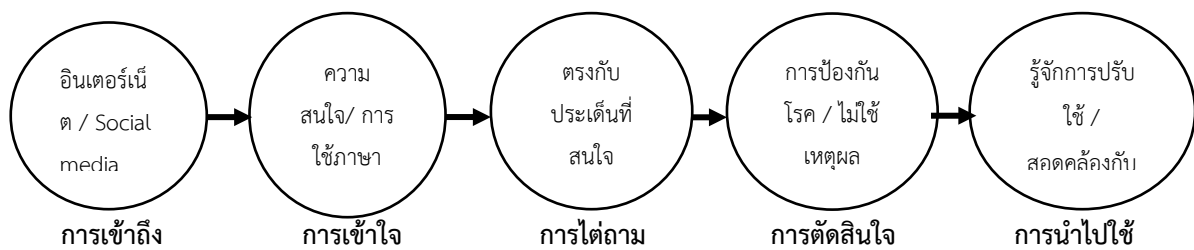
ออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) เชื่อเพราะผู้ให้ข้อมูลนั้นเป็นคนที่น่าเชื่อถือ เช่น บุคลากรสาธารณสุข หรือ บุคคลในครอบครัว และข้อมูลที่ถูกนำเสนอขึ้นตรงกับความต้องการของตนเอง โดยบุคคลเหล่านี้ตัดสินใจที่ปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับเพราะเชื่อว่าการปฏิบัติตามดังกล่าวจะทำให้ตนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และ 2) ไม่สามารถตัดสินใจได้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้อธิบายว่าตนก็มีความไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้รับ แต่เมื่อถามถึงทักษะการนำไปใช้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้ทั้งหมดอธิบายว่าตนสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพไปปรับใช้ ซึ่งการปรับใช้นี้ไม่ใช่การนำไปใช้ทั้งหมด แต่ขึ้นอยู่กับว่าตนจำหลักการหรือข้อมูลด้านสุขภาพได้หรือไม่ และหลักการและข้อมูลด้านสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด



ภาพที่ 4.2 รูปแบบการใช้ทักษะต่างๆ ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ

3) กลุ่มที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เหลือ จำนวน 12 ท่าน ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ 1, 3, 5, 6, 8, 11, 16, 17, 18 และ 19 ในด้านทักษะการเข้าถึงนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่าตนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้จากหลายแหล่ง โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นข้อมูลที่อยู่บนอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคม (Social Media) ในด้านทักษะการเข้าใจนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่า ตนสามารถจำข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนได้รับมาได้ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าใจและจดจำข้อมูลด้านสุขภาพว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 อย่าง คือ 1) ความสนใจส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่าพวกเขาจะสามารถจดจำข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพได้บางส่วน และจะจำได้มากขึ้นถ้าข้อมูลดังกล่าวตรงกับประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสนใจ และ 2) ลักษณะการใช้ภาษา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่าการใช้ภาษาที่บุคคลทั่วไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีศัพท์เฉพาะน้อยจะทำให้พวกเขาสามารถจำข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพได้ดีกว่า ด้านทักษะการได้ถาม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่าการได้ถามของพวกเขานั้นขึ้นอยู่กับว่าเป็นประเด็นที่ตนเองสนใจหรือไม่ ถ้าหากเป็นประเด็นที่ตนกำลังสนใจแม้ว่าจะรับข้อมูลข่าวสารมาแบบเข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้าง แต่พวกเขาก็จะถามต่อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มนี้มีทักษะในการได้ถาม ทักษะด้านการตัดสินใจนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่าพวกเขาสามารถที่จะตัดสินใจจากข้อมูลที่มีอยู่ได้ โดยพิจารณาจากประโยชน์ที่มีต่อตนเองเป็นสำคัญ ถ้าข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนได้รับช่วยป้องกันโรค หรือลดการ

เกิดโรคได้ก็จะตัดสินใจนำมาปฏิบัติ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนอธิบายว่าตนเองไม่ได้ใช้เหตุผลในการตัดสินใจทุกครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญเหล่านี้สามารถอธิบายได้ว่าตนเองตัดสินใจจากอะไร ส่วนทักษะด้านการนำไปใช้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดอธิบายว่า ถ้าข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ตนเองสนใจและเกี่ยวข้องกับตนเอง พวกเขาจะสามารถนำไปใช้ได้ โดยพวกเขาจะปรับให้เข้ากับชีวิตประจำวันและวิถีชีวิตของตน อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้อธิบายเพิ่มเติมว่าพวกเขาอาจจะมีการละเลยบ้างในบางครั้ง และบางครั้งพวกเขาก็ยังไม่แน่ใจว่าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องมากนักน้อยเพียงใด



ภาพที่ 4.3 รูปแบบการใช้ทักษะต่างๆ ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2563” โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความเข้าใจข้อมูลและพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) รูปแบบคู่ขนานเชิงปริมาณและคุณภาพ (Convergent Parallel Design) ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นประชาชนในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จำนวน 20 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา คณะผู้วิจัยได้ทำการนำเสนอข้อสรุป วิเคราะห์ผลการวิจัยและนำเสนอข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 ลักษณะทั่วไปทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.2 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างอายุ 25-45 ปี และ 46-60 ปี มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 26.8 (อายุเฉลี่ย 43.97 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.18) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ประถมศึกษา และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.0, 26.5 และ 21.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาเป็นนักเรียน/นักศึกษา และอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และ 13.0 ตามลำดับ

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 51.7 รองลงมาเป็นระดับมากและน้อย ร้อยละ 46.3 และ 2.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพเท่ากับ 56.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.80 อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเป็นรายทักษะ พบว่า ทักษะการเข้าถึง นั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 และระดับน้อยเท่ากับร้อยละ 1.3 โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าถึงอยู่ที่ 12.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86 จัดอยู่ในระดับมากทักษะการเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมาอยู่ในระดับมากและน้อย คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ 4.3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าใจอยู่ที่ 10.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.53 อยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการไต่ถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาเป็นระดับน้อยและมาก คิดเป็นร้อยละ 30.3 และ 6.3 ตามลำดับ ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการไต่ถามอยู่ที่ 9.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28 อยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการตัดสินใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการเข้าใจอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 4.3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าใจอยู่ที่ 11.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.89 อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.5 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 60.3, 29.0 และ 10.8 ตามลำดับ และไม่พบผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 19.59$, $SD = 4.10$) โดยสามารถเรียงลำดับประเด็นที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดได้ ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 3) ปัญหาฝุ่น PM2.5 4) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 5) โรคฉี่หนู

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.4 ปัจจัยด้านแหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.85 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 69.55, 29.32, 0.98 และ 0.15 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 32.99$, $SD = 7.03$) แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 9 แหล่งข้อมูล เรียงตามลำดับได้ดังนี้ (1) บุคลากรสาธารณสุข (2) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (4) เพื่อน ญาติ พี่น้อง (5) วิทย์ (6) ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน (7) อินเทอร์เน็ต (8) สื่อสิ่งพิมพ์ และ (9) หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.5 ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ร้อยละ 100.0 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.44$) โดยสามารถเรียงลำดับความพึงพอใจรายข้อมูลข่าวสารจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 3) ปัญหา PM2.5 4) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 5) โรคฉี่หนู

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในข้อมูลข่าวสารเป็นรายโรค พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 5 ประเด็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.6 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องในความถี่ระดับมากถึงจำนวน 17 ข้อ อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 7 ข้อ และอยู่ในระดับน้อยจำนวน 2 ข้อ โดยข้อคำถามที่ตอบได้ถูกต้องสูงสุด คือ (ข้อที่ 5) การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านหรือบริเวณบ้าน เป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีผู้ตอบถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 91.1 ส่วนข้อคำถามที่มีคน

ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ (ข้อที่ 9) ควรบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 24 กรัมต่อวันหรือ 6 ช้อนชาต่อวัน มีผู้ตอบได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 18.3

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

1.7 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 47.5 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.5 และมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียงร้อยละ 10.5 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 99.29$, $SD = 18.29$) โดยสามารถเรียงประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเหมาะสมจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 3) โรคฉี่หนู 4) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5) ปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ การศึกษาและอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พร้อมกันนั้นยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายชื่อโรคของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.8 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.8.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประชาชนมีลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ 2, 4 และ 9 โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มนี้มีอายุเกิน 60 ปีทั้งหมด เมื่อพิจารณาตามลักษณะความรอบรู้ด้านสุขภาพตามทักษะทั้ง 5 ด้าน จะพบว่า โดยเมื่อถามถึงลักษณะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ท่านมีมุมมองว่าตนเองไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ และไม่สนใจที่จะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามหลักสุขภาพนั้นจะเน้นทำตามที่ถูกหรือบุคคลใกล้ชิดบอกเป็นสำคัญ ด้านการเข้าใจข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ทั้ง 3 ท่านนั้นอธิบายว่าตนเองจำข้อมูลด้านสุขภาพที่คนใกล้ชิดบอกในลักษณะจำได้บ้างจำไม่ได้บ้าง และในด้านความเข้าใจนั้นพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญเข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้าง ซึ่งลักษณะความเข้าใจตรงนี้ส่งผลต่อทักษะการไต่ถามเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพแค่บางส่วน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 ท่านอธิบายว่าตนเองนั้นไม่ค่อยมีข้อสงสัยหรือคำถาม โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญท่านที่ 2 ได้อธิบายเพิ่มว่า ถึงแม้ว่าจะมีคำถามก็ไม่รู้ว่าจะถามได้อย่างไร การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพส่วนใหญ่ต้องรอให้คนมาอธิบายเพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญท่านที่ 2 ยังอธิบายว่าตนมักจะไม่ว่าง แต่ถ้ามีข้อสงสัยหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็จะไปโรงพยาบาล ทักษะด้านการตัดสินใจนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่าตนมีการใช้เหตุผลในการตัดสินใจที่ปฏิบัติตามหลักสุขภาพหรือข้อมูลที่ได้รับ แต่เมื่อถามถึงลักษณะและกระบวนการตัดสินใจจะพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามทั้งเลือกเชื่อตามที่คนใกล้ชิดเช่น ลูก หรือเพื่อนบ้าน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญท่านที่ 9 อธิบายว่า ตนตัดสินใจเชื่อเพราะความกลัวเป็นสำคัญ ด้านการปฏิบัติตามนั้นพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายรายละเอียดว่าตนสามารถที่จะปฏิบัติตามหลักการหรือข้อแนะนำทางสุขภาพที่ตนได้รับมากได้ 2) กลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในระดับที่ 7, 10, 12, 15 และ 20 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้มีลักษณะร่วมกัน คือ อธิบายว่าตนสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในประเด็นที่ตนเองสนใจได้ อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้มีลักษณะร่วมกันคือ ไม่สามารถที่จะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ตนได้รับได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายถึงเหตุผลของการไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ไว้ 2 ประการ ได้แก่ 1) การมีข้อมูลมากเกินไป ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 จาก 5 ท่านอธิบายว่า ตนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลายหลากแหล่ง โดยมีวิธีการเข้าถึงจากทางโทรศัพท์มือถือ เมื่อทำการค้นหาจะพบข้อมูลที่มีความหลากหลาย ทำให้ตนไม่แน่ใจว่าข้อมูลจากแหล่งใดมีความน่าเชื่อถือมากกว่ากัน และตนควรตัดสินใจเชื่อหรือไม่เชื่อข้อมูลจากอะไร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้มักจะอธิบายว่าตนคาดเดาจากความคิดเห็น (Comment) ที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน เป็นสำคัญ และ 2) การไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้จากหลายแหล่ง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 2 ใน 5 ท่านอธิบายว่า ตนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพตามที่ตนสนใจได้ แต่ตนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้เพียง 1-2 แหล่ง เช่น บุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือ วิทยุ ทำให้ตนไม่สามารถทำการเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลได้ อย่างไรก็ตามในทักษะด้านความเข้าใจพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดอธิบายว่าตนสามารถเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ได้ ถ้าข้อมูลนั้นไม่มีศัพท์เฉพาะหรือเนื้อหาในการนำเสนอที่เป็นทางการมากเกินไป

ด้านทักษะการไต่ถามพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายตรงกันว่า การที่ตนจะมีข้อสงสัยหรือไต่ถามได้ใหม่นั้นขึ้นอยู่กับทักษะด้านความเข้าใจเป็นสำคัญ กล่าวคือ ถ้าหากเป็นข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนทำความเข้าใจ ก็อาจจะมีข้อสงสัยและสามารถตั้งคำถามได้ แต่ถ้าหากตนไม่เข้าใจในเนื้อนั้นๆ ก็ไม่แน่ใจว่าจะตั้งคำถามอย่างไร สำหรับทักษะด้านการตัดสินใจนั้นพบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายถึงเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจออกได้เป็น 2 ลักษณะ

ได้แก่ 1) เชื่อเพราะผู้ให้ข้อมูลนั้นเป็นคนที่น่าเชื่อถือ เช่น บุคลากรสาธารณสุข หรือบุคคลในครอบครัว และข้อมูลที่ถูกนำเสนอขึ้นตรงกับความต้องการของตนเอง โดยบุคคลเหล่านี้ตัดสินใจที่ปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับเพราะเชื่อว่าการปฏิบัติตามดังกล่าวจะทำให้ตนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และ 2) ไม่สามารถตัดสินใจได้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มนี้อธิบายว่าตนก็มีความไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้รับ แต่เมื่อถามถึงทักษะการนำไปใช้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้ทั้งหมดอธิบายว่าตนสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพไปปรับใช้ ซึ่งการปรับใช้นี้ไม่ใช่การนำไปใช้ทั้งหมด แต่ขึ้นอยู่กับว่าตนจำหลักการหรือข้อมูลด้านสุขภาพได้หรือไม่ และหลักการและข้อมูลด้านสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด 3) กลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เหลือ จำนวน 12 ท่าน ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ 1, 3, 5, 6, 8, 11, 16, 17, 18 และ 19 ในด้านทักษะการเข้าถึงนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่าตนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้จากหลายแหล่ง โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นข้อมูลที่อยู่บนอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคม (Social Media) ในด้านทักษะการเข้าใจนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่า ตนสามารถจำข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนได้รับมาได้ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าใจและจดจำข้อมูลด้านสุขภาพว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 อย่าง คือ 1) ความสนใจส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่าพวกเขาจะสามารถจดจำข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพได้บางส่วน และจะจำได้มากขึ้นถ้าข้อมูลดังกล่าว ตรงกับประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสนใจ และ 2) ลักษณะการใช้ภาษา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่าการใช้ภาษาที่บุคคลทั่วไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีศัพท์เฉพาะน้อยจะทำให้พวกเขาสามารถจำข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพได้ดีกว่า ด้านทักษะการไต่ถาม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่าการไต่ถามของพวกเขาขึ้นอยู่กับว่าเป็นประเด็นที่ตนเองสนใจหรือไม่ ถ้าหากเป็นประเด็นที่ตนกำลังสนใจแม้ว่าจะรับข้อมูลข่าวสารมาแบบเข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้าง แต่พวกเขาก็จะถามต่อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มนี้มีทักษะในการไต่ถาม ทักษะด้านการตัดสินใจนั้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่าพวกเขาสามารถที่จะตัดสินใจจากข้อมูลที่มีอยู่ได้ โดยพิจารณาจากประโยชน์ที่มีต่อตนเองเป็นสำคัญ ถ้าข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนได้รับช่วยป้องกันโรค หรือลดการเกิดโรคได้ก็จะตัดสินใจนำมาปฏิบัติ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนอธิบายว่าตนเองไม่ได้ใช้เหตุผลในการตัดสินใจทุกครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญเหล่านี้สามารถอธิบายได้ว่าตนเองตัดสินใจจากอะไร ส่วนทักษะด้านการนำไปใช้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดอธิบายว่า ถ้าข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ตนเองสนใจและเกี่ยวข้องกับตนเอง พวกเขาจะสามารถนำไปใช้ได้ โดยพวกเขาจะปรับให้เข้ากับชีวิตประจำวันและวิถีชีวิตของตน อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้อธิบายเพิ่มเติมว่าพวกเขาอาจจะมีภาระเลียบ้างในบางครั้ง และบางครั้งพวกเขาก็ยังไม่แน่ใจว่าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องมากน้อยเพียงใด

