



รายงานฉบับสมบูรณ์

การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558

โดย

นางมนัสนันท์	ลิมปวิทยากุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรัณฐรัตน์	บุญช่วยธนาสิทธิ์
นางสาวนิรันตา	ไชยพาน
นายจักรกฤษณ์	พลราชม
นางมาสริน	ศุกลปักษ์

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2558

การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ISBN :

ผู้แต่ง

นางมนันสนันท์	ลิมปวิทยากุล ¹	วท.ม.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณฐรัตน์	บุญช่วยธนาสิทธิ์ ²	Ph.D.
นางสาวนิรันดา	ไชยพาน ¹	วท.ม.
นายจักรกฤษณ์	พลราชม ³	วท.ม.
นางมาสริน	ศุกลปักษ์ ⁴	พย.ม.

¹ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค

² คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

⁴ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ บริษัท แดเน็กซ์
อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด, 2558, 125 หน้า

พิมพ์ครั้งที่ 2 : พฤษภาคม 2558

จำนวน : 200 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด

99/164 หมู่ 2 ซอยแจ้งวัฒนะ 10 แขวง 3

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทร. 02-575-1791-3 โทรสาร. 02-575-1793 กด 16

เว็บไซต์ : www.protexts.com

เจ้าของลิขสิทธิ์ : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า พร้อมทั้งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (The convergent parallel design) โดยการวิจัยเชิงพรรณนา (Quantitative Research) ใช้การศึกษาวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า

1.1 ลักษณะทั่วไปทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.1 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 32.9 อยู่ในช่วงอายุ อายุ 26-45 ปี ร้อยละ 26.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ร้อยละ 25.7 เป็นการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 18.8 มีอาชีพหลัก เป็นนักเรียน/นักศึกษา รองลงมาคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ ร้อยละ 63 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ส่วนใหญ่นั้นอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเท่านั้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และสำหรับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

จากผลการวิจัย ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับปานกลาง ($r = .400 .579$ ตามลำดับ) ส่วนความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับต่ำ ($r = .286 .117 .247 .108$ และ $.261$ ตามลำดับ)

Abstract

The research study on perception of Thai citizens' toward Ebola Virus Disease (EVD) in 2015 aimed to investigate perception of information on EVD. This study also aimed to explore types and sources of information on EVD, opinion on information of EVD, knowledge of EVD and attitude toward EVD prevention. There were also investigated perception on threat appraisal and perception on coping response toward EVD as well as EVD prevention behavior. The relationship between perception factors and EVD prevention behavior was investigated.

This study was conducted by a mixed research using the convergent parallel design. Quantitative research was conducted through descriptive and analytical studies. Data was collected through survey. Qualitative research was conducted through phenomenology study. Focus group discussion was used to collect data.

The major study results found that

1.1 General Characteristics of Population

Most of the respondents (63.1%) were females. One-third of the respondents (32.9%) was age between 26 to 45 years. About one-fourth of the respondents (26.3% and 25.7 %) had primary and undergraduate education respectively. Concerning occupation, 18.8 percent of the respondents were students while 18.6 percent was in agriculture. Most of the respondents (63 %) earned income less than 10,000 baht.

1.2 The related factors and Ebola virus disease prevention behavior.

The study results found that related factors namely perception of information on EVD. Types and sources of information on EVD, knowledge of EVD, attitude toward EVD prevention, perception on threat appraisal, and perception on coping response of the respondents were in medium level. Opinions on information of EVD as well as EVD prevention behavior were in high level

1.3 The relationship between related factors and EVD prevention behavior.

The results found that perception of information on EVD, types and sources of information on EVD had statistically different positive relationship with EVD prevention behavior at a medium level ($r = .400 .579$ respectively). While Opinions on information of EVD, knowledge of EVD, attitude toward EVD prevention, perception on threat appraisal, and perception on coping response of the respondents had statistically different positive relationship with EVD prevention behavior at a low level ($r = .286 .117 .247 .108$ and $.261$ respectively).

บทสรุปผู้บริหาร

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 –15 มีนาคม 2558 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 7 ราย พบว่า 6 ราย มีอาการไข้หลังเดินทางออกจากประเทศเขตติดโรค ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) ให้ผลลบทั้งสองครั้ง สรุปว่าผู้ป่วย 6 รายนี้ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และ อีก 1 ราย เป็นชายชาวอังกฤษเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุภายในห้องพัก ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยวิธี PCR ให้ผลลบ สรุปว่า ไม่มีหลักฐานว่าผู้ป่วยรายนี้ติดเชื้ออีโบล่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าการดำเนินงานนั้นได้ดำเนินการจากระดับนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยยังไม่พบการสำรวจการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนในประเทศไทยจากรายงานใดๆ จึงทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวและสังคมในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง ตลอดจนเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รวมไปถึงการนำไปสู่การสร้างนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ เป็นอยู่ได้อย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการหามาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ากับลักษณะทาง ประชากร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพ (The convergent parallel design) โดยการวิจัยเชิงพรรณนา (Quantitative Research) ใช้ การศึกษาวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างประชาชน อายุระหว่าง 15 – 65 ปี ที่พักอาศัยใน 10 จังหวัดใน 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พร้อมทั้ง กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 2,500 คน และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้การ วิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology Research) โดยการใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ(Key Information) จำนวน 5 กลุ่มในแต่ละภูมิภาค

สรุปผลการวิจัยที่สำคัญ ดังนี้

ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า

1. ลักษณะทั่วไปทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.1 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 32.9 อยู่ในช่วงอายุ อายุ 26-45 ปี ร้อยละ 26.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ร้อยละ 25.7 เป็นการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 18.8 มีอาชีพหลัก เป็นนักเรียน/นักศึกษา รองลงมาคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ ร้อยละ 63 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท รองลงมาคือ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 24.6 และรายได้ 20,000 บาทต่อเดือน ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.4

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ส่วนใหญ่นั้นอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเท่านั้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และสำหรับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

จากผลการวิจัย ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะคิดฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับปานกลาง ($r = .400 .579$ ตามลำดับ) ส่วนความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะคิดฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับต่ำ ($r = .286 .117 .247 .108$ และ $.261$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันได้ โดย

1.1 การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ การวางแผนกลยุทธ์ในการสื่อสารความเสี่ยง และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ กำหนดให้หน่วยงานรับผิดชอบหลักจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคที่อยู่ในบทบาทหน้าที่และภาระรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคให้เป็นปัจจุบันทันต่อสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลง โดยใช้การวิจัยเป็นฐาน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้สำนัก

วิชาการ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมและเตือนภัย และแก้ไข ปัญหาสุขภาพตามภารกิจกลุ่มโรคที่ตนรับผิดชอบได้ทันกับสถานการณ์

1.2 การพัฒนาระบบและกลไกในการพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านการสื่อสารสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การเตรียมความพร้อมและตอบโต้ต่อภาวะโรคและภัยสุขภาพทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน การปลูกฝังและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนและประชาชนโดยใช้หลักวิชาการและข้อมูลจากผลการวิจัยเป็นฐาน รวมทั้ง กำหนดให้มีระบบติดตามตรวจสอบความก้าวหน้าและผลจากการพัฒนาที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมซึ่งแสดงถึง ประสิทธิภาพในการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรดังกล่าว

1.3 มีกระบวนการในการพัฒนากลไกที่เครือข่ายให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการ สื่อสารและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อประสานความร่วมมือและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งตลอดจนเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่แก่ประชาชนและประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นไปในทางเดียวกัน ไม่ก่อให้เกิดความสับสนแก่ประชาชนซึ่งสามารถพัฒนาจากระบบและกลไกที่มีอยู่เดิมให้ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ระบบการเฝ้าระวังสื่อ (Media Watch) เพื่อให้การเฝ้าระวังและตอบโต้สื่อสารความ เสี่ยงในประเด็นต่างๆ มีประสิทธิภาพและมาจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

1.4 จัดทำ คลังข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสำนักวิชาการ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรคได้จัดทำขึ้นหรือดำเนินการที่ผ่านมาแล้วที่มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ โดยทำการรวบรวม พัฒนา เผยแพร่และใช้ประโยชน์ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถนำผลการวิจัย ในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนางานในส่วนที่หน่วยงานของตนเองรับผิดชอบได้ดังนี้

2.1 สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ควรมีการ ดำเนินการดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากที่สุด รองลงมาคือ สื่ออินเทอร์เน็ต ส่วนการเผยแพร่ข่าวสารผ่านการจัดงานตามสถานที่ต่าง ๆ และ สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ แผ่นพับ แผ่นปลิว หนังสือ/คู่มือ และโปสเตอร์ เป็นสื่อที่ประชาชนมีการรับรู้ข่าวสาร น้อยที่สุด ดังนั้นสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค จึงยังควรให้ความสำคัญ และใช้โทรทัศน์เป็นสื่อหลักในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชน อย่างไรก็ตามการใช้สื่อโทรทัศน์จะมี ข้อจำกัดในด้านเวลาออกอากาศและการรับชม รวมทั้งมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงในขณะที่งบประมาณของทาง ราชการมีจำกัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อความถี่และความต่อเนื่องในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อดังกล่าว สำนัก สื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค จึงควรให้ความสนใจและพัฒนาสื่อทางเลือก อื่นเพื่อเป็นทางเลือก อาทิ สื่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าประชาชนรับรู้ข่าวสารจากสื่อดังกล่าว รองลงมาจากสื่อโทรทัศน์ เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว มีการวาง โครงสร้างพื้นฐานรองรับในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว รวมทั้งมีปัจจัยเอื้ออำนวยในด้านครุภัณฑ์ต่างๆ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ ซึ่งสามารถเชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายได้ ตลอดจนด้วยการแข่งขันทาง การตลาดสูงจึงทำให้อุปกรณ์ดังกล่าวมีความหลากหลายในด้านคุณภาพและราคาซึ่งประชาชนสามารถหาซื้อ หาใช้ได้ตามกำลังของตน ทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกและเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างรวดเร็ว

รวมทั้งเยาวชนและประชาชนโดยทั่วไปมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวมากขึ้น ดังนั้นสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจึงควรใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และโทรคมนาคมดังกล่าวเป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน เช่น เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งใช้ต้นทุนไม่สูง และมีความเป็นสื่อผสมในตนเอง (multimedia) จึงทำให้สามารถออกแบบรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ เป็นสื่อปฏิสัมพันธ์ (interactive) สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เข้าถึงสื่อดังกล่าว รวมทั้งสามารถปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและทันสมัยได้ง่าย จึงทำให้ก้าวข้ามข้อจำกัดในด้านเวลาออกอากาศและการรับชม รับฟังของสื่อโทรทัศน์ หรือวิทยุ และการมีข้อมูลล้าสมัยไม่เป็นปัจจุบันของสื่อสิ่งพิมพ์ จึงทำให้สามารถจูงใจให้ประชาชนติดตามข้อมูลข่าวสารและใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประเภทและแหล่งของข้อมูลข่าวสารมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนหนึ่งพบว่าสื่อที่ผลิตออกจากหน่วยงานส่วนกลางบางครั้งไม่สามารถสื่อสารให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกับที่ผู้ส่งสารต้องการสื่อสารได้ ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค จึงควรมีการวิเคราะห์สื่อที่ผลิตจากหน่วยงานส่วนกลางที่ใช้ในภาพรวมของประเทศว่ามีความเหมาะสม สอดคล้องกับการนำไปใช้กับบริบทของพื้นที่หรือไม่ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้สื่อของประชาชนในท้องถิ่น เพื่อเลือกประเภทและรูปแบบของสื่อที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งหาช่องทางใหม่ในการสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้กว้างขวาง อาทิ การพัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้เกิดสื่อใหม่ (new media) ที่เข้าถึงผู้บริโภคในแต่ละกลุ่มได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมกับยุคสมัย เพราะสื่อใหม่เป็นสื่อที่เอื้อให้ผู้ส่งสารและผู้รับสารทำหน้าที่ส่งสารและรับสารได้พร้อมกัน เป็นการสื่อสารสองทาง และส่งสารได้หลายอย่างรวมกัน คือ ภาพ เสียง และข้อความไปพร้อมกันเป็นสื่อแบบประสม (Multimedia) ซึ่งปัจจุบันสื่อใหม่พัฒนาขึ้นหลากหลาย ที่เป็นที่รู้จักและนิยมกันมากขึ้นเพราะสามารถตอบสนองความต้องการของ "ผู้แสวงหาข้อมูลข่าวสาร" (Seeker) ได้มีประสิทธิภาพมากกว่าสื่อแบบดั้งเดิม เนื่องจากสื่อใหม่ไม่มี ข้อจำกัด ในด้านเวลา (Time) พรมแดน (Boundaries) เนื้อที่ (Space) และรูปแบบ (Format) เหมือนอย่างเคยเป็นข้อจำกัดของสื่อแบบดั้งเดิมมาก่อน อีกทั้งสื่อใหม่มีหลายประเภท โดยแต่ละประเภทมีความโดดเด่นและแตกต่างกันตามประโยชน์และวัตถุประสงค์ในการใช้ อาทิ เว็บไซต์ (Web site) อินเทอร์เน็ต (Internet) อีเมล (E-mail) เทคโนโลยีสำหรับอุปกรณ์พกพาหรือแพลตฟอร์มเคลื่อนที่ (Mobile Platform) วิดีโอเกม และโลกเสมือนจริง ซีดีรอมมัลติมีเดีย ซอฟต์แวร์ บล็อกและวิกิ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) อุปกรณ์พกพาหรืออุปกรณ์เคลื่อนที่ เช่น โทรศัพท์มือถือ ซึ่งประโยชน์ที่ได้จากสื่อใหม่มีหลายประการ ได้แก่ การค้นหาคำตอบในเรื่องบางอย่างได้ทันที สามารถให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมายได้หลากหลายกลุ่ม รวมทั้งเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากได้ในระยะเวลาพร้อมๆ กัน สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทั่วประเทศและทั่วโลก อีกทั้งมีความสามารถในการติดต่อสองทาง จึงทำให้ผู้ใช้สามารถโต้ตอบได้ทันที และช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการบริหารข้อมูล ดังนั้นการพิจารณานำเอาสื่อใหม่เข้ามาใช้งานจะทำให้สามารถเข้าถึงผู้รับสารได้มากขึ้น ทำให้ผู้รับสารในการเข้าถึงข้อมูลในรูปแบบต่างๆ มีความทันสมัยมากขึ้น ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค จึงควรพิจารณาในการนำสื่อต่าง ๆ ที่มีความเป็นไปได้มาใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่ อันจะทำให้สามารถขยายเครือข่ายของผู้รับสารได้กว้างขวางขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารมากขึ้น

2.3 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากจากสื่อบุคคลต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน ญาติ คนในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู อาจารย์ ในระดับปานกลางซึ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากกว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบางประเภท เช่น วิทยุ วิทยุชุมชน นิตยสาร วารสาร ป้ายประกาศ โปสเตอร์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสื่อบุคคลเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นบุคคลในท้องถิ่น มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับประชาชนในพื้นที่ ทำให้เกิดช่องว่างทางสังคมน้อย (social gap) ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลควรให้ความสำคัญกับสื่อบุคคลโดยเฉพาะบุคลากรในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายสุขภาพต่างๆ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคคลเหล่านี้ให้มีความรู้ที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและมีศักยภาพในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สื่อบุคคลเหล่านี้สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนาบุคลากรดังกล่าวควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการเข้าไปสู่งานประจำ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด คำนึงถึงความเป็นไปได้ในด้านเวลา งบประมาณ กำลังคนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และอาจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาบุคลากรดังกล่าว เช่น โรงเรียน อสม. และใช้วิทยากรจากหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

3.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในครั้งนี้ พบว่า สื่อที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดทำเพื่อการสื่อสารโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลานั้นสัญลักษณ์ที่ใช้ในสื่อบางสัญลักษณ์ยังไม่สามารถสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจตรงกันได้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรจะศึกษาสัญลักษณ์ที่เป็นสากลกับการรับรู้และความเข้าใจในบริบทของประชาชนไทย เพื่อจะได้มีประโยชน์ต่อการผลิตสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่อไป

3.2 กรมควบคุมโรค ควรแจ้งผลย้อนกลับให้กับหน่วยงานที่กำหนดสัญลักษณ์สากลในสื่อต่างๆ ที่เป็นเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ของกรมควบคุมโรค ในประเด็นของการตีความสัญลักษณ์สากลของประชาชนว่าอาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของประเทศต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวិชาการรับรู้และตีความเกี่ยวกับสัญลักษณ์ดังกล่าว

3.3 สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารโดยการมีส่วนร่วมกับองค์กรภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มีการดำเนินการสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ นั้นๆ โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอยู่เป็นประจำ เช่น สายการบิน ร้านอาหาร เป็นต้น ให้เข้าถึงสื่อและสามารถนำสื่อที่ผลิตโดยกรมควบคุมโรคไปใช้ได้ ซึ่งจะเป็นการช่วยเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่กรมควบคุมโรคต้องการสื่อสารไปถึงประชาชนในโอกาสต่าง ๆ อีกทางหนึ่ง และเป็นการประหยัดเวลา และทรัพยากรขององค์กรและหน่วยงานดังกล่าวที่ต้องใช้ในการไปจัดเตรียม ตรวจสอบ ข้อมูล ซึ่งเป็นการประสานประโยชน์ร่วมกันและเกิดผลดีในด้านแบ่งปัน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันซึ่งเป็นประโยชน์กับทุกๆ ภาคส่วน