1.8.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

1) แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะมีแหล่งในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันไปตามช่วงวัย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นวัยทำงาน จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคล คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข เพื่อน /ญาติ /คนในครอบครัว ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน นอกจากนั้นก็เป็นสื่อมวลชนมากที่สุด ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นวัยวัยรุ่นจะมีช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายกว่า ไม่ว่าจะเป็นสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในวัยนี้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

2) ลักษณะของการความพึงพอใจต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีรูปแบบในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารรายประเด็นไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ มีความพึงพอใจมากต่อการรับรู้ข้อมูลในทั้ง 5 ประเด็น

1.8.3 ความรู้ พฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

1) โรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญสามารถระบุถึงผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกห้ามรับประทานยาแอสไพริน คนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วจะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำอีก เด็กหรือผู้ใหญ่ก็สามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านหรือบริเวณบ้าน เป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้ให้ข้อมูลระบุวิธีการป้องกันโรคได้ว่า ป้องกันตนเองและบุตรหลานไม่ให้ถูกยุงกัดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น นอนในมุ้ง ทายากันยุง เก็บบ้านให้ปลอดโปร่งเพื่อไม่ให้ยุงเกาะพัก เก็บเศษภาชนะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ ปล่อน้ำทิ้งหรือเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้ ปิดฝาภาชนะเก็บน้ำกิน น้ำใช้ เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลงไปวางไข่

2) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายว่า การทานน้ำตาลเกินเสี่ยงต่อการป่วยโรคอ้วน โรคเบาหวาน เลือกรับประทานน้ำเปล่า/น้ำสะอาดแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลส่วนการบริโภคเกลือนั้นอธิบายว่าผงฟู สารกันบูด สารกันเสียในชีส เป็นโซเดียมแฝง

3) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในประเด็นโรคเบาหวานนั้นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ อธิบายถึงน้ำหนักเกิน อ้วน และขาดการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิต และป้องกันด้วยตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1-2 ปี ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคเบาหวาน ด้านอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงผู้ที่บริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มันจัด มีโอกาสทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ และความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายต่อถึงวิธีป้องกัน คือ ตรวจวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมถึงลดอาหารเค็ม/มัน เพิ่มการทานผัก/ผลไม้

4) ปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวถึงปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ ว่า เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบ จาก $PM_{2.5}$ มากกว่าคนทั่วไป $PM_{2.5}$ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดโรคหอบหืด โรคหลอดเลือดในสมอง ในการป้องกันและอันตรายของฝุ่นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อธิบายว่า ทำความสะอาดบ้านด้วยวิธี เช็ดหรือถู แทน การปิด/กวดในช่วงเวลาที่ค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ เกินมาตรฐาน สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น $PM_{2.5}$ ก่อนออกจากบ้าน ในช่วงเวลาที่ค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ อยู่ในระดับเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ (สีส้ม 59 – 90 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร)

5) โรคโควิด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดอธิบายว่าวัคซีนสามารถรักษาให้หายได้ อาการไอเรื้อรังติดต่อกัน 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่น่าสงสัยว่าจะป่วยเป็นโรค ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอธิบายถึงการป้องกันด้วยการใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อท่านไปคลุกคลีกับหรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรค หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าเป็นโรค นอกจากนี้ยังต้องปิดปากและจมูกทุกครั้ง ไอหรือจาม

2. อภิปรายผล

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วิสัยทัศน์ในระยะ 20 ปี ไว้ว่า “ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลภายในปี 2579” จากวิสัยทัศน์ดังกล่าวสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงจำเป็นต้องดำเนินการโดยอาศัยประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาโดยต้องพัฒนาระบบให้ตรงกับความต้องการของประชาชน พัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชนและสังคม ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ได้ทำการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยมีจุดเน้นที่ 5 ประเด็นสำคัญ คือ 1) โรคไข้เลือดออก 2) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 3) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 4) ปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ และ 5) โรคโควิด ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการประเมิน เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และช่วยในการวางแผน และพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และตรงกับความ ต้องการของประชาชนต่อไป ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ผลได้ผลการศึกษาที่สำคัญ ดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 51.7) รองลงมาเป็นระดับมาก (ร้อยละ 46.3) และระดับน้อย (ร้อยละ 2.0) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 56.66$, $SD = 5.80$) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าถึงในระดับมาก โดยมีทักษะด้านการเข้าใจ ทักษะการไต่ถามและทักษะการตัดสินใจในระดับปานกลาง ข้อค้นพบในการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการสำรวจของ

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006) ที่พบว่า ร้อยละ 53 ของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าประชาชนมีทักษะการเข้าใจและ ได้ถามในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมอนมัย (2563) พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายทักษะพบว่า ประชาชนยังมีคะแนนทักษะด้านการทบทวนซักถามน้อยกว่าทักษะอื่นๆ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้นั้นเนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องลักษณะของทักษะ ที่พบว่าการทำความเข้าใจ หรือการได้ถามต้องอิงอาศัยทักษะด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ ขณะที่การเข้าถึง การตัดสินใจ และการนำไปใช้เป็นทักษะที่อาศัยกระบวนการภายในบุคคลมากกว่า ประกอบกับลักษณะของประชาชนไทยที่เน้นการรับข้อมูลทางเดียวมากกว่า การได้ถามซักถาม ประชาชนจึงมีทักษะในการได้ถามน้อย

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006) ที่พบว่า เพศหญิงจะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่า และประชาชนที่มีอายุมากจะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าประชาชนในช่วงอายุอื่นๆ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ เพราะว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะเป็นทักษะ เช่น การอ่านออกเขียนได้ ความสามารถในการได้ถาม ซึ่งประชาชนในกลุ่มที่แตกต่างกันจะมีทักษะเหล่านี้แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่จบการศึกษาสูงมักจะได้รับการฝึกฝนด้านการทำความเข้าใจ การได้ถามมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทำให้บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพมากกว่า

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.5 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย คิดเป็นร้อยละ 60.03, 29.0 และ 10.8 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพทั้ง 5 ประเด็นเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2561, 2562) ที่พบว่าเพศ อายุ และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลให้บุคคลมีรูปแบบในการเลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่มีอาชีพที่

แตกต่างกันย่อมเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันด้วยสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้บุคคลที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีการรับรู้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

2.3 ปัจจัยด้านประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.7 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก 9 แหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 76.3, 22.3, 1.3 และ 0.3 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($M = 33.52$, $SD = 6.70$) แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 9 แหล่งข้อมูล เรียงตามลำดับได้ดังนี้ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 โทรศัพท์/เคเบิลทีวี 3 บุคลากรสาธารณสุข 4 เพื่อน / ญาติ / คนในครอบครัว 5 วิทยู 6 ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน 7 อินเทอร์เน็ต 8 สื่อสิ่งพิมพ์ 9 หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร โดยการรับรู้ข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน โทรศัพท์/เคเบิลทีวี อยู่ในระดับมาก มีเพียงหนังสือพิมพ์และสื่อสิ่งพิมพ์ที่อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุข โทรศัพท์/เคเบิลทีวี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนมีการเข้าถึงมากที่สุด 3 อันดับแรก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2562) สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และ อสม. เป็นสื่อบุคคลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายที่สุดและเป็นสื่อที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของประชาชน ส่วนโทรศัพท์/เคเบิลทีวีประชาชนมีการเข้าถึงได้มากเนื่องจากเป็นสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึง ได้ง่ายไม่ต้องต้องอาศัยทักษะที่ซับซ้อน และเป็นสื่อที่มีความประหยัด ผลการสำรวจในปีนี้แสดงให้เห็นว่าเพื่อน ญาติ พี่น้อง มีประชาชนเข้าถึงมากเป็นอันดับที่ 4 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิชาญ ปาวัน และคณะ (2562) นั้นอาจจะเกิดจากปัจจัยทางด้านสถานการณ์ที่พบว่าในปี 2563 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชนเกิดความสนใจ และมีการพูดคุยกันในกลุ่มเพื่อน ญาติ พี่น้องถึงสถานการณ์ของโรคดังกล่าว ทำให้ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในช่องทางนี้มากกว่า ผลการศึกษาในปีที่ผ่านมา

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อแหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับแหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2562) สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ปัจจัยส่วนบุคคลย่อมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสนใจและความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า ประชาชนที่มีอายุมากย่อมมีความสนใจ และมีความสามารถในการเข้าถึง

แหล่งข้อมูลได้น้อยกว่าประชาชนที่มีอายุน้อย เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการใช้สื่อที่น้อยกว่า ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า

2.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 4.34$, $SD = 0.44$) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารรายโรค โดยเรียงลำดับตามการความพึงพอใจมากที่สุดคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา ได้แก่ ปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ ไข้เลือดออก การบริโภคน้ำตาลและเกลือ และโรคฉี่หนู ตามลำดับ โดยมีระดับความพึงพอใจในรายประเด็นอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ในทุกประเด็น สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพเป็นเรื่องที่ประชาชนมีมุมมองว่าเป็นเรื่องที่มีประโยชน์ การรับรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพทำให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความปลอดภัย ขณะเดียวกันในช่วงปีงบประมาณที่ผ่านมากรมควบคุมโรคได้พยายามปรับปรุงรูปแบบการสื่อสารให้ตรงกับความต้องการของประชาชนมากยิ่งขึ้น ประชาชนจึงมีความพึงพอใจในระดับมาก

จากผลการวิจัย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม 5 ประเด็น สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจจะอธิบายได้ด้วยปัจจัยทางด้านบริบทของบุคคล ที่พบว่าบุคคลที่อยู่ในบริบทที่แตกต่างกันย่อมทำให้พวกเขามีความต้องการข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่อยู่ในพื้นที่แตกต่างกัน ย่อมมีความสนใจและต้องการข้อมูลในประเด็นโรคที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของท้องถิ่น บุคคลที่มีอาชีพแตกต่างกันย่อมต้องการและพึงพอใจต่อข้อมูลที่แตกต่างกัน เป็นต้น

2.5 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 56.0, 35.0 และ 9.0 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพรวม 5 ประเด็นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 17.55$, $SD = 5.26$) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู อยู่ในระดับมาก ในส่วนปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ ความรู้เรื่องการบริโภคน้ำตาลและเกลืออยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมากเนื่องจากลักษณะของสังคมในปัจจุบันมีลักษณะของสังคมเมืองมากยิ่งขึ้น ซึ่งสังคมเมืองเป็นสังคมแห่งข้อมูลข่าวสาร ประชาชนสามารถเข้าถึงข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพได้ตลอดเวลาและสามารถเข้าถึงได้จากหลายแหล่ง ประกอบกับการทำงานในเชิงรุกของกรมควบคุมโรคที่มีการบูรณาการกับหน่วยงานที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นมูลนิธิ สำนักงาน หรือองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพ

ทำให้ประชาชนมีระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในระดับสูง ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นเรื่องปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ เป็นประเด็นที่ประชาชนมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุที่เป็นเช่นนี้นั้นอาจเกิดจากลักษณะของปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่เป็นปัญหาใหม่ ที่เพิ่งมีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้ได้ไม่นาน นอกจากนี้ลักษณะของฝุ่น $PM_{2.5}$ ยังเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน ยากแก่การอธิบายให้เกิดความเข้าใจ โดยเฉพาะขนาดของฝุ่นที่มีการกำหนดเป็นระดับไมครอน

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ (2559, 2560, 2561) สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ด้วยแนวคิดทางด้านลักษณะของบุคคลที่อธิบายว่า บุคคลที่มีคุณลักษณะแตกต่างกันย่อมมีบุคลิกภาพ ความสนใจ และเจตคติที่ต่างกัน เช่น เพศหญิงมักจะมีความสนใจเกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพมากกว่าเพศชาย ความสนใจดังกล่าวย่อมส่งผลให้เพศหญิงรับข้อมูลข่าวสารและมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมากกว่าเพศชาย ซึ่งผลการวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า กลุ่มวัยรุ่นมักจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพน้อยกว่าวัยอื่นๆ เพราะวัยรุ่นมีความสนใจเรื่องสุขภาพน้อยกว่าวัยอื่นๆ

2.6 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 47.5 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยมีผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสมน้อยเพียงร้อยละ 10.5 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 99.29$, $SD = 18.29$) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับเหมาะสมมากทุกรายประเด็น เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงอาจเกิดจาก รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของกรมควบคุมโรคที่มีการใช้รูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนอื่นๆ มีการใช้รูปแบบการสื่อสารเชิงรุก เช่น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้องทันเวลา นอกจากนี้กรมควบคุมโรค และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ยังมีการใช้ช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงทางอินเทอร์เน็ตเพื่อให้ประชาชนในกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน ในสังคมเมืองซึ่งเน้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นหลักได้รับรู้ควบคู่กันไปด้วย

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพนั้น พบว่า เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง

สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ (2561, 2562) ที่พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งอธิบายได้ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลให้บุคคลเกิดความสนใจ แรงจูงใจ และความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไปมากที่สุด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่าตัวแปรข้างต้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับความรู้รอบด้านสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่ระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงกว่าจะมีความสามารถ มีทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากกว่าทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่า ซึ่งส่งผลให้บุคคลเหล่านี้มีข้อมูลข่าวสารและมีความรู้เกี่ยวโรคและภัยสุขภาพมากกว่า นอกจากนี้บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองและเลือกตัดสินใจ ตลอดจนมีความสามารถที่จะนำเอาข้อมูลข่าวสารที่ตนได้มาให้ได้มากกว่า บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจึงมีแนวโน้มจะมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์เชิงบวกต่อกรมควบคุมโรค และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมากกว่า

3. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งเกิดภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่ดีได้โดย

- 1) พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคให้ประชาชน เพราะผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ดังนั้นการดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต จึงควรมุ่งสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเกิดทักษะในการทำความเข้าใจ ทักษะในการตัดสินใจที่ถูกต้องต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่มีอย่างหลากหลายในยุคปัจจุบัน

2) นำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นฐานในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และการวางแผน การปฏิบัติในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน โดยในการสื่อสาร ความเสี่ยงควรใช้ช่องทางที่หลากหลายเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงข้อมูล และการสื่อสารความเสี่ยงควรใช้หลาย ช่องทางควบคู่กันไปเพราะผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าประชาชนบางส่วนยังมีช่องทางการสื่อสารที่ไม่หลากหลาย