3.4 ในปี 2558 ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน จะเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอย่างเต็มตัว ดังนั้นในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงประชาชนในประเทศสมาชิกที่เดินทางหรือเข้ามาพักอาศัยในประเทศไทย กรมควบคุมโรคจึงต้องร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ หรือในประเทศสมาชิกในการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค ของประชาชนในประเทศสมาชิكدังกล่าว เพื่อให้มีระบบข้อมูลที่ประเทศสมาชิกสามารถใช้ร่วมกัน ในการวางแผน กำหนดกลยุทธ์ และดำเนินงานในการสื่อสาร เฝ้าระวัง เตือนภัย และการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

4.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในครั้งนี้ พบว่า สื่อที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดทำเพื่อการสื่อสารโรคติดเชื้อไวรัสอีโบนานั้นมีประสิทธิภาพไม่ดีพอ อันเนื่องมาจากสัญลักษณ์ไม่สามารถ สื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจตรงกันได้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรจะศึกษาสัญลักษณ์ที่เป็นสากลกับการ รับรู้และความเข้าใจในบริบทของประชาชนไทย เพื่อจะได้มีประโยชน์ต่อการผลิตสื่อที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4.2 ควรศึกษารูปแบบการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ อันเนื่องมาจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หากมีรูปแบบการสื่อสารที่เป็นรูปธรรมจะส่งผลให้ประชาชนมีการรับรู้และสามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวจะส่งผลให้ประเทศไทยมีรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างทันทั่วทั้งที่หากมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้น

4.3 เนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากที่สุด ดังนั้น ควรศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากที่สุด เพื่อประโยชน์ในการบ่งชี้ว่าตัวแปรใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากที่สุดและนำมาซึ่งการพัฒนาปัจจัยนั้นต่อไป

4.4 จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา อันได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย และการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา ไปสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการติดเชื้ออีโบลา ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทกับกลุ่มเป้าหมาย

4.5 จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า สื่อโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ประชาชนเปิดรับและเข้าถึงสูงที่สุด และร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพว่า สื่อโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ประชาชนเข้าถึงง่ายและต้องการมากที่สุด ดังนั้น ควรศึกษาแนวทางในการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ทางด้านสุขภาพโดยสื่อโทรทัศน์ เพื่อการป้องกันโรคติดต่อไวรัสโปลิโอหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558” เรื่องนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก นายเชาวลิต จีระดิษฐ์ ที่ปรึกษาสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในการให้คำปรึกษาแนะแนวทางจนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้มีความสมบูรณ์

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ และแพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย หัวหน้ากลุ่มปฏิบัติการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักโรคติดต่อทั่วไป ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณเครือข่ายและผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้ง 10 จังหวัด พร้อมกันนี้ขอขอบคุณบุคลากรของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกทำให้การดำเนินการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จอย่างราบรื่น

องค์ความรู้ที่ปรากฏในงานวิจัยเล่มนี้ หวังให้เป็นพลังในการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าต่อไป

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
บทสรุปผู้บริหาร	ค
กิตติกรรมประกาศ	ญ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ท
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
คำถามของการวิจัย	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
สมมติฐานของการวิจัย	3
ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	4
บทที่ 2 การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	7
ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
รูปแบบการวิจัย	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	35
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	39
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	91
สรุปผล	91
อภิปรายผลการวิจัย	94
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	101
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ	113
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ	121

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สรุปกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	33
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร	39
3	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	41
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	42
5	จำนวนและร้อยละของระดับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	42
6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	43
7	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	43
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	44
9	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	44
10	จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	45
11	จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	46
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	46
13	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	47
14	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	47
15	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	48
16	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	48
17	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา	49
18	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	49
19	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลากำแนกเป็นรายข้อ	50
20	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	51
21	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับประเภท/แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	54

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	57
23	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัส อีโบล่า	59
24	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทัศนคติต่อการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	63
25	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญ อันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	66
26	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญ ปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	68
27	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสอีโบล่า	71
28	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส อีโบล่า	74

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค	18
2	กระบวนการในการเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค	20
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	30

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease – EVD) เป็นโรคติดต่ออันตรายที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการไข้เลือดออก มีลักษณะ เลือดออกง่ายอย่างรุนแรง อวัยวะล้มเหลว และเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นเชื้อประจำถิ่นแถบประเทศแอฟริกา และมีการระบาดเป็นระยะๆ เชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus) จะอยู่ในสัตว์ และคนที่ได้รับเชื้อนี้จากสัตว์ที่มีเชื้อโรค การติดต่อจากคนสู่คนโดยการได้รับสารคัดหลั่ง ขณะนี้ยังไม่มียารักษาจำเพาะ และยังไม่มียาวัคซีนป้องกันสำหรับโรคนี้ (World Health Organization website : Ebola factsheet, 2014)

จากรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยองค์การอนามัยโลก (WHO Ebola Situation Report ณ วันที่ 11 มีนาคม 2558) มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากการระบาดทั้งสิ้น 24,282 ราย เสียชีวิต 9,976 ราย โดยในประเทศที่มีการระบาดในวงกว้าง 3 ประเทศ ได้แก่ กินี ไบเรีย และเซียร์ราลีโอน พบผู้ป่วยสะสม 24,247 ราย เสียชีวิต 9,961 ราย ส่วนประเทศที่มีผู้ป่วยรายแรกหรือมีการระบาดในพื้นที่จำกัด ได้แก่ ไนจีเรีย เซเนกัล สหรัฐอเมริกา สเปน มาลี และสก็อตแลนด์ พบผู้ป่วยสะสม 35 ราย เสียชีวิต 15 ราย โดยเป็นผู้ป่วยประเทศไนจีเรีย 20 ราย (เสียชีวิต 8 ราย) เซเนกัล 1 ราย ไม่เสียชีวิต สเปน 1 ราย ไม่เสียชีวิต สหรัฐอเมริกา 4 ราย (เสียชีวิต 1 ราย) มาลี 8 ราย (เสียชีวิต 6 ราย) และสก็อตแลนด์ 1 ราย ไม่เสียชีวิต ซึ่งทุกประเทศได้รับการประกาศโดยองค์การอนามัยโลกว่าปลอดจากโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าแล้ว (WHO, 11 March 2015)

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 –15 มีนาคม 2558 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 7 ราย พบว่า 6 ราย มีอาการไข้หลังเดินทางออกจากประเทศเขตติดโรค ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) ให้ผลลบทั้งสองครั้ง สรุปว่าผู้ป่วย 6 รายนี้ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และ อีก 1 ราย เป็นชายชาวอังกฤษเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุภายในห้องพัก ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยวิธี PCR ให้ผลลบ สรุปว่า ไม่มีหลักฐานว่าผู้ป่วยรายนี้ติดเชื้ออีโบล่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ประเทศไทยมีการดำเนินการตามมาตรการขององค์การอนามัยโลก เรื่องประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern ; PHEIC) ดังนี้ 1) ด้านการเฝ้าระวังโรค ดำเนินการโดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขติดตามสถานการณ์จากองค์การอนามัยโลก และประเทศต่างๆ ทั่วโลก เพื่อประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการทำงานของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ คัดกรองผู้เดินทางที่มีประวัติเดินทางกลับมาจากประเทศที่เกิดโรค โดยการซักประวัติและวัดอุณหภูมิ 2) ด้านการดูแลรักษา กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ติดตามการใช้และจัดหาชุดพร้อมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในพื้นที่ ร่วมกับสนับสนุนโรงพยาบาลที่มีห้องแยกโรค ให้สามารถดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัยดูแลรักษาและควบคุมป้องกัน

การติดเชื้อจากกรมการแพทย์ รวมทั้งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และหน่วยงานเครือข่ายทั่วประเทศ เตรียมความพร้อมการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล รองรับการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจหาการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า 3) การเตรียมความพร้อมและการประสานสั่งการ โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดการซ้อมแผนการดำเนินการเมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าใน 30 จังหวัดซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงและมีช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดทำคู่มือโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เพื่อนำไปให้ความรู้แก่ประชาชน และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพทั้ง 12 แห่ง ได้จัดอบรม อสม. เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้วางมาตรการ ในระดับกรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถานพยาบาล และกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในการติดตามและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าการดำเนินงานนั้นได้ดำเนินการจากระดับนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยยังไม่พบการสำรวจการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนในประเทศไทยจากรายงานใดๆ จึงทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวยุคและสังคมในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง ตลอดจนเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รวมไปถึงการนำไปสู่การสร้างนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่เป็นอยู่ได้อย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการหามาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

2. คำถามของการวิจัย

2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะคติฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน ปี 2558 เป็นอย่างไร

2.2 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน ปี 2558 เป็นอย่างไร

2.3 ลักษณะทางประชากรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะคติฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.4 ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน ปี 2558

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน
- 3.2 เพื่อศึกษาประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน
- 3.3 เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน
- 3.4 เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน
- 3.5 เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน
- 3.6 เพื่อศึกษาการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน
- 3.7 เพื่อศึกษาการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

3.8 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน

3.9 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากร กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทศนคติฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน

3.10 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน

4. สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ พื้นที่พักอาศัย การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทศนคติฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทศนคติฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน

5. ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษารับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน ปี 2558 ก่อให้เกิดประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการศึกษา ดังนี้

5.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน

5.2 ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน

5.3 ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน

6. ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน ปี 2558 โดยมีขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

6.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสฮิบลาของประชาชน ปี 2558 ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15-65 ปี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มหลายขั้นตอนตามจำนวนดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 2,500 คน

(2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 30 คน

6.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบไปด้วย

- (1) ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร
- (2) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา
- (3) ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา
- (4) ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา
- (5) ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา
- (6) ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา
- (7) การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา
- (8) การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา
- (9) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา

6.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การศึกษาวิจัย เรื่อง การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาของประชาชน ปี 2558 ครั้งนี้ ได้ดำเนินการวิจัย ใน 5 ภาค ของประเทศไทย โดยแบ่งเป็น ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในแต่ละภาคสุ่มจังหวัดที่เป็นตัวแทน จำนวน 2 จังหวัด แต่ละจังหวัดสุ่มอำเภอ/เขต ที่เป็นตัวแทน จำนวน 2 อำเภอ/เขต แต่ละอำเภอ/เขตสุ่มตำบล/แขวงที่เป็นตัวแทน จำนวน 2 ตำบล/แขวง โดยสรุปได้ ชุมชนในระดับตำบล/แขวง จำนวน 44 แห่ง

6.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาในครั้งนี้ ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม – เดือนมีนาคม 2558

7. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา หมายถึง การได้รับเนื้อหาสาระต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาของประชาชน ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค สาเหตุ อาการ การติดต่อและความรุนแรงของโรค การรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ

ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา หมายถึง ชนิดหรือแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคล ที่ประชาชนได้รับ

ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา หมายถึง ความรู้สึก ทักษะของประชาชนต่อข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ได้รับ

ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา หมายถึง ความสามารถในการระลึก จดจำได้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับ สาเหตุ การติดต่อและการแพร่ระบาด อาการอาการแสดง การรักษา และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ การตอบสนอง เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนทั่วไป รวมทั้งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หมายถึง การเปิดรับข่าวสาร เพื่อจดจำ และมีความเข้าใจต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและอันตรายที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม

การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หมายถึง การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และ การรับรู้ของประชาชนทั่วไปถึงความคาดหวังของตนเองว่าเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค จะสามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ได้แก่ การแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การไม่สัมผัสสัตว์ป่าที่นำเข้ามาจากต่างประเทศโดยไม่ผ่านการตรวจโรค การไม่รับประทานอาหารที่ประกอบจากสัตว์ป่า หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า และการป้องกัน/การเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง

บทที่ 2

การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการวิจัยเรื่อง “การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558” คณะผู้วิจัยได้มีการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นพื้นฐานองค์ความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละประเด็นมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Viral Disease)

โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Viral Disease; EVD) เดิมเรียกว่า โรคไข้เลือดออกอีโบล่า (Ebola hemorrhagic fever; EHF) สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตระกูล Filoviridae ประกอบด้วย 5 สายพันธุ์ โดยมี 4 สายพันธุ์ที่ติดต่อสู่คนได้คือ สายพันธุ์ซาร์อี (Zaire ebolavirus) สายพันธุ์ซูดาน (Sudan ebolavirus) สายพันธุ์ไทฟลอเรส (Tai Forest ebolavirus) พันธุ์บันดึบูโย (Bundibugyo ebolavirus) และมี 1 สายพันธุ์ คือสายพันธุ์เรสตัน (Reston ebolavirus) ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดต่อในลิงสุ่ง และสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดการระบาดในแอฟริกา คือ สายพันธุ์ซูดาน ซาร์อี และ บันดึบูโย ทำให้มีอัตราการป่วยตายประมาณ ร้อยละ 60 – 90

ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การระบาดของโรค พบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2519 ใกล้ๆ กับแม่น้ำอีโบล่าที่จังหวัดแห่งหนึ่ง ประเทศคองโก ซึ่งตรวจพบเชื้อครั้งแรกในผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการฆ่าหะเลลิ้มชิมแปนซี ที่ไอวอรีโคสต์ ปี พ.ศ. 2547 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยองค์การอนามัยโลก (WHO Ebola Situation Report ณ วันที่ 11 มีนาคม 2558) พบว่าผู้ป่วยรายแรกที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่อเดือนมีนาคม 2557 ว่าติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ชาวกินี และ มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากการระบาดทั้งสิ้น 24,282 ราย เสียชีวิต 9,976 ราย โดยในประเทศที่มีการระบาดในวงกว้าง 3 ประเทศ ได้แก่ กินี ไลบีเรีย และเซียร์ราลีโอน พบผู้ป่วยสะสม 24,247 ราย เสียชีวิต 9,961 ราย ส่วนประเทศที่มีผู้ป่วยรายแรกหรือมีการระบาดในพื้นที่จำกัด ได้แก่ ไนจีเรีย เซเนกัล สหรัฐอเมริกา สเปน มาลี และสก็อตแลนด์ พบผู้ป่วยสะสม 35 ราย เสียชีวิต 15 ราย โดยเป็นผู้ป่วยประเทศไนจีเรีย 20 ราย (เสียชีวิต 8 ราย) เซเนกัล 1 ราย ไม่เสียชีวิต สเปน 1 ราย ไม่เสียชีวิต สหรัฐอเมริกา 4 ราย (เสียชีวิต 1 ราย) มาลี 8 ราย (เสียชีวิต 6 ราย) และสก็อตแลนด์ 1 ราย ไม่เสียชีวิต ซึ่งทุกประเทศได้รับการประกาศโดยองค์การอนามัยโลกว่าปลอดจากโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าแล้ว (WHO, 11 March 2015)

สถานการณ์ในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 – 15 มีนาคม 2558 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 7 ราย พบว่า 6 ราย มีอาการไข้หลังเดินทางออกจากประเทศเขตติดโรค ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยวิธี PCR ให้ผลลบทั้งสองครั้ง สรุปว่าผู้ป่วย 6 รายนี้ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และ อีก 1 ราย เป็นชายชาวอังกฤษเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุภายในห้องพักที่คอนโดมิเนียม ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยวิธี PCR ให้ผลลบ สรุปว่า ไม่มีหลักฐานว่าผู้ป่วยรายนี้ติดเชื้ออีโบล่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ลักษณะของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชนิดเฉียบพลันรุนแรงที่มีอัตราป่วยตายสูง เกิดจากเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus) ระยะฟักตัวของโรค 2 – 21 วัน (WHO, 2014)

การติดต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ติดต่อได้จาก 2 ทาง คือ ติดต่อจากสัตว์ โดยการสัมผัสตัวสัตว์สารคัดหลั่ง หรือรับประทานสัตว์ที่มีเชื้อ และ ติดต่อจากคนสู่คน โดยการคลุกคลีใกล้ชิด สัมผัสกับเลือด หรือสารคัดหลั่ง ได้แก่ น้ำมูก น้ำลาย เหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน น้ำนม หรือน้ำอสุจิของคนติดเชื้อโรคนี้ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ไม่ติดต่อทางอากาศ ทางน้ำ และทางอาหาร (WHO, 2014) ในแอฟริกา มีการสังสัยว่าสาเหตุการเกิดโรคติดต่อคือการนำสัตว์ป่ามารับประทาน (bushmeat) หรือการสัมผัสกับค้างคาวที่ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานว่า ยุงหรือสัตว์ปีกที่จะสามารถแพร่เชื้อไวรัสอีโบล่าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมบางชนิดที่สามารถแพร่เชื้อไวรัสอีโบล่าได้ เช่น ค้างคาว ลิง เป็นต้น (WHO, 2014)

อาการและอาการแสดงโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ธรรมชาติของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีระยะฟักตัวประมาณ 2 - 21 วัน เฉลี่ย 8-10 วัน โดยมากจะแสดงอาการ ดังนี้ ไข้สูงทันทีทันใด อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะมาก ตามด้วยอาการเจ็บคอ อาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นแดงตามตัว (maculopapular rash) อาการเลือดออกง่ายมักเกิดร่วมกับภาวะตับถูกทำลาย ไตวาย อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง และช็อค โดยอวัยวะหลายระบบเสื่อมหน้าที่ ผู้ป่วยจะเริ่มแพร่กระจายเชื้อได้หลังมีอาการไข้ 2 – 3 วัน โดยเชื้อจะแพร่กระจายมากที่สุด ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการหนัก คือ ช่วงที่มีอาการอาเจียน อุจจาระร่วง ช็อค เลือดออก (WHO, 2014)

รักษาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ปัจจุบันยังไม่มีตัวยาหรือวัคซีนที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรักษา จึงเป็นการรักษาประคับประคองตามอาการ เช่น การให้ยาแก้ปวด ยาลดไข้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ออกซิเจน รักษาอาการติดเชื้อ แต่เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรง การรักษาจึงเป็นการรักษาในโรงพยาบาล (WHO, 2014)

การวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

อาจใช้วิธี RT-PCR หรือการตรวจหาแอนติเจนโดยวิธี ELISA ในตัวอย่างเลือด น้ำเหลือง หรือจากอวัยวะ (WHO, 2014)

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทั้งในสัตว์และในคน ดังนั้น การป้องกันจึงขึ้นกับพฤติกรรมของเราเองที่สำคัญ คือ ไม่กินสัตว์ที่อาจเป็นพาหะโรค โดยเฉพาะปรุงไม่สุกทั่วถึง การไม่เข้าไปในถิ่นที่มีสัตว์ที่เป็นพาหะโรคอาศัยอยู่รวมถึงการไม่สัมผัสสารคัดหลั่งหรือซากสัตว์ต่างๆ นอกจากนั้นถ้าพบสัตว์ตายหรือซากสัตว์ตาย ที่ไม่ทราบสาเหตุหรือที่สงสัยการตายจาก ติดโรค ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการ

แพร่ระบาดของโรค หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดผู้ป่วย ถ้าต้องดูแลผู้ป่วย เช่น คนใน ครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องเคร่งครัดในการปฏิบัติต่างๆ ในการดูแล ผู้ป่วย และในการดูแลตนเอง เช่น ความสะอาดของเสื้อผ้า ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอน ที่นอน ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว เครื่องใช้ส่วนตัวต่างๆ การใช้ถุงมือ การใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาความสะอาด งาน ชาม ช้อน แก้วน้ำ การดูแลสารคัดหลั่งของ ผู้ป่วย ที่รวมถึง เหงื่อ แผล น้ำมูก น้ำลาย อาเจียน การไอ จาม ปัสสาวะ และอุจจาระของผู้ป่วย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557) รายงานว่าในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า แต่อาจมีประชาชนบางกลุ่ม รวมถึงนักท่องเที่ยวในประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนทั่วไป และผู้เดินทางไปยังต่างประเทศ มีความรู้ในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคดังกล่าว กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงมีข้อเสนอแนะให้กับประชาชน เรื่อง การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าสำหรับผู้เดินทางไปต่างประเทศ นักท่องเที่ยว ผู้ประกอบการท่องเที่ยว และประชาชน ดังนี้

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1. ติดตามข้อมูลข่าวสารที่เป็นทางการจากกระทรวงสาธารณสุข
2. ไม่สัมผัสสัตว์ป่าที่นำเข้ามาโดยไม่ผ่านการตรวจโรคทั้งที่ป่วยหรือไม่ป่วย
3. ไม่รับประทานสัตว์ป่าทุกชนิด โดยเฉพาะสัตว์จำพวกลิง หรือค่างคาว หรือเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่าหรือใช้สัตว์แปลกๆ มาประกอบอาหาร

คำแนะนำสำหรับผู้เดินทางไปยังประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

1. หลีกเลี่ยงหรือชะลอการเดินทางไปในประเทศที่มีการระบาด ได้แก่ กินี โลบีเรีย เซียร์ราเลโอน
2. หากจำเป็นต้องเดินทางไปในประเทศที่มีการระบาด ต้องไม่รับประทานเนื้อสัตว์ป่าทุกชนิด หรืออาหาร เมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่าหรือสัตว์แปลกๆ มาประกอบอาหาร
3. ไม่สัมผัสสัตว์ป่าทุกชนิด โดยเฉพาะสัตว์จำพวก ลิง หรือค่างคาว
4. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำเหลือง หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยที่อาจปนเปื้อนกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วย หรือศพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต
5. หลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย หากมีความจำเป็นให้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย และล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ในสะอาด
6. ไม่แคะแกะเกา และขยี้ตา ด้วยมือที่ยังไม่ได้ล้างให้สะอาด
7. ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่คู่นอน หรือคู่อุปถัมภ์
8. ไม่ซื้อยากินเอง เวลาเจ็บป่วยด้วยอาการไข้
9. หากมีอาการป่วย เช่น มีไข้สูง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอ อาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นแดงตามตัว ให้รีบพบแพทย์ทันทีและแจ้งประวัติการเดินทาง

สำหรับประเทศไทย ยังมีความเสี่ยงระดับต่ำมาก เนื่องจากธรรมชาติของโรคนี้มีการติดเชื้อโดยตรงจากการสัมผัสกับของเหลวในร่างกาย หรือ สารคัดหลั่งของผู้ป่วย หรือศพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล จากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ (เข็มและหลอดฉีดยา) ที่ปนเปื้อนเชื้อ รวมถึงไม่มีการป้องกัน เมื่อมีการสัมผัสกับสารคัดหลั่งที่ติดเชื้อ

2. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดและทฤษฎีมาเพื่อใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประกอบด้วย ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ (Media exposure) และการรับรู้ (Perception) ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับสาร (Message) ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (Understanding) ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น (Opinion) และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ (Media exposure) และการรับรู้ (Perception)

1.1 ทฤษฎีและแนวคิดการเปิดรับสื่อ

ในกระบวนการสื่อสารของมนุษย์นั้นมียุคประกอบที่มนุษย์เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฝ่ายคือ ผู้ส่งสารฝ่ายหนึ่งและผู้รับสารฝ่ายหนึ่ง ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และการสื่อสารจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ส่งสารออกไปแล้วมีผู้รับสาร ดังนั้น ผู้ส่งสารต้องคำนึงถึงผู้รับสารอยู่เสมอ เพราะผู้รับสารจะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จ ผู้ส่งสารต้องทำงานสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้สารนั้นไปถึงผู้รับสารและทำให้สารเป็นที่เข้าใจ นอกจากนี้ผู้รับสารสามารถที่จะตีความหมายสารตรงกับความหมายของผู้ส่งสาร ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการวิเคราะห์ผู้รับสารว่าใครคือผู้รับสารซึ่งเป้าหมายของตน เป้าหมายของผู้รับสารต้องการอะไรมีความพึงพอใจในการเปิดรับข่าวสารหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้การสื่อสารบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

Merill & Lowenstein (1971) ยังมีความคิดเห็นในเรื่องผู้รับสารว่ามีพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อและข่าวสารที่แตกต่างกันออกไป โดยมีแรงผลักดันที่ทำให้บุคคลหนึ่งมีการเลือกรับสื่อนั้นๆ จะมีผลต่อการยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการดังนี้

1. ความเหงา จากเหตุผลทางจิตวิทยาเชื่อว่า คนเราไม่ชอบที่จะอยู่ตามลำพัง เนื่องจากเกิดความกลัวการเมินเฉยของสังคมและพยายามที่จะรวมกลุ่มเพื่อสังสรรค์กับผู้อื่น ทั้งนี้หากไม่สามารถที่จะติดต่อกับบุคคลใดโดยตรงสิ่งที่ดีที่สุดคือ การอยู่กับสื่อต่างๆ ที่ใช้ในการสื่อสารและแท้จริงคนบางส่วนพอใจที่จะอยู่กับสื่อมวลชนมากกว่าที่จะอยู่กับบุคคล เพราะสื่อมวลชนเป็นเพื่อนแก้เหงาที่ไม่สร้างแรงกดดันในการสนทนาหรือทางสังคมให้แก่ตนเอง

2. ความอยากรู้อยากเห็น เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของมนุษย์ โดยสื่อประเภทต่างๆ ถือเอาความอยากรู้อยากเห็นเป็นหลักสำคัญอย่างหนึ่งในการเสนอข่าวสาร ตามปกติแล้วมนุษย์จะอยากรู้อยากเห็นในสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวเองมากที่สุด ไม่ว่าสิ่งนั้นจะเป็นวัตถุสิ่งของ ความคิดหรือการกระทำนอกจากนั้นพฤติกรรมความอยากรู้อยากเห็น อาจจะเป็นความอยากรู้อยากเห็นในแง่ต่างๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งทางตรงและทางอ้อม หรืออาจเป็นผลกระทบต่อผู้อื่น

3. ประโยชน์ใช้สอยของตนเอง โดยพื้นฐานแล้วมนุษย์เป็นผู้ที่มีความเห็นแก่ตัว ในฐานะที่เป็นผู้รับข่าวสารจึงต้องการแสวงหาและให้ข่าวสารบางอย่างที่จะให้ประโยชน์แก่ตนเองเพื่อช่วยให้ความคิดของตนเองบรรลุผล เพื่อให้ได้ข่าวสารมาเสริมความเด่นให้ตนและเพื่อให้ข่าวสารที่จะช่วยตนเองได้รับความสะดวกสบายความปลอดภัย รวมทั้งให้ข่าวสารที่ทำให้ตนเองเกิดความสนุกสนานบันเทิง ข่าวสารเหล่านั้นไม่ว่าจะให้คุณค่าในทางปฏิบัติ ทางจรรโลงจิตใจหรือแม้แต่ความคิดก็สามารถหาได้จากสื่อมวลชนและสื่อประเภทอื่นๆ

4. เป็นลักษณะของสื่อต่างๆ โดยทั่วไป คือนอกจากองค์ประกอบเกี่ยวกับอายุ เพศ การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม หรือองค์ประกอบที่ไม่สามารถเห็นได้ชัด เช่น เจตคติ ความหวัง ความกลัว ฯลฯ เป็นต้น จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้สื่อ และสื่อแต่ละอย่างก็มีลักษณะเฉพาะที่ผู้รับสารแต่ละคนย่อมจะเข้าหาลักษณะบางอย่าง จากสื่อที่สามารถสนองตอบความต้องการและทำให้ตนเองเกิดความพึงพอใจ

ทั้งนี้ข้อเท็จจริงที่ว่าในการเลือกรับสื่อและข่าวสารนั้น ๆ ของผู้รับสาร มักจะแสวงหาข่าวสารที่จะมาสนับสนุนความคิดเห็นที่มีอยู่ก่อนอยู่แล้ว (Preconception) รวมทั้งอคติของตนเองอย่างไม่รู้ตัวเสมอ ดังนั้น ผู้รับสารจึงแสวงหาข่าวสารที่สอดคล้องกับท่าทางทางจิตใจที่มีอยู่ก่อนแล้ว (Predisposition) โดยข่าวสารที่แสวงหาจะไม่เป็นข่าวสารที่ขัดแย้งกับความเชื่อถือของตนทั้งนี้ประสบการณ์ปรัชญาแห่งความชีวิตก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่กำหนดว่าการเลือกสื่อและข่าวสาร ประเภทใด

โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ผู้รับสารจะมีพฤติกรรมการเลือกหรือรับสื่อที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างตามความต้องการของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อม เหตุผลและความจำเป็นของตนเองเกี่ยวกับการเลือกรับสื่อต่างๆ ทั้งนี้ Wilbur Schramm (1954) กล่าวว่าเหตุผลของการเลือกสื่อ คนเราย่อมจะเลือกใช้สื่อที่จะใช้ความพยายามน้อยที่สุด (least effect) และได้ประโยชน์ตอบแทนที่ดีที่สุด (promise of reward) เนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความพร้อม ความสะดวก ค่าใช้จ่าย เวลาที่จะรับสื่อที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล รวมทั้งบทบาทนิสัยและประเพณีนิยมซึ่งรวมเป็นกิจกรรมที่เป็นพฤติกรรมทางสังคมซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้สื่อด้วย

ในกระบวนการเลือกสรรการเปิดรับข่าวสารนั้น มีตัวแปรและองค์ประกอบต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในการที่ผู้รับสารจะเลือกเปิดรับหรือไม่เปิดรับข่าวสารต่างๆ นั้น ขึ้นอยู่กับว่าผู้รับสารต้องการที่จะแสวงหาข่าวสารต่างๆ เพื่อไปตอบสนองต่อความต้องการของตนเองมากน้อยเพียงใด นอกจากเพื่อสนับสนุนทัศนคติ หรือความคิด และความเข้าใจที่มีอยู่เดิมแล้วยังเป็นการแสวงหาเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจแก้ปัญหา รวมทั้งเพื่อสนองความสนใจส่วนบุคคลและเพื่อความบันเทิงด้วย นอกจากนี้ การที่บุคคลใดจะตัดสินใจแสวงหาข่าวสาร เฉยเมยต่อข่าวสารหรือหลีกเลี่ยงการเปิดรับข่าวสารนั้นก็ขึ้นอยู่กับการประเมิน เปรียบเทียบถึงความพยายามใช้และผลตอบแทนในการที่จะรับรู้ข่าวสารใดๆ ด้วยการศึกษาเรื่องการเปิดรับสารนี้จะเน้นในเรื่องของพฤติกรรมการเลือกเปิดรับสารว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นตัวกำหนดทำไมบุคคลจึงเลือกที่จะรับข่าวสารและไม่รับข่าวสารบางอย่าง

1.1 ตัวแปรแทรก (Intervening Variable) ที่มีอิทธิพลในกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร โดยเน้นให้เห็นว่าข่าวสารมิได้ไหลผ่านจากสื่อมวลชนและถึงผู้รับสาร และเกิดผลในทันที แต่มีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้รับสารแต่ละคน เช่น ปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมที่จะมีอิทธิพลต่อการรับข่าวสารนั้น ทำให้เกิดผลไม่เหมือนหรือไม่เป็นไปตามเจตคติของผู้ส่งสารที่สำคัญ มีด้วยกัน 3 ทฤษฎี ดังนี้ (พีระ จิรโสภณ, 2544)

1) ทฤษฎีความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Difference Theory)

Melvin Defleur (1970) ได้กล่าวว่าผู้รับสารจากสื่อมวลชนของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันในทางจิตวิทยา เช่น เจตคติ ค่านิยม และความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป ทำให้ความสนใจในการเปิดรับสารหรือตีความหมาย ข่าวสารจากสื่อมวลชนแตกต่างกันออกไป จึงได้เสนอหลักการพื้นฐานของทฤษฎีความแตกต่างระหว่างบุคคล ได้ดังต่อไปนี้

(1) บุคคลมีความแตกต่างกันอย่างมากในองค์ประกอบด้านบุคลิกภาพ และสภาพทางจิตวิทยา

(2) ความแตกต่างกันดังกล่าวนี้บางส่วนมาจากความแตกต่างทางชีวภาคหรือทางร่างกายของแต่ละบุคคล แต่ส่วนใหญ่มาจากความแตกต่างที่เกิดจากการเรียนรู้

(3) บุคคลที่อยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ต่างๆ กัน จะได้รับการเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันด้วย

(4) การเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีเจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน

2) ทฤษฎีกลุ่มสังคม (Social Categories Theory)

ทฤษฎีกล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีลักษณะทางสังคมที่คล้ายคลึงกันจะแสดงพฤติกรรม การสื่อสารที่คล้ายคลึงกัน พฤติกรรมการสื่อสารนี้ได้แก่ การเปิดรับสื่อ และอุปนิสัยการใช้สื่อร่วมกัน เป็นต้น สำหรับลักษณะทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนา อายุ เพศ ภูมิฐานะ ฯลฯ

3) ทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคม (The Social Relations Theory)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้รับสารกับบุคคลอื่นในสังคมในลักษณะของกลุ่มปฐมภูมิหรือกลุ่มตติยภูมิ โดยกลุ่มปฐมภูมิซึ่งเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดในหมู่เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงานหรือในครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อผู้รับสารมากกว่ากลุ่มตติยภูมิซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดน้อยกว่า ข่าวสารต่างๆ ที่ได้รับจากสื่อมวลชนมักจะถูกรับรู้หรือตีความโดยมีอิทธิพลของกลุ่มหรือบุคคลในกลุ่มเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอเรียกว่า “อิทธิพลของบุคคล” (Personal Influence)

1.2 กระบวนการเลือกเปิดรับข่าวสาร ปัจจัยในการสื่อสารที่มักจะมีการกล่าวถึงบ่อยๆ ว่าเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการส่งสารไปยังผู้รับสาร นั่นคือ กระบวนการเลือกสรร (Selective Processes) ของผู้รับสาร ข่าวสารต่างๆ แม้ว่าจะได้รับการเตรียมมาอย่างพิถีพิถัน แต่ไม่ได้ประกันถึงความสำเร็จของการสื่อสาร เพราะผู้รับสารจะมีกระบวนการเลือกรับข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันไป นั่นคือ “กระบวนการเลือกสรร” เปรียบเสมือนเครื่องกรอง (Filters) ประกอบด้วยการกลั่นกรอง 3 ชั้น ดังนี้ (พีระ จิรโสภณ, 2544)

1) การเลือกรับหรือเลือกสนใจ (Selective Exposure or Selective Attention)

หมายถึง แนวโน้มที่ผู้รับสารจะเลือกสนใจหรือเปิดรับข่าวสารจากแหล่งหนึ่งแหล่งใดที่มีอยู่ด้วยกันหลายแหล่ง จากงานวิจัยหลายชิ้นพบว่าการเลือกเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิเช่นทัศนคติของผู้รับสาร และปัจจัยทางด้านสังคม และลักษณะส่วนบุคคล สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

2) การเลือกรับรู้และตีความ (Selective Perception and Selective Interpretation)