3) ทำการศึกษาผู้ใช้และบริบทของผู้ใช้ก่อนพัฒนาสื่อ เลือกช่องทาง และทำการสื่อสารความเสี่ยง โดยผลการวิจัยพบว่าประชาชนยังขาดทักษะในการเข้าใจ ใต้ถาม และตัดสินใจ ดังนั้นการดำเนินงานด้านการ สื่อสารความเสี่ยงควรให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับคุณลักษณะและบริบทของประชาชนที่ทำการสื่อสารด้วย เพื่อให้ ประชาชนเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง อันจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป

4) พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคให้ประชาชน เพราะผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ดังนั้นการดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต จึงควรมุ่งสื่อสาร เพื่อให้ประชาชนเกิดทักษะในการทำความเข้าใจ ทักษะในการตัดสินใจที่ถูกต้องต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพที่มีอย่างหลากหลายในยุคปัจจุบัน

5) พัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และปัจจัย เชิงสาเหตุของพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยการพัฒนาโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Model) โดยใช้ผลการวิจัยในครั้งนี้ ร่วมกับการพัฒนาจากฐานทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3.2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ ในการพัฒนาในหน่วยงานที่ตนเองรับผิดชอบได้ ดังนี้

1) ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นสื่อที่ประชาชนมี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก ประสิทธิภาพในการสื่อสารความเสี่ยงของ อสม. จึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการสื่อสารความเสี่ยง และในบางโอกาส อสม. ยังมีฐานะเป็นต้นแบบ ทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงควรให้ความสำคัญกับ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เพื่อเป็นการพัฒนา อสม. สามารถกลั่นกรองและเลือกข้อมูลที่จะ นำไปสื่อสารต่อได้อย่างถูกต้อง และสามารถเป็นต้นแบบที่ดีให้กับประชาชนในชุมชนได้ต่อไป

2) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่า การสื่อสารด้วยสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ยังเป็นสื่อที่มีความสำคัญในการสื่อสารความเสี่ยง เพราะสามารถเผยแพร่ข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารความเสี่ยงในสถานการณ์เร่งด่วน อย่างไรก็ตามการสื่อสารผ่านโทรทัศน์เป็นช่องทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง และมีเวลาจำกัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงควรพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย แต่มีความน่าสนใจ เพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

3) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะของประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อรูปแบบการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงควรตระหนักอยู่เสมอว่า แม้ว่าประชาชนจะมีการเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพได้ง่ายขึ้นในยุคปัจจุบัน แต่ก็ยังมีคนกลุ่มหนึ่งที่จัดว่าเป็นกลุ่มอ่อนไหว คือ มีความสามารถในการเข้าถึง และเข้าใจได้น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มนี้ และทำการตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจอยู่เสมอว่า การสื่อสารความเสี่ยงที่ดำเนินการอยู่สามารถสื่อสารไปถึงประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างแท้จริง

3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและคุณภาพ (The convergent parallel design) ซึ่งการวิจัยในรูปแบบนี้มีข้อดี คือ ได้ผลการวิจัยที่มีความครบถ้วนทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพที่สามารถนำมาสอบทานกันได้ ในเวลาที่รวดเร็ว อย่างไรก็ตามการวิจัยที่มีลักษณะเป็นการทำวิจัยคู่ขนานยังมีข้อจำกัดในด้านการอธิบายข้อค้นพบที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรใช้การวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods research) รูปแบบอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

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

3) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพแบบประเมินตนเอง การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้เทคนิคการวัดพฤติกรรมสุขภาพแบบอื่นๆ เพื่อให้ได้งานวิจัยที่มีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

4) ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคลมากที่สุด การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรทำการศึกษาเพื่อหาวิธีการพัฒนาความสามารถของสื่อบุคคล เพื่อช่วยให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้แนวทางในการพัฒนาสื่อบุคคลได้อย่างตรงจุด มีประสิทธิภาพ และประหยัด

5) ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทักษะการเข้าถึงสูง ขณะที่ทักษะเข้าใจ ต่ำถาม และตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทของ ประชาชนไทย เพื่อให้ได้โมเดลการวัด และเครื่องมือวัดที่มีความตรงตามบริบท อันจะช่วยให้เกิดการพัฒน่องค์ ความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยต่อไป

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). Thailand Medical Services Profile 2011-2014

(การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2554.

นนทบุรี : กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

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

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

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

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2558). ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. นนทบุรี

สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

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

(เอกสารอัดสำเนา)

กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค. (2558). แนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ กรณีฝุ่นละออง

ขนาดเล็ก. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2563.], <http://hia.anamai.moph.go.th>

/more_news.php?cid=317&filename=index

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. [ออนไลน์].

[สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2563.], <http://www.hed.go.th/linkHed/321>

กลุ่มเฝ้าระวังฝุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2552). เรียนรู้เกี่ยวกับฝุ่น PM2.5. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม

2563.], [https://www.chula.ac.th/protect-yourself-from-pm2-5-air-pollution-and-](https://www.chula.ac.th/protect-yourself-from-pm2-5-air-pollution-and-hazardous-dust/)

hazardous-dust/

กองจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. (2563). ข้อมูลดัชนีคุณภาพอากาศ. [ออนไลน์]. [สืบค้น

เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2563.], http://air4thai.pcd.go.th/webV2/aqi_info.php

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2559). **แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัดทำ**

แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี :

กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา)

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2560). **แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัย**

สุขภาพ (พ.ศ. 2560 – 2579). กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2563). **สถานการณ์โรคไข้เลือดออก 1 มกราคม – 31 ธันวาคม**

พ.ศ. 2563. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2563.], <https://www.facebook.com/pg/thaivbd/posts/>

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2563). **รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออกปี 2563.**

[ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2563.], file:///C:/Users/Admins/Downloads/fullpaper

_%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%84%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%81_2563_finalpdf.pdf

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). **จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง,**

เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2563.],

<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าใจ เข้าถึง และการนำไปใช้.** กรุงเทพฯ :

อมรินทร์ บুক เซ็นเตอร์

_____. (2562). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ.** กรุงเทพฯ :

อมรินทร์ บุก เซ็นเตอร์

ขวัญเรือน กิตติวัฒน์. (2531). **พลศาสตร์ของการสื่อสาร. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพลศาสตร์ การสื่อสาร**

หน่วยที่ 2. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- จักรธาดา ยืนยงสุวรรณ. (2557). ความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารสื่อดิจิทัล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์. (2555). น้ำตาล สุขภาพ และการจัดการด้านการบริโภคที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- จีราพร วีระหงส์. (2548). ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบและกระบวนการให้บริการของกรุงเทพมหานคร เขตราชบุรีบูรณะ. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เฉลา ประเสริฐสังข์. (2542). จิตวิทยาการเรียนรู้การสอน. จันทบุรี : คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏรำไพพรรณี.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2552). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชัยธีรกรณ เวฬุวนารักษ์. (2542). การเปิดรับสื่อ ความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข สุข ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐนรี ไชยภักดี. (2553). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สีปันรักให้โลก ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ดาวรุ่ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 7(3): 121-126
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. KRU Res J., 16(6), 749-758.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น.
- ประมะ สตะเวทิน. (2540). หลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.**

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์.

พีระ จิโรสถ. (2544). “ทฤษฎีการสื่อสารมวลชน” ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาหลักและทฤษฎีการสื่อสาร.**

หน่วยที่ 11. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พีระ สมบัติดี และคณะ. (2558). **ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก.** ขอนแก่น : หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ

งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์

พัชนี เขยจรรยา และคณะ. (2541). **แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร : เยลโล่การพิมพ์.

ภนิดา ชัยปัญญา. (2541). **การวัดความพึงพอใจ.** กรุงเทพมหานคร : แสงอักษร.

ภัสราวลัย ศีตีสาร และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. **วารสารสาธารณสุขสุพรรณนา,** 9(2): 120-136.

มุกดา สอนประเทศ. (2554). **ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ต.กุดกู่ อ.โนนสัถ จ.หนองบัวลำภู.** [ออนไลน์]. [สืบค้น เมื่อ 7 มีนาคม 2561.] จาก <http://203.157.71.148/Information/center/reserch-55>

ราชบัณฑิตยสถาน. (2545). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.** กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญพัฒน์.

รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์. (2558). **ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชน ในเขต กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

รัตนาวดี ศิริทองถาวร. (2546). **การประชาสัมพันธ์ธุรกิจ.** กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตนา เกียรติเฝ้า. (2558). ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. **วารสารวิชาการสาธารณสุข,** 24(3): 405-412

วรทัย ราวินิจ . (2549). ประสิทธิภาพของการใช้แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคมในการสร้างภาพลักษณ์ของ
บริษัท เครือเจริญโภคภัณฑ์ จำกัด.วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. (2551). การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษา
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

วาสนา พงษ์พิงศ์สิทธิ์. (2544). การเปิดรับข่าวสาร ภาพลักษณ์ ความคาดหวัง และความพึงพอใจของ
ประชาชนชาวกรุงเทพมหานครที่มีต่อการสื่อสารและการให้บริการของสำนักงานเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาการ
ประชาสัมพันธ์ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิชาญ ปาวัน และคณะ. (2561). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการ
ป้องกันและควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561.
กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง.

_____. (2562). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและ
ควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

วิมล โรมา และคณะ. (2563). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.
2562. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟินนี่ แพบลิชิ่ง จำกัด

ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561-2580) (2561). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก. หน้า 1-74.

ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : วิทย์พัฒน์.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2451). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง). [ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 31
มกราคม 2563.], <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/925>

- สนอง คล้าฉิม. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2542). พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง. ใน กิตติวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา (หน่วยที่ 1-7). พิมพ์ครั้งที่ 16. นนทบุรี : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมใจ จางวาง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- สุจิตต์ แสนมงคล. (2559). การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11,30(2): 105-114
- สุชาติ โสมประยูร และคณะ. (2545). สุขศึกษาภาคปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : เอมีเทรตติ้ง.
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุพิดา เย็นโสภา. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้น ที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2553). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 18 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภารัตน์ ม่วงศิริ. (2547). การศึกษาภาพลักษณ์ที่เป็นจริงที่พึงประสงค์ ของโรงเรียนอนุบาล สังกัดสำนักงาน

บริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร ตามความคิดเห็นของ
ผู้บริหารและผู้ปกครอง.วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา ภาควิชานโยบาย
การจัดการและการเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนา บุญหลาย. (2550). การรับรู้ของพยาบาลในความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โรงพยาบาลศิริราช.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ
ทั่วไป พ.ศ. 2555 (ปรับปรุง พ.ศ. 2558). [ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2562.],
<http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี :
บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2561). คู่มือการเฝ้าระวังผลกระทบต่อ
สุขภาพจากปัญหาหมอกควันสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561). ครั้งที่พิมพ์ 1.
กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพฯ; 2561.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ.
2559-2568. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรม
ราชูปถัมภ์.

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

%99%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%AB%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87_61.pdf

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2560). **แผนงานควบคุมวัณโรค ปี 2560 - 2564**. นนทบุรี : สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา)

อรุณชาติ วงษ์ทับทิม. (2547). **การรับรู้ของสมาชิกเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง: ศึกษากรณีอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อภิชัย มงคล. (2545). **ความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8, สุขภาพจิตกับยาเสพติด.**

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

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

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

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

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

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

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

- Gilmer, Von Haller B. (1971). **Industrial psychology**. New York: McGraw-Hill.
- Gochman. (1988). **Health Behavior : Emerging Research Perspective**. New York: Plenum Press.
- Good, c. V. (Ed.) (1973). **Dictionary of education (3rd ed.)**. New York: McGraw-Hill, p 304, 588
- HLS-EU CONSORTIUM (2012): **Comparative report of health literacy in eight EU member states**.
The European health literacy survey HLS-EU, Online publication, <http://www.health-literacy.eu>
- Hunt, Todd and Ruben Brent D. (1993). **Mass Communication : Producer and Consumers**.
New York: Harper College Publishers.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities".
Educational and Psychological Measurement. 30(3): p.607-10.
- Kasl, S.V. and Cobb, S. 1966 . "Health behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior."
Archives Environmental of Health. 12 (Feb 1966), 246 - 249.
- Kippax, S. and J. P. Murray. (1980). **Using the media: need gratification and perceived utility**. Communication Research. Vol.7.
- Klapper, J. T. (1960). **The effects of mass communication**. New York: The Free Press.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)**. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Loana Vid. (2016). **The Image Crisis of The Organization**. Professional Communication and Translation Studies: West University Of Timișoara, Romania.
- McCombs, E. Maxwell and Becker, B Lee. (1979) **Using Mass Communications theory**.
New Jersey : Prentice Hall

- Melvin L. Defleur. (1970). **Theories of Mass Communication**. Second Edition, New York : David Mckey Co.,.
- Millet, John D. (1954). **Management in the Public Service**. New York : McGraw Hill Book Company.
- Morse, N. C. (1985). **Satisfactions in the white collar job**. Michigan: University of Michigan.
- Natbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21th century. **Healt Promotion International**, 15(3), 259-267
- _____. (2008). The evolving concept of health literacy. **Social Science and Medicine**, 67(12), 2072-2078
- Palys, T. (2008). Purposive sampling. In L.M. Given (Ed.) **The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods**. (Vol.2).Sage: Los Angeles, p. 697-8.
- Twaddle. A.C. (1981). **Sickness behaviors and the sick role**. Massachusett : Scheukmass publishing.
- Schramm, Willbur . (1954). **Channels and Audience in Handbook of Communication**. Chicago: Rac Mc Nelly College Publishing Company.
- _____. (1973). **Men Messages and Media : A look at Human Communication**. New York : Harper& Row Publisher.
- Vroom, W.H. (1964). **Working and Motivation**, (New York: John Wiley and Sons, Inc 1964), p. 99.
- Wolman, Thomus E. (1973). **Education and Organizational Leadership in Elementary School**, Englewood Cliffs, (New Jersey: Prentice-Hall), p.384.
- World Health Organization (1990). "Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease". **WHO Wkly Epidem. Rec.** 65 (29): 221–228.
- _____. (2002). **Current WHO guide rabies pre- and post- exposure treatment in humans**.

Geneva: WHO Press.

_____. (2017). **HIV/AIDS: Online questions**. [database on the internet]. 2017 [cited 2019 January 27]. <https://www.who.int/features/qa/71/en/>

World Hypertension League. (2012). **Healthy Lifestyle Healthy Blood Pressure. World Hypertension Day 2012 brochure**. [database on the internet]. 2018 [cited 2018 July 29]. Available from: <http://www.worldhypertensionleague.org/>

ภาคผนวก ก



มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย)

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ประจำปี พ.ศ.
2563

โครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาอังกฤษ)

Evaluation of Health Literacy in Prevention, Control Disease and Health Hazard of the Thai
People during B.E. 2020.