เป็นกระบวนการกลั่นกรองขั้นต่อมา เมื่อบุคคลเลือกเปิดรับข่าวสารจากแหล่งหนึ่งแหล่งใดแล้วผู้รับสารแต่ละคนอาจจะตีความหมายข่าวสารขึ้นเดียวกันที่ส่งผ่านสื่อมวลชนไม่ตรงกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้รับสารที่จะเลือกรับรู้และตีความในขณะนั้น

3) กระบวนการเลือกจดจำ (Selection Retention) เป็นแนวโน้มในการเลือกจดจำ

ข่าวสารเฉพาะส่วนที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการ ทัศนคติ ฯลฯ ของตนเอง และมักจะลืมในส่วนที่ตนเองไม่สนใจหรือไม่เห็นด้วยได้ง่ายกว่า การเลือกจดจำเป็นเครื่องกรองขั้นสุดท้ายที่มีผลต่อการส่งสารไปยังผู้รับสาร

1.3 ลักษณะผู้รับสารตามลักษณะประชากรศาสตร์

ความแตกต่างในการเปิดรับข่าวสารและการใช้ประโยชน์ของบุคคล มีผลมาจากลักษณะทางประชากรศาสตร์เฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ซึ่งมีอิทธิพลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการสื่อสารที่เหมือนหรือแตกต่างกัน ดังนี้

1) อายุ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและ

พฤติกรรมโดยทั่วไปคนที่มีอายุน้อยมักมีความคิดเสรีนิยม ยึดถืออุดมการณ์ ใจร้อน และมองโลกในแง่ดีมากกว่าคนที่มียายุมาก ส่วนคนที่มียายุมากมักมีความคิดอนุรักษนิยม ยึดถือการปฏิบัติ มีความระมัดระวัง และมองโลกในแง่ร้ายกว่าคนที่มียาุน้อย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากคนที่มียายุมากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในชีวิต เคยผ่านปัญหาต่างๆ ตลอดจนมีความผูกพันที่ยาวนานและมีผลประโยชน์ในสังคมมากกว่าคนที่มียาุน้อย นอกจากความแตกต่างในเรื่องความคิดแล้ว อายุยังเป็นสิ่งกำหนดความแตกต่างในเรื่องความยากง่ายในการชักจูงใจจะน้อยลง

การวิจัยทางจิตวิทยา พบว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้นโอกาสที่คนจะเปลี่ยนใจหรือถูกชักจูงใจจะน้อยลง ในด้านพฤติกรรมการใช้สื่อมวลชนนั้น พบว่า คนที่มีอายุมากมักจะใช้สื่อเพื่อแสวงหาข่าวสารหนักๆ มากกว่าความบันเทิง

2) เพศ การวิจัยทางจิตวิทยาได้แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมากในเรื่องความคิด ค่านิยม และเจตคติ ทั้งนี้เพราะ วัฒนธรรมและสังคมกำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนทั้งสองเพศไว้แตกต่างกัน ผู้หญิงมักจะเป็นคนที่มีจิตใจอ่อนไหวหรือเจ้าอารมณ์ โอนอ่อนผ่อนตาม เป็นแม่บ้านแม่เรือน และถูกชักจูงใจได้ง่ายกว่าผู้ชาย ผู้ชายใช้เหตุผลมากกว่าผู้หญิง จดจำข่าวได้มากกว่าผู้หญิง แต่ผู้หญิงเป็นเพศที่ยังถึงจิตใจของคนและคาดคะเนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ดีกว่าผู้ชาย ความแตกต่างอีกอันหนึ่งระหว่างผู้หญิงกับผู้ชายคือ ผู้หญิงมักจะโทษตัวเองเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ในขณะที่ผู้ชายมักจะโทษคนอื่นหรืออุปสรรคอื่นๆ แต่ไม่โทษตัวเอง ในด้านพฤติกรรมการใช้สื่อมวลชนนั้น พบว่าเพศหญิงจะมีเวลาในการเปิดรับสื่อมากกว่าเพศชาย โดยที่เพศหญิงมักจะใช้สื่อเพื่อผ่อนคลาย ในขณะที่เพศชายมักจะใช้สื่อเพื่อแสวงหาข่าวสารหนักๆ

3) ระดับการศึกษา การศึกษาหรือความรู้เป็นลักษณะอีกประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้รับสาร คนที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาที่ต่างกัน และในสาขาวิชาที่ต่างกัน ย่อมมีความรู้สึกรู้คิด มีอุดมการณ์ และมีความต้องการที่แตกต่างกันไป คนที่มีการศึกษาสูงหรือมีความรู้ดีจะได้เปรียบอย่างมากในการที่จะเป็นผู้รับสารที่ดี ทั้งนี้เพราะคนเหล่านี้มีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจศัพท์มาก และมีความเข้าใจสารได้ดี แต่คนเหล่านี้มักจะเป็นคนที่ไม่ค่อยเชื่ออะไรง่ายๆ สารที่ไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลสนับสนุนเพียงพอจะถูกโต้แย้งจากคนเหล่านี้ ในด้านพฤติกรรมการใช้สื่อมวลชนนั้น พบว่าโดยทั่วไปแล้วคนที่มีการศึกษาสูงมักจะใช้สื่อมวลชนมากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ และคนที่มีการศึกษาสูงมักจะใช้สื่อประเภทสิ่งพิมพ์ ในขณะที่คนที่มีการศึกษาต่ำกว่ามักจะใช้สื่อประเภทวิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์

4) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้รับสารมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อปฏิกิริยาของผู้รับสารที่มีต่อผู้ส่งสารและสาร สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้คนมีวัฒนธรรมที่ต่างกัน มีประสบการณ์ มีเจตคติ และมีค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป ในทำนองเดียวกันรายได้ของคนย่อมเป็นเครื่องกำหนดความต้องการของคนตลอดจนกำหนดความคิดของคนเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ และพฤติกรรมต่างๆ ในด้านพฤติกรรมการใช้สื่อมวลชนนั้น พบว่า ผู้มีรายได้สูงมักจะใช้สื่อมวลชนมาก และมักจะใช้สื่อมวลชนเพื่อแสวงหาข่าวสารหรือเรื่องราวหนักๆ

จากแนวคิดด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ พบว่า ลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่ต่างกันส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน แนวคิดนี้ต้องการชี้ให้เห็นว่าหากต้องการสื่อสารให้เกิดสัมฤทธิ์ผลควรจะต้องเข้าใจถึงคุณลักษณะทางประชากร ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการใช้สื่อและการรับฟังข่าวสารของผู้รับเป้าหมาย สอดคล้องกับที่ Melvin Defleur (1970) ได้เสนอทฤษฎีกลุ่มสังคม (Social Categories Theory) โดยกำหนดให้ปัจจัยทางสังคมเป็นตัวแปรแทรก (Intervening Variables) ซึ่งกล่าวได้ว่า ประชาชนมีลักษณะทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน เช่น ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนา เพศ อายุ ภูมิภาค เป็นต้น จำทำให้แสดงพฤติกรรมที่สื่อสารที่คล้ายคลึงกัน เช่น การเปิดรับสื่อมวลชน ความชอบต่อสื่อประเภทต่างๆ และผลของการสื่อสาร เป็นต้น

1.2 ทฤษฎีการรับรู้

การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการเลือก รวบรวมและแปลผลหรือตีความสารสนเทศ ซึ่งจัดเป็นสิ่งเร้าชนิดหนึ่งผ่านการสัมผัสของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้กลิ่น การรับรส การรับสัมผัสทางกายและการได้ยิน โดยกระบวนการรับรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนั้นมี 3 ขั้นตอนที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ (บุษบา สุธีธร, 2548)

1) ขึ้นเกิดจากกระตุ้นที่ประสาทสัมผัส ในขั้นตอนนี้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะได้รับสิ่งเร้า ซึ่งแตกต่างกันไปตามความสามารถในการรับสัมผัสของแต่ละคนอีกด้วย นอกจากนี้แล้วมนุษย์ยังมีกลไกหนึ่งที่คอยกลั่นกรองการเลือกรับหรือไม่รับสิ่งใดอีกด้วย ดังนั้น เราจึงพบว่า สื่อต่างๆ อาจเป็นที่จดจำของคนบางคน ในขณะที่บางคนไม่เคยเห็นเลย เป็นต้น

2) ขั้นการรวบรวมและเรียบเรียงเพื่อประมวลผลสิ่งเร้า สิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาจะเข้าสู่กระบวนการประมวลผล การจัดกลุ่มตามหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่แต่ละคนใช้ในการรับรู้ เช่น ใช้หลักของความคล้ายคลึงกัน

3) ขั้นการแปลผลการประเมินหรือการให้ความหมายกับสิ่งเร้านั้น หลังจากข้อมูลสารสนเทศได้ผ่านการเรียบเรียงประมวลผลด้วยหลักเกณฑ์ต่างๆ แล้วต่อไปจะเป็นการประเมินและให้ความหมายกับสิ่งที่เข้ามาในกระบวนการรับรู้ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล เช่น ความต้องการส่วนตัว อารมณ์ ความเชื่อ เป็นต้น

กระบวนการรับรู้จึงเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนที่อธิบายว่า เหตุใดผู้ส่งสาร ส่งสารชนิดเดียวกัน ไปในช่องทางเดียวกันถึงผู้รับสาร แต่ผู้รับสารกลับรับรู้หรือเข้าใจสารนั้นแตกต่างกัน

(2) ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับสาร (Massage)

สาร (Massage) คือ สิ่งที่ผู้ส่งสารต้องการที่จะถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดที่มีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผ่านสื่อหรือเรียกว่าช่องทางการสื่อสารไปยังผู้รับสารโดย “สาร” ที่ถูกส่งไปกระตุ้นให้เกิดความหมายแก่ผู้รับ ไม่ว่าจะเป็นคำพูด การแสดงท่าทางต่างๆ ฯลฯ ซึ่งสารที่ดีจะสามารถเรียกรึงความสนใจ (Attention) “สาร” ที่มีความสมบูรณ์จะต้องพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้

2.1 การรับรู้และตีความสาร

การสร้างสารนั้นต้องคำนึงถึงข้อมูลประกอบการพิจารณาและตัดสินใจในการสร้างสาร ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลักๆ ดังต่อไปนี้ (ภัสวดี นิติเกษตรสุนทร, 2549)

- 1) ปัจจัยด้านกายภาพ มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ดังนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยทางด้านกายภาพของผู้รับสาร
- 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา อันได้แก่ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการ ที่ครอบงำความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จนต้องแสดงพฤติกรรมการตอบสนองเบื้องต้น ดังนั้นผู้สร้างสารต้องพิจารณาในประเด็นดังกล่าวด้วย
- 3) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ลักษณะการรวมตัวของบุคคล สถาบันทางสังคม และปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม
- 4) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความต้องการและความปรารถนา ความตั้งใจ ความสนใจ และประสบการณ์เดิม พร้อมทั้ง การคล้ายตามผู้อื่น
- 5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้า สิ่งเร้าที่มีลักษณะแตกต่างกันย่อมมีผลต่อการรับรู้และการแปลความหมาย

2.2 จุดดึงดูดใจของสาร

หลังจากที่ผู้ทำการสื่อสารได้พิจารณาแล้วว่าเป้าหมายและผลที่คาดหวังว่าจะได้รับคืออะไร เขาต้องจัดวางข้อมูลที่สนับสนุนจุดยืนของเขา ผู้ทำการสื่อสารต้องเลือกใช้จุดดึงดูดใจ (Massage Appeals) ที่เหมาะสม ดังนี้ (กรณีการณ์ อัครเดช, 2553)

- 1) การใช้จุดดึงดูดใจด้านความกลัว (Fear Appeals)
- 2) การใช้จุดดึงดูดใจด้านอารมณ์ (Emotional Appeals)
- 3) การใช้รางวัลเป็นจุดดึงดูดใจ (Rewards as Appeals)
- 4) การใช้แรงจูงใจเป็นจุดดึงดูดใจ (Motivational Appeals)

จุดดึงดูดใจของสารเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลยุทธ์ต่างๆ สมบูรณ์ ซึ่งผู้ทำการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจต้องใช้ในการวางแผนสร้างสาร เมื่อเลือกรูปแบบของการจัดการสารที่เหมาะสมแล้ว และจัดวางเนื้อหาแล้ว ผู้ทำการสื่อสารต้องวางแผนในการใช้จุดดึงดูดใจเพื่อการโน้มน้าวใจ ความแตกต่างประการหนึ่งระหว่างการวางแผนสารเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเท่านั้น และการออกแบบสารเพื่อการโน้มน้าวใจหรือการใช้จุดดึงดูดใจ

(3) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติและการยอมรับการปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practice : KAP)

แนวความคิดและทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของ 3 ตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และการยอมรับการปฏิบัติ (Practice) เป็นแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการให้ความรู้กับผู้รับสารเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติอันจะนำไปสู่พฤติกรรม หรือการปฏิบัติในที่สุด

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ

ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการระลึกเรื่องราวเฉพาะ หรือทั่วไปออกมาได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ความรู้ขึ้นกับบุคคลได้รับรู้และจดจำเอาไว้ว่าจะระลึกเรื่องราวนั้นออกมาตามลักษณะนั้น โดยสามารถจำแนกพฤติกรรมด้านความรู้หรือพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะด้านสติปัญญา เพื่อประกอบการตัดสินใจ อันประกอบด้วยความสามารถด้านต่างๆ จากระดับง่าย ๆ ไปสู่ระดับที่มีความสลับซับซ้อน จำแนกออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ (Bloom et al, 1956)

- 1) ความรู้ เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับรู้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
 - (1) ความรู้เฉพาะเจาะจง
 - (2) ความรู้เฉพาะเกี่ยวกับวิธีการเฉพาะอย่าง
 - (3) ความรู้เกี่ยวกับความคิดรวบยอดในเรื่อง
- 2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะความสามารถทางปัญญาในการทำ ความเข้าใจกับข่าวสารที่ได้รับ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
 - (1) การแปลความหมาย
 - (2) การตีความหมาย
 - (3) การขยายความ
- 3) การประยุกต์และการนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำเอกสาร หลักการ และสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง
- 4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยหรือเป็นส่วนประกอบสำคัญๆ เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ของแต่ละส่วน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- (1) การวิเคราะห์องค์ประกอบ
- (2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์
- (3) การวิเคราะห์หลักดำเนินการ

5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อยเข้าเป็นเรื่องราวเดียวกัน มีการรวบรวมและจัดเรียงเพื่อให้เกิดเป็นสิ่งใหม่ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- (1) การสังเคราะห์เพื่อการสื่อสารถ่ายทอด
- (2) การสังเคราะห์เพื่อการวางแผนหรือเสนอโครงการดำเนินการ
- (3) การประสานความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรม

6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งของหรือวิธีการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งต้องมีเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นมาตรฐานในการประเมิน โดยที่เกณฑ์ในการพิจารณาตัดสิน กำหนดขึ้นเองหรือผู้อื่นกำหนด แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

- (1) ตัดสินใจโดยใช้เกณฑ์ภายในเหตุการณ์
- (2) การตัดสินใจโดยใช้เกณฑ์ภายนอก

อย่างไรก็ตามการเกิดความรู้ไม่ว่าระดับใดก็ตาม ย่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึนึกคิด ซึ่งเชื่อมโยงกับสภาพจิตใจในบุคคลต่างกัน อันเป็นปัจจัยมาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมา และสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีความคิดและแสดงออกตามความคิด ความรู้สึกของตน ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายในที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลได้ และยังมีผลกระทบต่อผู้รับสารในทฤษฎีการสื่อสาร โดยมีสาเหตุ 5 ประการ

- 1) การตอบข้อสงสัย การสื่อสารมักจะสร้างความสับสนให้คนในสังคม ผู้รับสารมักแสวงหาสารสนเทศ โดยการอาศัยสื่อทั้งหลาย เพื่อตอบสนองข้อสงสัยและความสับสนของตนเอง
- 2) การสร้างทัศนคติ ผลกระทบเชิงความรู้ต่อการปลูกฝังทัศนคตินั้นส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นนวัตกรรม เพื่อสร้างทัศนคติให้คนยอมรับ
- 3) การกำหนดวาระ เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่สื่อกระจายออกไป เพื่อให้ประชาชนตระหนักและผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับภูมิหลังของปัจเจกชนและค่านิยมของสังคมแล้ว ผู้รับสารก็จะเลือกสารสนเทศนั้น
- 4) การพอกพูนระบบความเชื่อ การสื่อสารสังคมมักจะกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ต่างๆ ไปสู่ประชาชน ทำให้ผู้รับสารรับทราบระบบความเชื่อที่หลากหลายและลึกซึ้ง ไวในความเชื่อของตนมากขึ้นไปเรื่อยๆ
- 5) ความรู้แจ้งต่อค่านิยม ความขัดแย้งในเรื่องค่านิยม และอุดมการณ์เป็นภาวะของสังคม สื่อมวลชนที่น่าเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านี้ ย่อมทำให้ประชาชนผู้รับสารเข้าใจถึงค่านิยมเหล่านั้นชัดแจ้งขึ้น

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) เป็นสิ่งเชื่อมโยงระหว่างความรู้ และพฤติกรรม เพราะทัศนคติ คือความโน้มเอียงในการประเมินวัตถุ แนวคิด บุคคล สถานการณ์ ฯลฯ โดยจุมพล รอดคำดี (2532) ได้สรุปการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ไว้ 3 ระดับ

- 1) การเปลี่ยนแปลงความคิด เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ ซึ่งอาจมาจากสื่อมวลชน และบุคคลอื่น
- 2) การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงนี้มาจากประสบการณ์ หรือความประทับใจหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความสะเทือนใจ

3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตในสังคมซึ่งไม่มีผลต่อบุคคล ทำให้ต้องปรับพฤติกรรมเดิมเสียใหม่

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกันโดยตรง ถ้าความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมถูกกระทบในระดับใดก็ตาม จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทั้งสิ้น

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการยอมรับการปฏิบัติ

การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ก็เนื่องมาจากการมีความรู้และทัศนคติที่ต่างกัน ความแตกต่างของความรู้และทัศนคติเกิดขึ้นมาจากการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างในการแปลความหมายของสารที่ตนเองได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยทั่วไปแล้วการโน้มน้าวพฤติกรรมการสื่อสารสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล กลุ่มคน ช้างเคียง จนถึงระดับสังคม

อรวรรณ ปลันธน์โอวาท (2549) ได้กล่าวว่า “การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของคนส่วนใหญ่ตามปกติมักเกิดจากทัศนคติของบุคคลผู้นั้น ทัศนคติจึงเป็นเสมือนเครื่องควบคุมการกระทำของบุคคล พฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนถูกควบคุมด้วยทัศนคติของเขา” โดย Schwartz (1980) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมองคนว่า มีความสำคัญระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในรูปแบบ 4 ประการดังนี้

- 1) ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและมีผลต่อการปฏิบัติ
- 2) ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา
- 3) ความรู้ และทัศนคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์
- 4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม

อย่างไรก็ดี Roger ได้กล่าวว่า บางครั้งทัศนคติอาจจะไม่นำไปสู่พฤติกรรมเสมอไป กล่าวคือ เมื่อการสื่อสารก่อให้เกิดความรู้ และทัศนคติในทางบวกต่อสิ่งๆ ในขั้นการยอมรับปฏิบัติอาจมีผลในทางตรงกันข้าม เพราะอาจเกิดช่องว่างของความรู้ในการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับปัญหา เช่น ปัญหาทางสุขภาพ ที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา ผลกระทบต่างๆ ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นๆ มีความจำเป็นต้องมีการสื่อสารให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดี เพื่อทำให้เกิดความตระหนัก และเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดย Roger ได้เสนอวิธีการแก้ไขในการเกิดช่องว่างของความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ ไว้ 4 ประการ ดังนี้

- 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ให้มากขึ้น นั่นคือต้องให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับวิธีการใช้ หรือการปฏิบัติต่อสิ่งที่เผยแพร่ให้นั้น ให้เข้าใจอย่างแท้จริง
- 2) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติ สามารถทำได้โดยใช้เจ้าหน้าที่ส่งเสริมไปติดต่อกับสมาชิกที่ต้องการรับนวัตกรรม โดยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด
- 3) การให้รางวัลแก่ผู้ที่ยอมรับนวัตกรรมหรือการยอมรับการปฏิบัติ เพื่อเป็นแรงจูงใจแก่สมาชิกอื่นๆ ที่ยังไม่ยอมรับ
- 4) การใช้กลยุทธ์ในการโน้มน้าวใจ โดยวิธีการใช้สื่อบุคคลที่เป็นเจ้าหน้าที่ส่งเสริม ผู้นำทางความคิด เข้าไปติดต่อกับสมาชิกหรือกลุ่มเพื่อนฝูง เพื่อโน้มน้าวในสมาชิกให้เกิดการยอมรับการปฏิบัติต่อไป

(4) ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งมาจากความนึกคิด ความรู้สึกประทับใจ ความเชื่อ การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม ซึ่งอาจได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากบุคคลอื่นได้ (Webster Dictionary, 1966 ; ประวิตร ชูศรี , 2542 ; ศีตาภัทร เกรียงษ์, 2548) โดยองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย 3 ประการดังนี้

1) องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive Component) ส่วนที่เป็นความรู้ ความคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2) องค์ประกอบด้านความรู้สึกที่มีต่อกลุ่มคน (Affective Component) บุคคลและเหตุการณ์ คือ สภาพทางอารมณ์ที่เป็นความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ รัก กลัว ไม่พอใจ เป็นต้น

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) คือแนวโน้มของบุคคลที่แสดงออกถึงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าในวิถีทางเข้าหรือถอยหนี ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นมีความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งเร้าในลักษณะใด

โดยสุพัตรา พาหุบุตร (2540) ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้ความคิดเห็นของบุคคลแตกต่างกันดังนี้

1) การอบรมของครอบครัว อิทธิพลของครอบครัวมีมากกว่าปัจจัยอื่นๆ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันสังคมแห่งแรกของบุคคล

2) กลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้อง บุคคลเมื่ออยู่ในกลุ่มใดหรือสังคมใดก็จะมีความคิดเห็นไปในทางเดียวกับกลุ่มและสังคมนั้นๆ กลุ่มเป็นส่วนผลักดันให้บุคคลมีการเรียนรู้โดยตรง

3) วัฒนธรรมประเพณี บุคคลเมื่อได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและประเพณีโดย้อมต้องปฏิบัติไปตามวัฒนธรรมและประเพณีนั้นๆ และมักจะมีความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมและประเพณีของตนไปในทางที่ดี

4) การศึกษา ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็นเพราะเป็นการจัดประสบการณ์ให้บุคคล

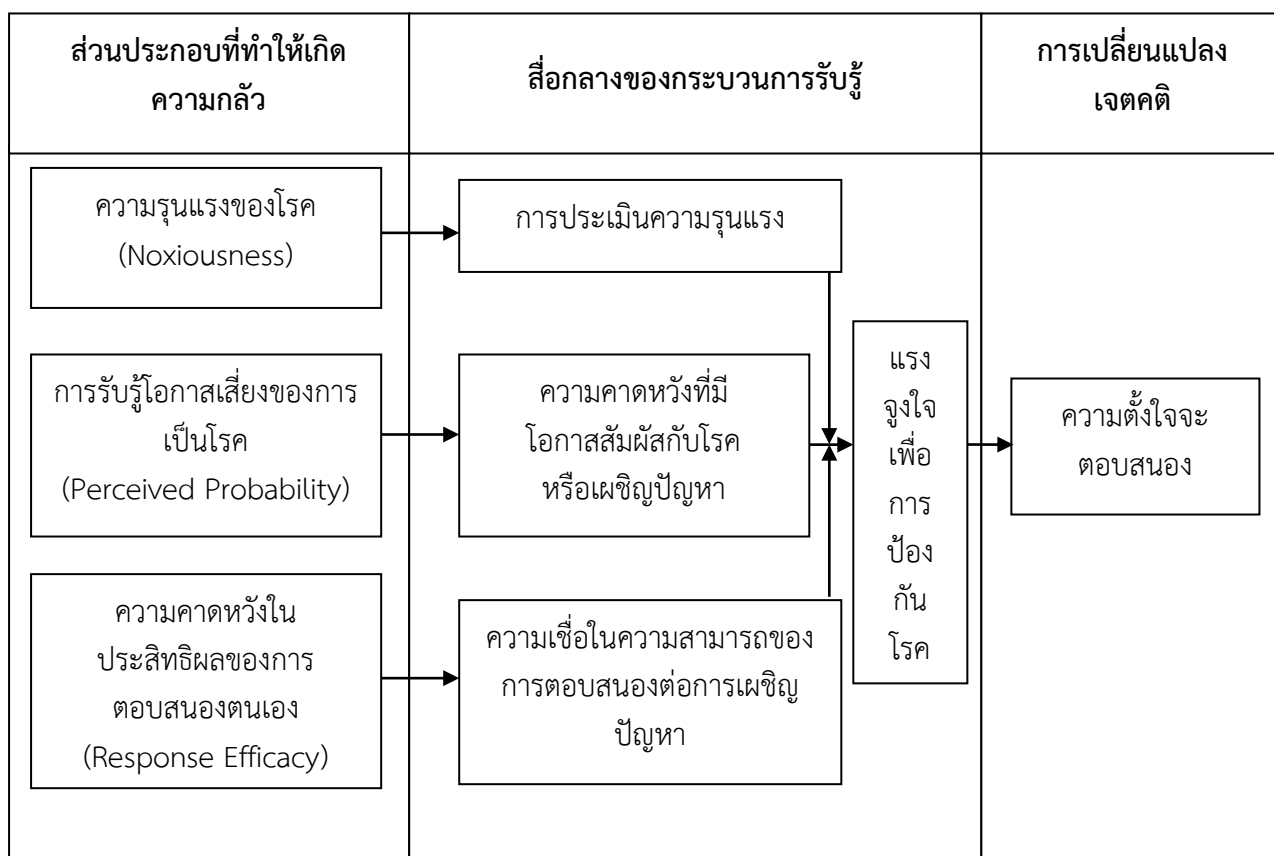
5) สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลมากต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของบุคคล เพราะจะเป็นสื่อในการสร้างความคิดทั้งทางบวกและทางลบได้

6) พื้นฐานประสบการณ์มีอิทธิพลต่อความคิดเห็น บุคคลที่มีประสบการณ์ที่ต่างกักัน ความคิดเห็นก็จะแตกต่างกันไปด้วย

(5) แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคพัฒนาโดย Fonalld W.Roger (Mackary, 1992) ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) นั่นคือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในสภาวะรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่ข่าวสาร การประเมินการรับรู้นี้มาจากการสื่อสารผ่านสื่อกลางของกระบวนการรับรู้

Roger ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Roger, 1975)

ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่า ถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรงโดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระคายเคืองปอดเล็กน้อย โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมได้มากกว่า ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้กระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชู อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทัศนคติและพฤติกรรมได้

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง ซึ่งขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของบุคคลว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ดังนั้นถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองต่อคำชู เขาก็ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ถึงแม้ว่าการกระทำนั้นจะมีผลเสียต่อสุขภาพก็ตาม การตรวจสอบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโดยใช้แบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะปรับปรุงพฤติกรรมอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไปและอาจจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่า เขาไม่สามารถจะปฏิบัติตามคำชูนี้ได้ แม้ว่าจะมีผลเสียต่อสุขภาพก็ตามในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น

ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง (Response Efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง การเพิ่มการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะบุคคลที่รู้ว่าตนเองกำลังมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่ในกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรคและภาวะคุกคามต่อสุขภาพอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีการใดที่จะลดการคุกคามนั้นลงได้อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและจะลดความสามารถในการปฏิบัติลง และจะลดการยอมรับและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนั้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างจริงจัง และมีรายละเอียดที่จะกระตุ้นความรู้สึกหรือการรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้บุคคลได้ปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ที่มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความสามารถในความสามารถของตนเองของ Bandura เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสูง และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตาม การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เชื่อว่าข่าวสารควรจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตาม

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค Roger ได้ปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัวข้างต้น คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura (1977) โดยความคาดหวังในความสามารถของแต่ละบุคคล สามารถที่จะพัฒนาได้มาจาก 4 ปัจจัย คือ

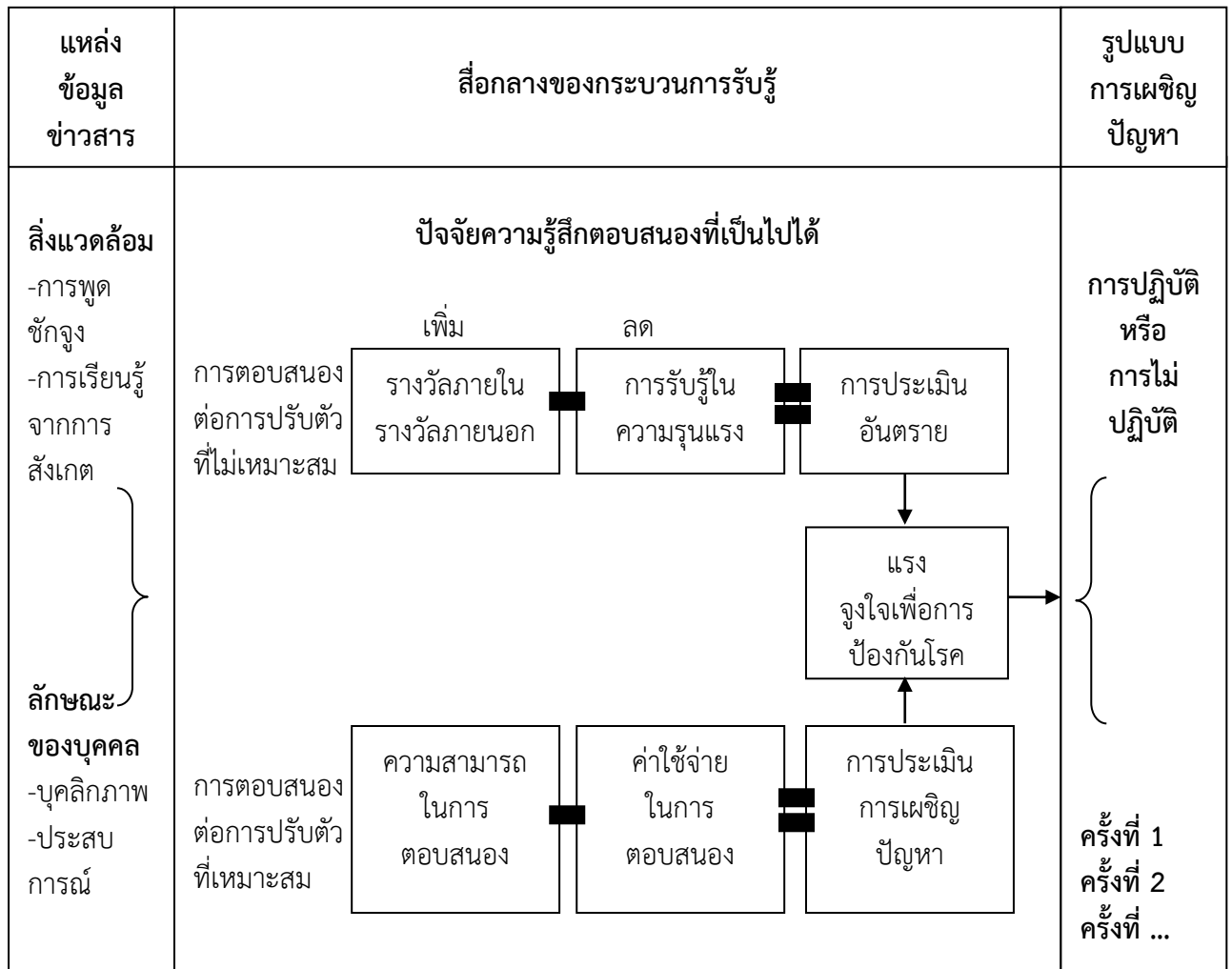
- (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences) การเรียนรู้จากบุคคลซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรง การทำงานที่สำเร็จโดย จากประสบการณ์ของตนเอง จะช่วยพัฒนาความสามารถ ทักษะทำให้เพิ่มความสามารถให้กับตนเอง บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถพยายามปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

- (2) ประสบการณ์จากบุคคลอื่น (Vicarious Experiences) หรือการใช้ตัวแบบ (Modeling) การเรียนรู้เกิดขึ้นได้จากการเห็นตัวอย่าง จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นแต่ละบุคคลจะต้องมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ก่อนเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นบุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม

- (3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) ให้บุคคลที่มีความน่าเชื่อถือไว้วางใจมีประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จ และมีความสำคัญต่อเขา พูดให้กำลังใจเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จได้ ทำให้บุคคลมีความหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

- (4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) บุคคลมีความคาดหวังในความสำเร็จเมื่อเขาอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่น่าสนใจ ความวิตกกังวลบางครั้งจะมีผลให้เกิดความสามารถ ก่อให้เกิดการพัฒนาในการรับรู้ต่อสิ่งที่ปฏิบัติ Bandura กล่าวว่า การกระตุ้นทางอารมณ์ หรือการกดดันที่มากเกินไปอาจทำให้บุคคลประสบความสำเร็จล้มเหลวจากการกระทำได้

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การใช้คำพูด ชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 กระบวนการในการเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Roger, 1983)

- สรุป** ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ
1. บุคคลเห็นว่าสิ่งที่เป็นอันตรายนั้นมีผลต่อสุขภาพอย่างรุนแรงและรู้สึกว่ามันอันตราย
 2. บุคคลเชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตราย
 3. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัว ตอบสนอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
 4. ผลดีของการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
 5. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค คือ เน้นที่การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพหรือการสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว บนพื้นฐานของการรับรู้ถึงการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหาโดยมีความเชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะปฏิบัติได้เป็นผลสำเร็จก็ต่อเมื่อบุคคลเห็นว่าภาวะคุกคามต่อสุขภาพอยู่ในขั้นรุนแรง รู้สีกว่าตนอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือมีโอกาสเกิดอันตรายต่อสุขภาพตนเอง มีความเชื่อว่าการปรับตัวเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงต่อภาวะคุกคามต่อสุขภาพทำให้ความเสี่ยงหรืออันตรายหมดไป มีความเชื่อมั่นและความคาดหวังว่าตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อภาวะสุขภาพได้ โดยเชื่อมโยงการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไต้หวัน มีการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจำนวน 1 เรื่อง โดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) ได้ดำเนินการสำรวจการรับรู้ ข่าวสาร/ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าแบบเร่งด่วน ตั้งแต่วันที่ 8-26 กันยายน 2557 รวม 18 วัน รวมทั้งหมด 36 จังหวัด กระจายทั่วทุกภาค เพื่อประเมินสถานการณ์การรับรู้ข่าวสาร/ความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,383 คน ด้วยแบบสอบถาม โดยผลการสำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้ในเรื่องการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่าสูงถึงร้อยละ 81.9 ซึ่งแหล่งของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับจาก โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ตามลำดับ โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเด็นเรื่องการติดต่อ อาการและการป้องกันโรคส่วนใหญ่ตอบถูกต้องมากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งกว่าร้อยละ 60 ไม่ทราบความสามารถสอบถามข้อมูลเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่านั้นสามารถสอบถามได้ทางสายด่วนกรมควบคุมโรค 1422 พร้อมทั้งกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อยู่ในระดับมากถึงกว่าร้อยละ 80 และมีความเชื่อมั่นว่ากระทรวงสาธารณสุข สามารถควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดกว่าร้อยละ 70 ซึ่งกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการสำรวจการรับรู้ข่าวสาร/ความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าแบบเร่งด่วนจำนวน 4 ครั้ง โดยผลการสำรวจพบประเด็นที่เป็นปัญหา 4 ประเด็นปัญหาที่สำคัญดังนี้ (1) การสื่อสารเพื่อสร้างความเชื่อมั่น (2) การสื่อสารในภาวะวิกฤติเพื่อเตือนประชาชนไม่เกิดความตระหนก (3) การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ และ (4) ประเด็นการสื่อสาร/ความรู้ เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

สำหรับงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องอื่นๆ นั้นสามารถสรุปได้ว่า บุคคลจะเปิดรับสื่อใดๆ ก็ตามขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ทำให้เกิดแรงจูงใจ การแสวงหาหรือนำสิ่งที่ได้รับจากการเปิดรับสื่อหรือข่าวสารนั้นๆ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งจะนำไปสู่การได้รับการสนองความต้องการ ทั้งนี้เป็นเพราะบุคคลมีกระบวนการเลือกสรรในการเปิดรับสื่อที่แตกต่างกันในแต่ละคน เนื่องจากบุคคลมีความต้องการของตนเองในการเลือกที่จะเปิดรับข่าวสารข้อมูลต่างๆ ตามความสนใจหรือความต้องการของแต่ละคน อันเนื่องมาจากปัจจัยภายในบุคคลที่แตกต่างกัน อาทิเช่น ความรู้ ทักษะ การรับรู้ต่างๆ นอกจากนี้คนที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน มีการเปิดรับสื่อที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นสื่อมวลชน สื่อบุคคล ซึ่งเป็นส่วนที่สนับสนุนให้เกิดความรู้ ทักษะ การรับรู้และความต้องการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ตามมา จัดว่าเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้แก่ผลการวิจัยดังนี้

สุภาพรณ สิงห์เหาะและคณะ (2557) ศึกษาความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เสี่ยงของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 13 -19 ปี เพศ

ชายและเพศหญิงที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล 237 คน ใช้การสุ่มตามเกณฑ์คุณสมบัติร่วมกับการเรียงลำดับตามบัตรคิวในแต่ละวัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 พ.ค. – 31 ส.ค. 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ติดเชื้อร้อยละ 19.0 มีประสบการณ์ทางเพศ ในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ทางเพศร้อยละ 91.1 มีพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อที่ไม่เหมาะสม ส่วนกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ทางเพศ ร้อยละ 50.0 มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อในระดับที่ควรปรับปรุง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ ประกอบด้วย เพศ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องถุงยางอนามัย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพจากการรับและถ่ายทอดเชื้อ การประเมินการเผชิญปัญหาจากการป้องกันการรับ และถ่ายทอดเชื้อมีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ปัจจัยที่สามารถคาดการณ์ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การประเมินการเผชิญปัญหาจากการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ผลการศึกษาแนะนำให้หน่วยงานองค์กรต่างๆ สหวิชาชีพที่ให้คำปรึกษา ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กและวัยรุ่นที่ ติดเชื้อ และครอบครัว วางแผนร่วมกันในการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การใช้ถุงยางอนามัย และการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ รวมทั้งส่งเสริมการประเมินการเผชิญปัญหาจากการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อโดยประยุกต์จัดกิจกรรมให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีได้มีส่วนร่วม การใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม

จิตลดา ปัญญาธนิธ และคณะ (2555) การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมเพื่อสังคมของพนักงานบริษัทประกัน สินเชื่ออุตสาหกรรมขนาดย่อม (บสย.) ผลการวิจัย พบว่า 1) พนักงานส่วนใหญ่เปิดรับสื่อโดยภาพรวมในระดับมาก 2) พนักงานส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อสังคมโดยภาพรวมในระดับดี 3) พนักงานส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อสังคมโดยรวมในระดับมาก 4) พนักงานส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคมของ บสย. โดยรวมในระดับมาก 5) พนักงานที่มีระดับการปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดต่อกิจกรรมเพื่อสังคมแตกต่างกัน และอายุที่ต่างกันมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมเพื่อสังคมแตกต่างกัน

นันทนซ์ โสมนรินทร์ และ ญัฐชดา วิจิตรจามรี (2555) ศึกษาการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่าการเปิดรับข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ในภาพรวมทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูงมาก มี ปัจจัยด้านการเปิดรับข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรคือ อาชีพ และอำเภอที่อาศัยอยู่ ปัจจัยด้านความรู้ มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรคือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน มีเด็กหรือไม่เด็กอยู่ในครัวเรือน และอำเภอที่อาศัยอยู่ ปัจจัยด้านทัศนคติ มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรคือ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน มีเด็กหรือไม่เด็กอยู่ในครัวเรือน และอำเภอที่อาศัยอยู่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติตน มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากร คือ อาชีพ มีเด็กหรือไม่เด็กอยู่ในครัวเรือน และอำเภอที่อาศัยอยู่ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตน เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในมารดาครรภ์แรก และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด ซึ่งคณะผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในมารดาวัยรุ่นของสุพรรณิ กัณหดิลก (2542) หาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาครรภ์แรก และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .85 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .469, p < .05$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ และด้านความกล้าหรือกล้าเสี่ยงกับสถานการณ์ที่เคยกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .389, p < .05$; $r = .365, p < .05$) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านความง่ายของการกระทำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้แนะว่าพยาบาลควรประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาครรภ์แรกในระยะคลอดตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และบูรณาการการรับรู้ความสามารถของตนเองในทุกขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาล ควรเสริมสร้างประสบการณ์ของการเป็นมารดาให้มีความกล้าและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตที่มารดาครรภ์แรกสามารถปฏิบัติได้จริง

กลมพร สิทธิ (2553) ได้ศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร แบ่งขนาดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสิทธิในการรักษาพยาบาล 3 สิทธิ คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวน 32 คน ระบบประกันสังคม จำนวน 64 คน และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 304 คน ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อยจำนวนอย่างละ 200 คน ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า ด้านการเปิดรับสื่อส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับต่ำ สื่อที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงมากที่สุดคือ สื่อบุคคลประเภทบุคคลใกล้ชิด และพบว่าผู้มีรายได้ปานกลางมีการเปิดรับสื่อมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา และรายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อ พร้อมกันนั้นพบว่า การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชน

สุพิดา เย็นโศกา (2553) การวิจัยในครั้งนี้มีความมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรปัจจัย ได้แก่ ค่านิยมต่อสุขภาพ การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เมื่อวิเคราะห์ตามตัวแปรเพศ ระดับชั้น เรียนและวิเคราะห์รวม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 จำนวน 678 คนที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2552 ซึ่งได้มาด้วยวิธีสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน (Two-Stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามค่านิยมต่อสุขภาพแบบสอบถามการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ

โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.754, 0.874, 0.859, 0.769, 0.885 และ 0.907 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Univariate Multiple Regression: MR) ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนช่วงชั้นที่ 3 เพศชาย เพศหญิง ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, 3 กลุ่มตัวแปรปัจจัย 5 ปัจจัย ได้แก่ ค่านิยมต่อสุขภาพ การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.739, 0.725, 0.754, 0.734, 0.700, และ 0.736 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรปัจจัยทั้ง 5 ตัว ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ได้ร้อยละ 54.5, 52.6, 56.9, 53.9, 49.0, 54.2 และ 54.5 ตามลำดับ

จำนง ธนะภพ, ศศิธร ธนะภพ, จุฬารัตน์ คงศาลา และอัญญิกา ชูขวัญนวล (2553) ได้ศึกษาถึงความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำนวน 359 คนผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาในกลุ่มสำนักวิชาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ร้อยละ 52) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77) มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์และหมวกนิรภัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 49 และ 67 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์มีความรู้เกี่ยวกับการสวมหมวกนิรภัยมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 21 ปีขึ้นไปมีคะแนนทัศนคติมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า นักศึกษาหญิงมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่านักศึกษาชาย กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 21 ปี มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าทุกกลุ่ม เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 4 มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในระดับชั้นปี 1 - 3 กลุ่มตัวอย่างที่มีใบอนุญาตขับขี่มีหมวกนิรภัยเป็นของตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่และไม่มีหมวกนิรภัยเป็นของตนเอง ทักษะและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ความรู้ในการสวมหมวกนิรภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติและแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรณรงค์ขับขี่ปลอดภัยส่งผลต่อการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.3 การวางมาตรการวินัยจราจรให้นักศึกษาสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 42.2 มาตรการที่นักศึกษาเสนอเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ คือ การบังคับใช้กฎระเบียบและวินัยจราจรโดยตั้งด่านตรวจจับและปรับเงิน รองลงมาคือการรณรงค์ขับขี่ปลอดภัยอย่างจริงจังอย่างต่อเนื่อง และการยึดรถตามลำดับ

ปริยดา วันไทย (2552) ศึกษาเรื่องการเปิดรับสื่อ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อน ของนิสิตนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะทางประชากร เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การเปิดรับสื่อ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ผลการวิจัย พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับอมวลชน และสื่อเฉพาะกิจในระดับปานกลาง มีความตระหนักในระดับสูงมาก และมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อนในระดับสูง (2) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ สถาบันการศึกษา และรายได้แตกต่างกัน มีการเปิดรับสื่อที่ไม่แตกต่างกัน (3) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีความตระหนักแตกต่างกัน ส่วนเพศ อายุ สถาบันการศึกษาที่แตกต่างกัน มีความตระหนักที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อนที่ไม่แตกต่างกัน (4) ลักษณะทางประชากรที่มีเพศ อายุ สถาบันการศึกษาและรายได้ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อนไม่แตกต่างกัน (5) การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความตระหนักที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อน (6) การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมที่

เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อน (7) ความตระหนักที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อน

ระพีพรรณ จอมมะเริง (2552) ศึกษา การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อมูลและตอบคำถามว่าในการรณรงค์การป้องกันเอดส์โดยใช้สื่อในการรณรงค์นั้น สื่อใดที่จะมีความเหมาะสมที่สุด หรือเป็นสื่อที่จะให้ประสิทธิผลในการรณรงค์มากที่สุด ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ แบบเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional quantitative survey research) โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 ย่าน สุ่มมาจำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า (1) ลักษณะทางประชากร อันได้แก่ อายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อด้านโรคเอดส์ (2) การรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในเรื่องความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และ (3) ลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในเรื่องความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ดังนั้นในการใช้สื่อรณรงค์จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยทางด้านประชากรของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยต้องพยายามผลิตสื่อที่สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้โดยตรงให้มากที่สุด เพราะการเปิดรับข่าวสารด้านโรคเอดส์ที่มากขึ้นมีผลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

วนิดา วินิจตระกูล (2552) การเปิดรับสื่อ ความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็นต่อสื่อรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย สสส. ของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดรับสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง โดยรับจากจดหมายข่าวมากที่สุด และโทรทัศน์น้อยที่สุด (2) ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจถึงพิษภัยและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (3) ส่วนใหญ่เห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วยบำรุงร่างกาย ทำให้รู้สึกเป็นผู้ใหญ่ ต้องการตอบแทนบริษัท เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำเพื่อสังคม และยังมีกฎข้อห้ามเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังหละหลวม ส่วนด้านความคิดเห็นต่อสื่อรณรงค์ ส่วนใหญ่เห็นว่าข้อความ/ประเด็นสารมีผลต่อการลดเลิกการดื่มในระดับน้อย ด้านรูปแบบสื่อรณรงค์ ส่วนใหญ่ชอบรูปแบบสื่อที่มีดารานักเป็นพรีเซ็นเตอร์ (4) ลักษณะส่วนบุคคลที่ต่างกัน มีการเปิดรับสื่อรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน (5) ลักษณะส่วนบุคคลที่ต่างกัน มีความรู้ความเข้าใจต่อสื่อรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน และ (6) ลักษณะส่วนบุคคลที่ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อสื่อรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2552) ได้ทำการสำรวจเรื่อง ความคิดเห็นของประชาชนต่อสถานการณ์ “ไข้หวัด 2009” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อสถานการณ์ “ไข้หวัด 2009” และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาในหัวข้อต่อไป โดยศึกษาตัวอย่างประชาชนใน 17 จังหวัดทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 1,215 ครั้วเรือน ผลสำรวจพบว่า ประชาชน ร้อยละ 38.6 มีความเข้าใจอย่างดีเพียงพอถึงแนวทางการป้องกันไข้หวัด 2009 และร้อยละ 61.4 ยังไม่เข้าใจดีพอว่าจะป้องกันอย่างไร และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในสถานที่ต่างๆ พบว่า ร้อยละ 88.7 ไม่ใส่หน้ากากเมื่ออยู่ในเมื่ออยู่ในที่พัก ร้อยละ 11.3 ไม่ใส่หน้ากาก การปฏิบัติตนเมื่อไปยังสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ พบว่า ร้อยละ 73.8 ไม่ใส่หน้ากาก ร้อยละ 26.2 ใส่หน้ากาก และเมื่อเดินทางไปห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 28.3 ไม่ใส่หน้ากาก ร้อยละ 71.7 ใส่หน้ากาก นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 30.9 ใส่หน้ากากเมื่อไปโรงพยาบาล/สถานบันเทิง ในขณะที่ร้อยละ 69.1 ไม่ใส่หน้ากาก ร้อยละ 36.5 ใส่หน้ากากเมื่ออยู่บนรถโดยสาร รถเมล์ รถแท็กซี่ ในขณะที่ร้อยละ 63.5 ไม่ใส่หน้ากาก ร้อยละ 36.8 ใส่หน้ากาก เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก ร้อยละ 63.2 ไม่ใส่หน้ากาก สำหรับการเดินทางไปโรงเรียน/มหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษานั้น พบว่า ร้อยละ 38.9 ใส่หน้ากาก ร้อยละ 61.1 ไม่ใส่หน้ากาก การเดินทางไปโรงพยาบาล/คลินิก/สถานพยาบาลนั้น พบว่า ร้อยละ 47.4 ใส่หน้ากาก ร้อยละ 52.6 ไม่ใส่หน้ากากนอกจากนี้ ยังพบว่า ประชาชนร้อยละ 32.1 กลับมาอาบน้ำทันที ภายหลังกลับมาจากนอกบ้าน ร้อยละ 67.9 ระบุไม่ได้อาบน้ำ

ทันที ด้านความรู้สึกว่าไม่คอยสบายหรือเป็นไข้หวัดนั้น พบว่า ประชาชนร้อยละ 10.7 รู้สึกไม่คอยสบาย/สงสัยจะเป็นไข้หวัด 2009 ในขณะที่ร้อยละ 89.3 รู้สึกสบายดี และ ในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ค่าอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการไม่สบายจากไข้หวัด 2009 ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ได้แก่ ผู้เดินทางโดยรถโดยสาร รถเมล์ รถแท็กซี่โดยไม่ใส่หน้ากาก จะมีภาวะความเสี่ยงต่อการไม่สบายจากไข้หวัด 2009 ประมาณ 3.832 เท่าของผู้ที่ใส่หน้ากาก ผู้ที่เดินทางไปสถานที่ที่มีคนอยู่จำนวนมากโดยไม่ใส่หน้ากาก จะมีภาวะความเสี่ยงต่อการไม่สบายจากไข้หวัด 2009 คิดเป็น 2.297 เท่าของผู้ที่ใส่หน้ากาก ผู้ที่เดินทางไปห้างสรรพสินค้าโดยไม่ใส่หน้ากาก จะมีภาวะความเสี่ยงต่อการไม่สบายจากไข้หวัด 2009 คิดเป็น 2.174 เท่าของผู้ที่ใส่หน้ากาก ผู้ที่เดินทางไปโรงพยาบาล คลินิก สถานพยาบาลโดยไม่ใส่หน้ากาก จะมีภาวะความเสี่ยงต่อการไม่สบายจากไข้หวัดใหญ่ คิดเป็น 2.168 เท่าของผู้ที่ใส่หน้ากาก และพบว่า สถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ โรงภาพยนตร์ สถานบันเทิง โรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือสถาบันการศึกษา ไม่เป็นสถานที่เสี่ยงที่จะทำให้ไม่สบายจากโรคไข้หวัด 2009

ฉันทพิชญา โพธิ์สาจันทร์และคณะ (2551) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของเครือข่ายแกนนำสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกของเครือข่ายแกนนำสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยชีวทางสังคม การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ของเครือข่ายแกนนำสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง คือ เครือข่ายแกนนำสุขภาพ จำนวน 400 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติ ที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) การหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไคสแควร์ (χ^2 -test) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายแกนนำสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับมาก และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับมาก ปัจจัยชีวทางสังคม ได้แก่ ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ เพศ และศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก และพบว่า อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานะทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า เครือข่ายแกนนำสุขภาพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับปานกลาง

กุลธิดา ธรรมวิวัฒน์ และนฤมล เฉลยสร้อย (2551) ศึกษา พฤติกรรมการเปิดรับสื่อ ความคิดเห็น และรูปแบบที่ต้องการของสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อมในทัศนะของวัยรุ่นไทยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อมของวัยรุ่น (2) เพื่อศึกษาความคิดเห็น ในองค์ประกอบด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การเปิดรับสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อมของวัยรุ่น และ (3) เพื่อศึกษารูปแบบของสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นที่ต้องการของวัยรุ่น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่เปิดรับชมสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมการเปิดรับชมสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์มากกว่า 5 วันต่อ 1 สัปดาห์ ความคิดเห็นที่มีต่อสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อมด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ทั้งนี้รูปแบบของสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวม ความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมาก และพึงพอใจรูปแบบการนำเสนอที่ใช้ภาพวีวประกอบ

ว่าที่พันตำรวจตรีหญิง วันเพ็ญ ปรีติยาธร (2543) ศึกษาเรื่องการเปิดรับ ทศนคติและความต้องการข้อมูล ข่าวสารของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสาร ทศนคติ ลักษณะทางประชากรกับความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างทางลักษณะทางประชากรมีการเปิดรับข่าวสาร ทศนคติต่อข่าวสาร และความต้องการข่าวสารที่ไม่แตกต่างกัน และการเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทศนคติต่อข้อมูลข่าวสาร แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข่าวสารนอกจากนี้ทศนคติยังมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลข่าวสาร

จารุณี บุญนิพัทธ์ (2539) ศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร กับความตระหนัก ทศนคติและการมีส่วนร่วมเรื่องสิ่งแวดล้อมของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม เขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเรื่องสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความตระหนักในการรักษาสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเรื่องสิ่งแวดล้อมจากสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กับทศนคติที่มีต่อการรักษาสิ่งแวดล้อม ตลอดจนพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเรื่องสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการรักษาสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ทศนคติที่มีต่อการรักษาสิ่งแวดล้อมยังมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการรักษาสิ่งแวดล้อมอีกด้วย

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อ โดยสรุปจากผลการวิจัยต่างประเทศนั้นพบว่า บุคคลจะเปิดรับสื่ออะไรก็ตามขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล เพื่อจะได้ นำสิ่งที่ได้รับจากการเปิดรับสื่อไปใช้ให้เกิดความพึงพอใจ การมีประโยชน์แก่การใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ซึ่งนับว่าเป็นการสนองความต้องการ นอกจากนี้บุคคลจะมีทศนคติและความต้องการของตนเอง จึงจะเกิดกระบวนการในการเลือกสรรสื่อต่างๆ ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละคนและลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกันนั้น ก็มีผลต่อการเลือกเปิดรับสื่อ ความต้องการและทศนคติที่แตกต่างกันออกไป อาทิเช่น

Gidado S, et.al (2014) ศึกษาาระดับของความรู้ การรับรู้ และความพอเพียงของข้อมูลเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนเมืองลากอส ประเทศไนจีเรีย จำนวน 5,322 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 34 ปี (± 11.4 ปี) ร้อยละ 52.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.4 มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส อีโบล่า ร้อยละ 44 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ร้อยละ 43.1 มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ร้อยละ 77.8 มีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค และเพศชาย การศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าร้อยละ 71 ประชาชนรับรู้ว่ามีโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นปัญหาสุขภาพ ในขณะที่ ร้อยละ 61 เชื่อว่าเขาจะไม่สัมผัสกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ร้อยละ 62 จะไม่จับมือกับคนป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ร้อยละ 64 เชื่อว่าจะไม่กอดสัมผัสกับผู้ที่ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ร้อยละ 2.2 พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการล้างมืออยู่ในระดับดี และร้อยละ 68.8 พบว่าประชาชนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทางโทรทัศน์ และร้อยละ 55 รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางวิทยุ จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์กับความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งเป้าหมายของระบบสาธารณสุขต้องให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง ร่วมกับ การป้องกันการเกิดตราบาปที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าทางเลือกที่เหมาะสมในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารคือโทรทัศน์และวิทยุ

Kippax and Murray (1980) ได้ศึกษาเรื่องการใช้สื่อและความพึงพอใจพร้อมทั้งได้ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของการรับรู้ในคุณประโยชน์ของสื่อ โดยศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการใช้สื่อมวลชนกับความพึงพอใจ และการใช้สื่อกับการรับรู้ในคุณประโยชน์ของสื่อ ผลการศึกษา มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นตัวกำหนดการใช้สื่อและการรับรู้ในคุณสมบัติของสื่อ โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากคือตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป จะเลือกใช้สื่อเพราะคำนึงถึงความสำคัญของสื่อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย คือ ตั้งแต่ 9 – 11 ปี และกลุ่มที่มีอายุน้อยจะใช้สื่อเพื่อความบันเทิง แต่กลุ่มที่มีอายุมากจะใช้สื่อเพราะสนใจที่จะรับรู้เกี่ยวกับสังคมและความต้องการของตนเอง เป็นต้น

2. คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะเลือกใช้สื่อมากกว่าประเภทมากกว่าคนที่มีการศึกษต่ำ

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

4. กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีการเลือกใช้อย่างมีจุดมุ่งหมายและเข้าใจถึงคุณสมบัติของสื่อ

Castillo (1980) ได้สรุปผลงานของผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับช่องทางในการติดต่อสื่อสารและแหล่งความรู้ทางการเกษตรได้รับว่า แหล่งข่าวที่เป็นตัวบุคคลนั้นสำคัญที่สุด ซึ่งได้แก่เจ้าหน้าที่ส่งเสริม เพื่อนบ้าน และญาติ นอกจากนี้นักพบว่าเกษตรกรที่ไม่ได้รับการส่งเสริมโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะได้รับข่าวสารจากวิทยุมากที่สุด ซึ่งเป็นที่นิยมของเกษตรกรมากกว่าเอกสารสิ่งพิมพ์หรือหนังสือพิมพ์

Zachor (1975) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมของนักเรียนเกรด 11 โดยสุ่มตัวอย่างจากนักเรียนจำนวน 436 คน จากโรงเรียน 6 แห่ง พบว่า เพศ ขนาดของครอบครัว การอ่านวารสารและหนังสือพิมพ์ การได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและภูมิสำเนาของนักเรียน เป็นปัจจัยก่อให้เกิดความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้จากการเปรียบเทียบคะแนน พบว่า นักเรียนชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่านักเรียนหญิง เด็กจากครอบครัวเล็กมีคะแนนสูงกว่าเด็กจากครอบครัวใหญ่ และเด็กที่อ่านหนังสือพิมพ์ตั้งแต่สามฉบับขึ้นไปมีคะแนนสูงกว่าเด็กที่อ่านจำนวนน้อยกว่านั้น

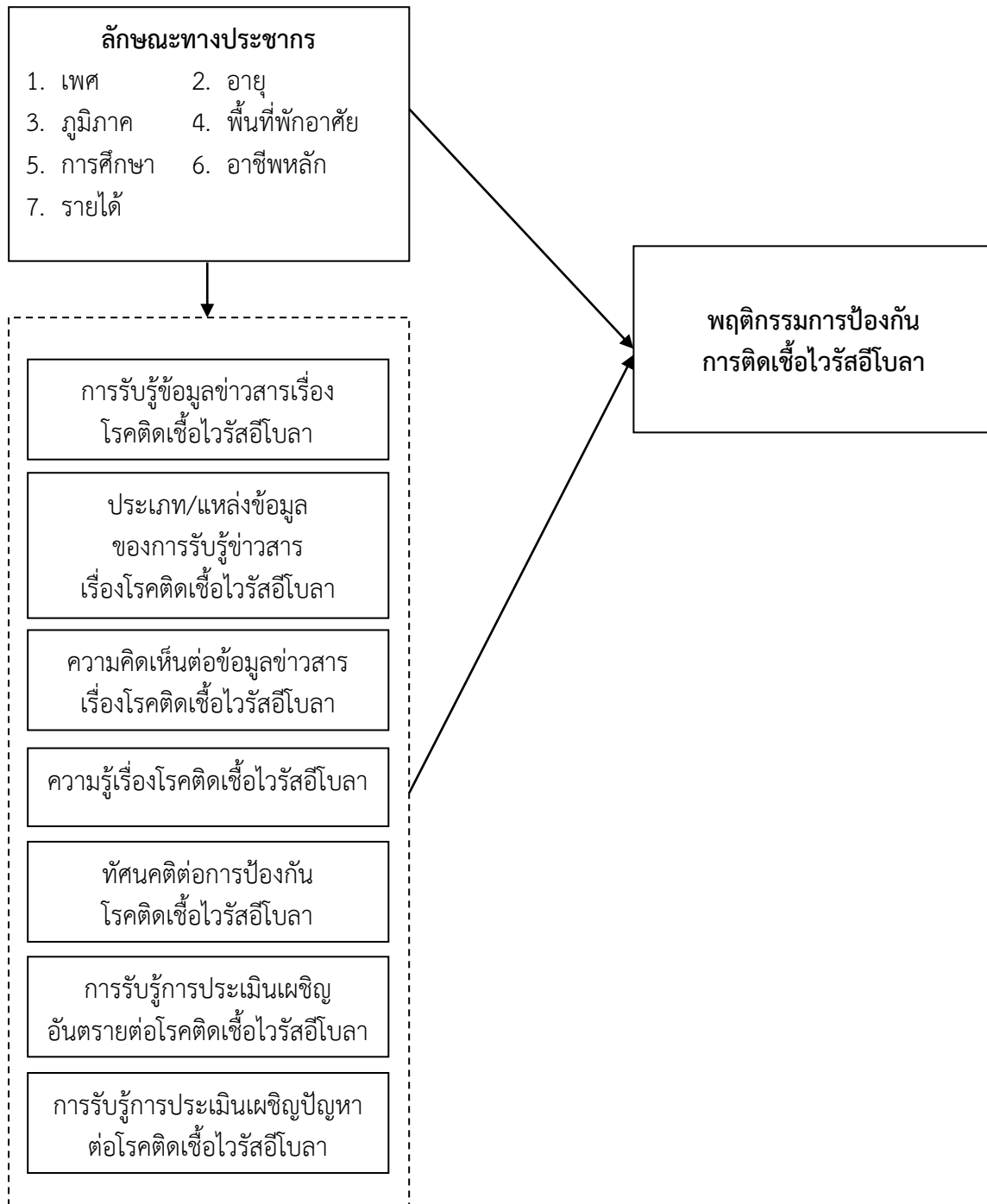
Robinson (1972) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้รับสารมีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อและระดับความรู้ทางด้านข้อมูลข่าวสารของบุคคล หมายถึง คนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการใช้สื่อและมีระดับความรู้ในเรื่องข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน คือคนที่มีความรู้สูงจะเพิ่มพูนความรู้ของตนให้มากขึ้นโดยการใช้สื่อมวลชน

Sears and Freeman (1967) ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกเปิดรับข่าวสารและเรื่องราวที่เกี่ยวกับสาธารณสุขของบุคคล พบว่า กลุ่มตัวแปรทางด้านบุคคลที่เป็นตัวแปรทำนายพฤติกรรมในการเลือกเปิดรับสื่อมวลชนที่ดีที่สุด คือ ระดับการศึกษาและระดับชั้นทางสังคม

Freedman (1961) ศึกษาความแตกต่างของบุคคลที่ระดับอายุต่างกัน พบว่า คนที่มีอายุน้อยจะมีการเรียนรู้ และทัศนคติในระดับสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก กล่าวคือ อายุของผู้รับสารมีอิทธิพลต่อการสื่อสารไม่มากนัก ซึ่งจะออกมาในรูปของความสนใจ ความเชื่อ หรือพฤติกรรมในการรับรู้ข่าวสารของผู้รับสาร

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยทางลักษณะประชากรหลายประการ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนโดยเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ปัจจัยด้านประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ปัจจัยด้านการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ปัจจัยด้านการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เพื่อใช้ในการอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยตามแผนภาพที่ 3 ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน ปี 2558 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสาร ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทักษะการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายและการรับรู้ การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และเพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย และได้กำหนด วิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพ The convergent parallel design โดยการวิจัยเชิงพรรณนา (Quantitative Research) ใช้การศึกษา วิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology Research) เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 15-65 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป คำนวณ โดยใช้ตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อน $\pm$ ร้อยละ 2 (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,500 คน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มอายุ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 อายุ 15 – 25 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 26 – 45 ปี กลุ่มที่ 3 อายุ 45 – 60 ปีและกลุ่มที่ 4 อายุ 60 - 65 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มี ความหลากหลายทางอาชีพ ประกอบด้วย ครู หรือ อาจารย์ ผู้สูงอายุ (บุคคลที่มีอายุ 60-65 ปี) นักเรียน หรือ เยาวชน (อายุ น้อยกว่า 20 ปี) ประชาชนวัยทำงาน เจ้าหน้าที่สายสาธารณสุข (อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) บุคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหาร ส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และองค์การบริหารส่วนจังหวัด) แม่บ้าน/พ่อบ้าน และผู้บริหารหน่วยงาน (ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) จำนวน 30 คน

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างและแผนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การสุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ดังนี้

3.1.1 การจัดแบ่งภาค

(1) ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) เพื่อจัดแบ่งพื้นที่ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ จำแนกได้เป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

(2) ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกกรุงเทพมหานครและจังหวัดปริมณฑล เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

รวมภาคที่เป็นตัวแทน 4 ภาค และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

3.1.2 การคัดเลือกจังหวัด

คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนภาค ภาคละ 2-3 จังหวัด ตามสัดส่วนของประชากรใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจังหวัดให้เป็นตัวแทนแต่ละภาค ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคละ 2 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 จังหวัด และปริมณฑล 1 จังหวัด รวมจังหวัดที่เป็นตัวแทน 10 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

3.1.3 การคัดเลือกอำเภอและเขต

คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 2 อำเภอ และในกรุงเทพมหานคร 2 เขต โดย

(1) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนจังหวัดละ 1 อำเภอ และเขตในกรุงเทพมหานคร 2 เขต

(2) ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกอำเภอเมือง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

รวมอำเภอที่เป็นตัวแทน 20 อำเภอ และ 2 เขต

3.1.4 การคัดเลือกตำบลและแขวง

คัดเลือกตำบล/แขวง ที่เป็นตัวแทนแต่ละอำเภอ/เขตฯละ 2 ตำบล/แขวง โดย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

รวมตำบลที่เป็นตัวแทน 40 ตำบล และ 4 แขวง

3.1.5 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยวิธีการแบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุ ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 อายุ 15 – 25 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 26 – 45 ปี กลุ่มที่ 3 อายุ 45 – 60 ปี และกลุ่มที่ 4 อายุ 60 ปีขึ้นไป

โดยสรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแสดงดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ลำดับที่	ภาค	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
1	กรุงเทพและ ปริมณฑล	กรุงเทพ	เขตปทุมวัน	แขวงลุมพินี	57
				แขวงวังใหม่	57
			เขตตลิ่งชัน	แขวง.ตลิ่งชัน	57
				แขวงคลองชักพระ	57
		นนทบุรี	อ.เมือง	ตลาดขวัญ	57
				ท่าทราย	57
			อ.บางกรวย	บางสีทอง	57
				บางคูเวียง	57
2	ภาคกลาง	สุพรรณบุรี	อ.เมือง	ดอนก่ายาน.	57
				ท่าพี่เลี้ยง	57
			อ.สามชุก	วังลึก	57
				กระเสียว	57
		กาญจนบุรี	อ.เมือง	บ้านเหนือ	57
				บ้านใต้	57
			อ.บ่อพลอย	หนองรี	57
				บ่อพลอย	57
3	ภาคเหนือ	น่าน	อ.เมือง	กองควาย	57
				สวก	57
			อ.เวียงสา	ทุ่งศรีทอง	57
				ยาบห้วยนา.	57
		อุตรดิตถ์	อ.เมือง	คู้ตะเพา	57
				ท่าอิฐ	57
			อ.น้ำปาด	น้ำไคร้	57
				แสงงอ	57

ตารางที่ 1 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (ต่อ)

ลำดับที่	ภาค	จังหวัด	เขต/อำเภอ	แขวง/ตำบล	จำนวนตัวอย่าง
4	ภาคใต้	สตูล	อ.เมือง	เจ๊ะบี	57
				บ้านควน	57
			อ.ละงู	น้ำผุด	57
				เขาขาว	57
		ตรัง	อ.เมือง	ทับเที่ยง	57
				หนองตรุด	57
			อ.วังวิเศษ	ท่าสะบ้า	57
				อ่าวตง	57
5	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	อุดรธานี	อ.เมือง	นาดี	57
				บ้านดาด	57
			อ.กุดจับ	ปะโค	57
				สร้างก่อ	57
		นครราชสีมา	อ.เมือง	หนองจบก	57
				สุรนารี	57
			อ.โนนสูง	โตนด	57
				โนนสูง	57
		ศรีสะเกษ	อ.เมือง	จาน	57
				ตะดอบ	57
			อ.ขุขันธ์	โคกเพชร	57
				ปรือใหญ่	57

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 15 ปี ที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) โดยวิธีการเลือกอย่างเจาะจงและความหลากหลายทางอาชีพ ประกอบด้วย ครู หรือ อาจารย์ ผู้สูงอายุ (บุคคลที่มีอายุ มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป) นักเรียน หรือ เยาวชน (อายุ น้อยกว่า 20 ปี) ประชาชนวัยทำงาน เจ้าหน้าที่สายสาธารณสุข (อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) บุคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และองค์การบริหารส่วนจังหวัด) แม่บ้าน/พ่อบ้าน และผู้บริหารหน่วยงาน (ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) โดยการสุ่ม ภาคๆ ละ 1 จังหวัดๆ ละ 6 คน และ กรุงเทพมหานคร 6 คน รวมเป็นจำนวน 30 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การเก็บรวบรวมเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน ปี 2558 ในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามการประชุมกลุ่มย่อยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างข้างต้น เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบไปด้วย การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