ผู้วิจัย: ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม

หน่วยงานที่สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

สำหรับเอกสาร:

1. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เวอร์ชัน.....1..... ฉบับลงวันที่.....23 มีนาคม 2563.....
2. แบบคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร เวอร์ชัน.....1..... ฉบับลงวันที่.....23 มีนาคม 2563.....
3. แบบใบยินยอมให้ทำการวิจัยจากผู้ถูกวิจัย เวอร์ชัน.....1..... ฉบับลงวันที่..... 23 มีนาคม 2563.....
4. แบบบันทึกข้อมูล เวอร์ชัน.....1..... ฉบับลงวันที่.....23 มีนาคม 2563.....
5. ประวัติผู้วิจัย

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต
เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และ
แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) โดยขอให้อย่างน้อยความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก 6 เดือน

ให้ไว้ ณ วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ลงชื่อ.....

(ดร.ฉัฐวัฒน์ สิมป์สุพงษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ลำดับที่ ...004.../2562

เลขที่ : Kucsc.HE-62-004

วันหมดอายุ : 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

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

ภาคผนวก ข

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

จังหวัด อำเภอ ตำบล

ชื่อผู้ประสานงาน

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

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

รหัส



แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ของประชาชนไทย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2563

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน **ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถาม** โดยข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็น**ความลับ** และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะนำมาสรุปผลเป็นภาพรวมและจะเผยแพร่ในรูปแบบทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลของท่านจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการทำงานของกรมควบคุมโรค เพื่อส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนต่อไป ข้อความใดที่ท่านตอบแบบสอบถามแล้วไม่สบายใจหรือไม่ต้องการตอบท่านสามารถไม่ตอบคำถามนั้นได้

โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความจริง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน	4	ข้อ
ตอนที่ 2	แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน	จำนวน	9	ข้อ
ตอนที่ 3	การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	15	ข้อ
ตอนที่ 4	ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน	จำนวน	15	ข้อ
ตอนที่ 5	ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	26	ข้อ
ตอนที่ 6	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน	26	ข้อ

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
คณะผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

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

ตอนที่ 2 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่
 มากน้อยเพียงใด

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

ตอนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน



โรคไข้เลือดออก

1. ในช่วงที่ผ่านมาท่าน**พบเห็น**ข้อมูลข่าวสาร
ในประเด็นที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่

- ☐ เป็นประจำ
- ☐ บ่อยครั้ง
- ☐ บางครั้ง
- ☐ นาน ๆ ครั้ง
- ☐ ไม่เคยพบเห็น

2. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น**น่าสนใจ**

- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ เห็นด้วย
- ☐ ไม่แน่ใจ
- ☐ ไม่เห็นด้วย
- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



3. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น**มีประโยชน์**

- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ เห็นด้วย
- ☐ ไม่แน่ใจ
- ☐ ไม่เห็นด้วย
- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การบริโภคน้ำตาลและเกลือ

4. ในช่วงที่ผ่านมาท่าน**พบเห็น**ข้อมูลข่าวสารในประเด็นที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่

9. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น**มีประโยชน์**

- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ปัญหาฝุ่น PM_{2.5}



- ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ



10. ในช่วงที่ผ่านมามีท่าน**พบ**
เห็นข้อมูลข่าวสารในประเด็น
ที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่

- ☐ เป็นประจำ ☐ บ่อยครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ นาน ๆ ครั้ง ☐ ไม่เคยพบเห็น

11. ท่านเห็นว่าข้อมูล
ข่าวสารในสื่อข้างต้น
น่าสนใจ

- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

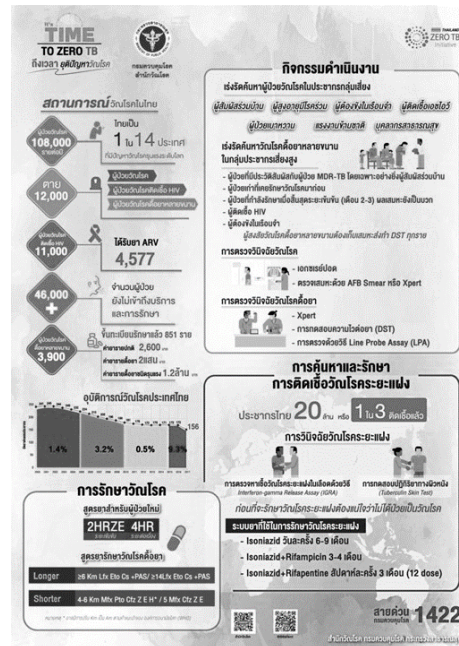
- ☐ ไม่เห็นด้วย

- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

12. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น**มีประโยชน์**

- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โรคโควิด



13. ในช่วงที่ผ่านมาท่าน**พบ**
เห็นข้อมูลข่าวสารในประเด็น
ที่อยู่ในสื่อข้างต้นหรือไม่

- ☐ เป็นประจำ
☐ บ่อยครั้ง
☐ บางครั้ง
☐ นาน ๆ ครั้ง
☐ ไม่เคยพบเห็น

14. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสาร
ในสื่อข้างต้น**น่าสนใจ**

- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
☐ เห็นด้วย
☐ ไม่แน่ใจ

- ☐ ไม่เห็นด้วย
☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

15. ท่านเห็นว่าข้อมูลข่าวสารในสื่อข้างต้น**มีประโยชน์**

- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคในประเด็นที่ฉันสนใจได้					
2	เมื่อฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค ฉันสามารถตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะปฏิบัติตาม					
3	ฉันสามารถหาข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ก่อนนำมาใช้ได้					
4	ฉันจำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ที่ฉันได้รับมาได้					
5	ฉันเข้าใจ ข้อความ/คำแนะนำ จากสื่อที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคได้					

ที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6	ฉันมักจะ ไม่เข้าใจ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ที่ฉันได้อ่านหรือฟังมา					
7	ฉัน ไม่รู้ ว่าจะถามปัญหาเกี่ยวกับโรคและการรักษาโรคในประเด็นที่ฉันต้องการได้อย่างไร					
8	เมื่อฉันมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการป้องกันหรือรักษาโรค ฉันมีวิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง					
9	ฉันสามารถตั้งคำถามเพื่อได้รับข้อมูลหรือคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพในประเด็นที่ฉันสนใจได้					
10	ฉันมีเหตุผลในการตัดสินใจเลือกที่จะเชื่อหรือปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค					
11	ฉันสามารถคิดพิจารณาก่อนที่จะตัดสินใจ เชื่อ/ไม่เชื่อ ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคที่ฉันได้รับมาได้					
12	ฉันบอกได้ว่าเหตุผลที่ฉันใช้ในการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติตามคำแนะนำด้านการป้องกันและควบคุมโรค คืออะไร					
13	ฉันนำคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล/หรือผู้เชี่ยวชาญมาใช้อย่างถูกต้อง					
14	ฉันสามารถนำข้อแนะนำหรือวิธีการป้องกันและควบคุมโรคมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับชีวิตของฉัน					
15	ฉันสามารถนำคำแนะนำเกี่ยวกับป้องกันควบคุมโรคที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับการใช้ชีวิตของฉัน					

ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ ถูก หรือ ผิด หรือ ไม่ทราบ

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
โรคไข้เลือดออก				
1	ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกห้ามรับประทานยาแอสไพริน			
2	คนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วจะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำอีก			
3	โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นเฉพาะช่วงฤดูฝนเท่านั้น			
4	เด็กหรือผู้ใหญ่ก็สามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้			

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
5	การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านหรือบริเวณบ้านเป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ				
6	ร่างกายได้รับเกลือจากอาหารเพียงทางเดียว			
7	ปกติควรทานโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน			
8	ผงฟู สารกันบูด สารกันเสียในชีส เป็นโซเดียมแฝง			
9	ควรบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 24 กรัมต่อวันหรือ 6 ช้อนชาต่อวัน			
10	การทานน้ำตาลเกินเสี่ยงต่อการป่วยโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด			
โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง				
11	โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง			
12	ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว คือ น้อยกว่า 100 มก/ดล.			
13	น้ำหนักเกิน อ้วน และขาดการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน			
14	การบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มันจัด มีโอกาสทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			
15	ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง			
16	ปวดมึนท้ายทอย ใจสั่น เหนื่อยง่าย เป็นอาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
ปัญหาฝุ่น PM_{2.5}				
17	PM _{2.5} เป็นฝุ่นขนาดเล็กที่ขนจมูกสามารถดักจับได้			
18	เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจาก PM _{2.5} มากกว่าคนทั่วไป			
19	PM _{2.5} เกิดจากการเผาป่าและการจราจรเท่านั้น			
20	การสวมหน้ากากชนิด N 95 มีประสิทธิภาพป้องกันฝุ่น PM _{2.5} ได้มากกว่าหน้ากากอนามัย			
21	PM _{2.5} ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น			
โรคฉับไ้โรค				
22	อาการไอเรื้อรังติดต่อกัน 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่น่าสงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรค			
23	วัณโรคสามารถรักษาให้หายได้			
24	ระยะเวลาอย่างน้อยในการรักษาวัณโรค คือ 6-8 เดือน			
25	วัณโรคติดต่อกันโดยการสัมผัสกันด้วยมือ			
26	หากเคยป่วยเป็นวัณโรคแล้วจะมีภูมิคุ้มกันไม่ป่วยเป็นวัณโรคอีกตลอดชีวิต			

ตอนที่ 6 พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยทำในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย	ไม่ เกี่ยวข้อง
โรคไข้เลือดออก							
1	ท่านป้องกันตนเองและบุตรหลานไม่ให้ถูกยุงกัด ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น นอนในมุ้ง ทายากันยุง เป็นต้น						
2	ท่านเก็บบ้านให้ปลอดโปร่งเพื่อไม่ให้ยุงเกาะพัก						
3	ท่านเก็บเศษภาชนะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้						☐ ไม่มีเศษ ภาชนะ
4	ท่านปล่อยน้ำทิ้งหรือเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ปิดฝา ไม่ได้						☐ ไม่มีภาชนะที่ ปิดฝาไม่ได้
5	ท่านปิดฝาภาชนะเก็บน้ำกิน น้ำใช้ เพื่อป้องกัน ไม่ให้ยุงลงไปวางไข่						☐ ไม่มีภาชนะ เก็บน้ำกิน น้ำใช้

ที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย	ไม่ เกี่ยวข้อง
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง							
6	ท่านตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1-2 ปี						
7	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคเบาหวาน						
8	ท่านเลือกทานอาหารที่เหมาะสม มีความหลากหลายครบ 5 หมู่ เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคเบาหวาน						
9	ท่านตรวจวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง						
10	ท่านลดอาหารเค็ม/มัน เพิ่มการทานผัก/ผลไม้						
11	ท่านควบคุมน้ำหนักและรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน						
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ							

ที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย	ไม่ เกี่ยวข้อง
							ไม่มีคนใกล้ชิด เป็นผู้ป่วยวัณ โรค
24	ท่านใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อท่านไปคลุก คลิ๊กหรือสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค หรือผู้ที่ถูกสงสัย ว่าเป็นวัณโรค						☐ ไม่มีคนใกล้ชิด เป็นผู้ป่วยวัณ โรค
25	ท่านปิดปากและจมูกทุกครั้ง ไอหรือจาม						
26	ท่านบ้วนเสมหะ หรือน้ำลายลงในอ่างล้างมือ โถส้วม หรือท่อระบายน้ำ (ไม่บ้วนลงบนพื้น ทางเดินเท้า)						

ภาคผนวก ค

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2563

.....

วัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่ม

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

คำชี้แจงการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

1. การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้ให้ประเด็นในการสนทนา เพื่อให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้งทุกคน

2. ขั้นตอนของการสนทนากลุ่ม

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

กลุ่มเป้าหมาย

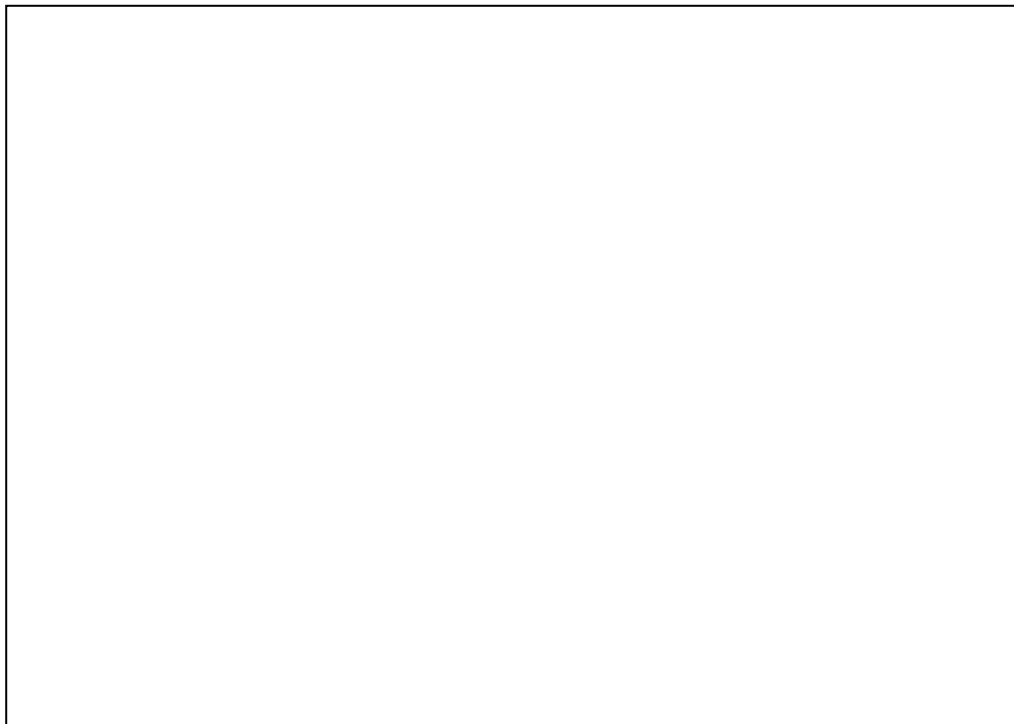
กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ประชาชนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่สามารถให้ข้อมูลได้

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. ไม่ทราบว่าท่านเคยได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ (โรคไข้เลือดออก, โรคเบาหวานและความดัน, การบริโภคน้ำตาลเกลือ, ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} และโรคฉี่หนู) หรือไม่ ถ้าได้ช่วยบอกด้วยว่า ท่านได้รับข่าวสารจากช่องทางไหน
 2. ช่วยอธิบายเพิ่มเติมว่า ท่านมีวิธีการค้นหาข่าวสาร(โรคไข้เลือดออก, โรคเบาหวานและความดัน, การบริโภคน้ำตาลเกลือ, ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} และโรคฉี่หนู) อย่างไร
 3. ขอให้ท่านช่วยอธิบายว่าท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับ (โรคไข้เลือดออก, โรคเบาหวานและความดัน, การบริโภคน้ำตาลเกลือ, ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} และโรคฉี่หนู) ว่าอย่างไรบ้าง
 4. ขอให้ท่านช่วยอธิบายว่าท่านมีวิธีการในการนำความรู้เรื่อง (โรคไข้เลือดออก, โรคเบาหวานและความดัน, การบริโภคน้ำตาลเกลือ, ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} และโรคฉี่หนู) ไปใช้กับตัวท่านได้อย่างไร
-

แผนผังการจัดที่นั่งการสนทนากลุ่ม

พื้นที่ กลุ่มที่ จังหวัด.....
วัน..... ที่ เดือน พ.ศ. 2563 เวลา
ณ



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