4.1.1 การสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ศึกษาองค์ความรู้จากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2) กำหนดขอบข่ายการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดเอาไว้
 - 3) สร้างแนวคำถามแบบมีโครงสร้างโดยมีประเด็นคำถามครอบคลุมในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง
- โดยแบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน ปี 2558 ประกอบด้วย 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน	6	ข้อ
ตอนที่ 2	การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	5	ข้อ
ตอนที่ 3	ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	16	ข้อ
ตอนที่ 4	ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	6	ข้อ
ตอนที่ 5	ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	10	ข้อ
ตอนที่ 6	ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	10	ข้อ
ตอนที่ 7	การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	7	ข้อ
ตอนที่ 8	การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	7	ข้อ
ตอนที่ 9	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	7	ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2 , 3 , 4 , 6 , 7 , 8 และ 9 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมีมาตรวัด 4 หน่วย

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และประเภท/แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีมาตรวัด ได้แก่ เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย นานๆได้ และไม่เคยได้เลย

ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีมาตรวัด ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีมาตรวัด ได้แก่ เชื่อมั่นมากที่สุด เชื่อมั่น ไม่เชื่อมั่น และไม่เชื่อมั่นมากที่สุด

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีมาตรวัด ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เป็นประจำ / เห็นด้วยอย่างยิ่ง / เชื่อมั่นมากที่สุด / ประจำ	4	1
ค่อนข้างบ่อย / เห็นด้วย / เชื่อมั่นมาก / บ่อยครั้ง	3	2
นานๆ ได้ / ไม่เห็นด้วย / ไม่เชื่อมั่น / บางครั้ง	2	3
ไม่เคยได้เลย / ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง / ไม่เชื่อมั่นมากที่สุด / ไม่เคยได้ปฏิบัติเลย	1	4

การวิเคราะห์ระดับของคะแนนจัดกลุ่มโดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนน ตามแนวคิด ของ Best (1977) ระดับคะแนนในหมวดความคาดหวังออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}} \\
 &= \frac{4 - 1}{3} \\
 &= 1
 \end{aligned}$$

จึงกำหนดการแปลผลรายข้อ ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนน 3.01 – 4.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนน 2.01 – 3.00 คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนน 1.00 – 2.00 คะแนน

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ การวิเคราะห์ระดับของคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้มาก	มีคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หรือ 8 – 10 คะแนน
ระดับความรู้ปานกลาง	มีคะแนน ร้อยละ 60-79.9	หรือ 6 – 7 คะแนน
ระดับความรู้น้อย	มีคะแนน ร้อยละ 59.9 ลงมา	หรือ 0 – 5 คะแนน

4.1.2 การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

(1) การหาความเที่ยงตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า 1 คน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรง

ตั้งแต่ .66 – 1.00 มาใช้ในการวิจัยและนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามที่ยุ่เชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม และการเพิ่มเหตุผลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน

(2) การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ในการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกโดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้วยสถิติที (t-test) และหาค่า r (Item – Total Correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และค่า Item-Total Correlation เท่ากับหรือมากกว่า 0.20 ไว้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะนำไปใช้จริง

(3) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีของ Kuder – Richardson สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ได้ค่าความเชื่อมั่น .862 และด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการนำเครื่องมือไปใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ได้ค่าความเชื่อมั่นตามลำดับดังนี้ .913 , .933 , .856 , .779 , .691 , .833 และ .868 และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ .918 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

4.1.3 การดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกิจกรรม ดำเนินการดังนี้

คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย

(1) เปิดรับสมัครผู้ช่วยวิจัย ทำการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพที่ดี และมีทักษะในการสื่อสาร โดยทำการคัดเลือกผู้วิจัยจำนวน 10 คน

(2) จัดการอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

(3) ฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกทักษะการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ช่วยวิจัยด้วยกัน และประชาชนทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และนำปัญหาที่พบบานำเสนอและอภิปรายวิธีการแก้ไขในกลุ่ม

4.1.4 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย สำหรับการรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการดังนี้

(1) ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามแหล่งชุมชนในอำเภอและเขตที่เป็นตัวแทน ได้แก่ สถานศึกษา ส่วนราชการ ห้างสรรพสินค้า อาคารสำนักงาน สถานีขนส่ง ตลาด โรงพยาบาล สวนสาธารณะ และที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

(2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลต่างๆ หลังจากที่ได้เสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ก่อนออกจากพื้นที่การวิจัย

4.1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

- (1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- (2) สถิติอ้างอิง เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ สถิติไคว์สแควร์

(Chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างข้างต้น เป็นแนวคำถามกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structure Interview Guide) ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบไปด้วย การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนไทย โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

4.2.1 สร้างเครื่องมือ ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- (1) ศึกษาองค์ความรู้จากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกี่ยวข้อง

- (2) กำหนดขอบข่ายการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดเอาไว้

กำหนดเอาไว้

- (3) กำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่มและสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบมี

โครงสร้างโดยมีประเด็นคำถามครอบคลุมในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- (5) นำแบบแนวคำถามการสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ 1 ท่าน และ ด้านการประเมินผล 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม แล้วนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการเก็บรวบรวม

ข้อมูลจากการปฏิบัติการภาคสนามโดยการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6–8 คน จำนวน 5 กลุ่ม ใน 5 จังหวัด บันทึกการสนทนากลุ่มด้วยแถบบันทึกเสียงและการจดบันทึกภาคสนาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) ได้แก่ ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากภาคสนามทั้งหมดคือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม

4.2.3 การจัดทำข้อมูล

- (1) นำเทปบันทึกเสียงที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยมาถอดรหัสแบบคำต่อคำ

(Verbatim Transcription) โดยผู้ที่ไม่อยู่ในการวิจัยภาคสนามขณะที่ทำการประชุมกลุ่มย่อย

- (2) ผู้วิจัยนำบทสนทนาการประชุมกลุ่มย่อยที่ได้จากการถอดรหัสเทปเสียงมาตรวจสอบ

กับการจดบันทึกภาคสนาม (Filed Note) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการบันทึกไว้

- (3) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของบทสนทนาการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อนำไปวิเคราะห์

เนื้อหาต่อไป

4.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาเรื่อง “การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558” โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามจำนวน 2,500 ชุด และจากการประชุมกลุ่มย่อยจำนวน 5 ครั้ง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยแจกแจงเป็นค่าร้อยละของแต่ละรายการ ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน โดยการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และส่วนที่ 2 เป็นการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปทางประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร เป็นการแสดงถึง เพศ อายุ ภูมิภาค พื้นที่พักอาศัย การศึกษา อาชีพหลัก และรายได้เฉลี่ย โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n = 2,488)		
ชาย	918	36.9
หญิง	1,570	63.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (n = 2,500)		
15 – 25	635	25.4
26 – 45	822	32.9
46 – 60	642	25.7
60 ปีขึ้นไป	401	16.0
ภูมิภาค (n = 2,500)		
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	480	19.2
ภาคกลาง	480	19.2
ภาคเหนือ	480	19.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	580	23.2
ภาคใต้	480	19.2
พื้นที่พักอาศัย (n = 2,500)		
เขตเมือง	1,320	52.8
เขตชนบท	1,180	47.2
การศึกษา (n = 2,487)		
ประถมศึกษา	655	26.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	275	11.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	564	22.7
อนุปริญญาตรี/ปวส.	281	11.3
ปริญญาตรี	639	25.7
สูงกว่าปริญญาตรี	73	2.9
อาชีพหลัก (n = 2,447)		
เกษตรกรรวม	456	18.6
รับจ้างทั่วไป	406	16.6
ค้าขาย	295	12.1
พนักงานบริษัท	254	10.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	323	13.2
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	253	10.3
นักเรียน/นักศึกษา	460	18.8
รายได้ (n=2500)		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	1,576	63.0
10,000 – 20,000 บาท	616	24.6
20,000 บาทขึ้นไป	308	12.4

จากตารางที่ 2 พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.1 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 32.9 อยู่ในช่วงอายุ อายุ 26-45 ปี ร้อยละ 26.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ร้อยละ 25.7 มีการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 18.8 มีอาชีพหลัก เป็นนักเรียน/นักศึกษา รองลงมาคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ ร้อยละ 63 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท รองลงมาคือ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 24.6 และ รายได้ 20,000 บาทต่อเดือน ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.4

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่างๆ

ซึ่งผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ประกอบไปด้วยปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ระดับของการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า		กลุ่มตัวอย่าง (n = 2,500)	
		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(16 – 20 คะแนน)	440	17.6
ปานกลาง	(11 – 15 คะแนน)	1,278	51.1
น้อย	(5 – 10 คะแนน)	782	31.3
$\bar{x} = 12.55$, S.D. = 3.71			

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.1 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 31.1 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับน้อย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
จำแนกเป็นรายข้อ

(n = 2,500)			
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	Mean	S.D.	ระดับของการรับรู้
1. สถานการณ์และความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	2.70	0.83	ปานกลาง
2. วิธีการติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	2.52	0.82	ปานกลาง
3. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	2.46	0.86	ปานกลาง
4. วิธีการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	2.50	0.89	ปานกลาง
5. วิธีการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	2.37	0.91	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเด็นของ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์และความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 2.70$ S.D. = 0.83)

2.2 ปัจจัยด้านประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ระดับของประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้		กลุ่มตัวอย่าง (n = 2,500)	
ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(49 – 64 คะแนน)	326	13.0
ปานกลาง	(33 – 48 คะแนน)	1,208	48.4
น้อย	(16 – 32 คะแนน)	966	38.6
$\bar{x} = 36.07$, S.D. = 10.46			

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.4 มีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากประเภท/แหล่งข้อมูล ระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 38.6 มีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากประเภท/แหล่งข้อมูล ระดับน้อย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาจำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 2,500)			
ประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	Mean	S.D.	ระดับของ การรับรู้
1. โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี	3.14	0.81	มาก
2. วิทยุ /วิทยุชุมชน	2.29	0.91	ปานกลาง
3. หนังสือพิมพ์	2.43	0.92	ปานกลาง
4. นิตยสาร / วารสาร	2.03	0.90	ปานกลาง
5. แผ่นพับ / แผ่นปลิว	1.96	0.90	น้อย
6. โปสเตอร์	1.99	0.89	น้อย
7. อินเทอร์เน็ต	2.57	1.08	ปานกลาง
8. หนังสือ /คู่มือ	1.96	0.89	น้อย
9. ป้ายปิดประกาศ (ป้ายผ้า ป้ายไว้นิล)	2.10	0.93	ปานกลาง
10. การจัดงานตามสถานที่ต่างๆ	1.94	0.89	น้อย
11. เสียงตามสาย / หอกระจายข่าว	2.13	0.93	ปานกลาง
12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข)	2.55	0.95	ปานกลาง
13. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	2.32	0.97	ปานกลาง
14. เพื่อน /ญาติ / คนในครอบครัว	2.34	0.92	ปานกลาง
15. คนในชุมชน / พระ / ปราชญ์ชาวบ้าน	2.02	0.90	ปานกลาง
16. ครู / อาจารย์	2.31	1.00	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากที่สุดตามประเภท/แหล่งข้อมูล จากโทรทัศน์/เคเบิลทีวี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.14$ S.D. = 0.81) ส่วนแหล่งข้อมูลที่ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาน้อยที่สุด คือ การจัดงานตามสถานที่ต่างๆ ($\bar{x} = 1.94$ S.D. = 0.89)

2.3 ปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ระดับของความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	กลุ่มตัวอย่าง (n = 2,500)	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (19 – 24 คะแนน)	1,048	41.9
ปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	1,386	55.4
น้อย (6 – 12 คะแนน)	66	2.6
$\bar{x} = 18.59$, S.D. = 2.81		

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.4 มีความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 41.9 มีความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาระดับมาก

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
จำแนกเป็นรายข้อ

(n = 2,500)			
ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	Mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ท่านได้รับมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน	3.30	0.59	มาก
2. การนำเสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ท่านได้รับมีความน่าสนใจ	3.19	0.57	มาก
3. ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ท่านได้รับมีความถูกต้อง เชื่อถือได้	3.10	0.58	มาก
4. ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ท่านได้รับ เข้าใจง่าย	3.01	0.61	มาก
5. การนำเสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากแหล่งข้อมูลต่างๆเพียงพอ ต่อการรับรู้และเข้าใจ	2.98	0.67	ปานกลาง
6. ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่านำเสนอได้ทันเวลา	3.01	0.67	มาก

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อ ไวรัสอีโบล่า ในประเด็นประชาชนมีความคิดเห็นว่าข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ท่านได้รับมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.30$ S.D. = 0.59) ส่วน ความคิดเห็นด้านการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความน่าสนใจ ถูกต้องเชื่อถือได้ เข้าใจง่าย และนำเสนอได้ทันเวลา มีระดับความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามลำดับ ดังนี้ $\bar{x} = 3.19, 3.10, 3.01, 3.01$, S.D. = 0.57 0.58 0.61 0.67

2.4 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ระดับความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า		กลุ่มตัวอย่าง (n = 2,500)	
		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(8 – 10 คะแนน)	1,339	53.6
ปานกลาง	(6 – 7 คะแนน)	488	19.5
น้อย	(0 – 5 คะแนน)	673	26.9
$\bar{x} = 6.93$, S.D. = 3.05			

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.6 มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับมากรองลงมาคือ ร้อยละ 26.9 มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับน้อย

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 2,500)			
ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. เชื้อไวรัสอีโบล่าปนออกมากับเลือด น้ำเหลือง น้ำมูก น้ำลายของคนที่ติดเชื้อโรคนี้	1,563 (62.5)	206 (29.3)	731 (8.2)
2. ผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยมากจะแสดงอาการนำ คือไข้สูงเฉียบพลันและอ่อนเพลียมาก	1,837 (73.5)	141 (5.6)	522 (20.9)
3. การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทำได้โดยการไม่สัมผัสสัตว์หรือซากสัตว์ซึ่งเป็นแหล่งอาศัยของเชื้อไวรัสอีโบล่า	1,473 (58.9)	389 (15.6)	638 (25.5)
4. การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	1,942 (77.7)	151 (6.0)	407 (16.3)
5. ถ้ามีบุคคลในชุมชนมีประวัติอาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เช่น กินี ไคบีเรีย และเซียร์ราลีโอน ในช่วง 21 วันต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการ	1,757 (70.3)	157 (6.3)	586 (23.4)
6. การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทำได้โดยการติดตามข้อมูลข่าวสารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากกระทรวงสาธารณสุขและสื่อสาธารณะต่างๆ	1,906 (76.2)	149 (6.0)	445 (17.8)
7. ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดและมีอาการไข้ต้องไปพบแพทย์และให้ประวัติการเดินทาง	1,903 (76.1)	130 (5.2)	467 (18.7)
8. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ	1,437 (57.5)	261 (10.4)	802 (32.1)
9. การสัมผัสศพผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดการ ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	1,715 (68.6)	183 (7.3)	602 (24.1)
10. แหล่งกำเนิดเริ่มต้นของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า คือ ทวีปแอฟริกาตะวันตก (กินี ไคบีเรีย เซียร์ราลีโอน ไนจีเรีย)	1,781 (71.2)	124 (5.0)	595 (23.8)

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ ไวรัสอีโบล่า เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อ พบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า สูงสุด 3 เรื่อง ในประเด็นดังนี้ 1) การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า 2) ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดและมีอาการไข้ต้องไปพบแพทย์และให้ประวัติการเดินทาง และ 3) แหล่งกำเนิดเริ่มต้นของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า คือ ทวีปแอฟริกาตะวันตก (กินี ไคบีเรีย เซียร์ราลีโอน ไนจีเรีย) คิดเป็นร้อยละ 77.7 76.2 และ 76.1 ตามลำดับ ส่วนประเด็นข้อความรู้ที่ประชาชนตอบ ไม่ทราบ สูงสุด 3 ลำดับ คือ 1) โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ 2) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทำได้โดยการไม่สัมผัสสัตว์หรือซากสัตว์ซึ่งเป็นแหล่งอาศัยของเชื้อไวรัสอีโบล่า และ 3) การสัมผัสศพผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดการ ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า คิดเป็นร้อยละ 32.1 25.5 24.1 ตามลำดับ

2.5 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ระดับของทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา		กลุ่มตัวอย่าง (n = 2,500)	
		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(31 – 40 คะแนน)	1,073	43.2
ปานกลาง	(21 – 30 คะแนน)	1,389	55.6
น้อย	(10 – 20 คะแนน)	32	1.3
$\bar{x} = 29.69$, S.D. = 4.45			

จากตารางที่ 11 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.6 มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาระดับปานกลาง รองลงมาคือ ร้อยละ 43.2 มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาระดับมาก

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลารายข้อ

(n = 2,500)			
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	Mean	S.D.	ระดับ
1. ในช่วงที่มีการระบาดของไวรัสอีโบลาค้นจะอยู่ห่างจากคนผิวดำ	2.61	0.79	ปานกลาง
2. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือโรคที่ใกล้ตัวสำหรับฉันมาก	2.63	0.79	ปานกลาง
3. ไม่เห็นมีความจำเป็นจะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เพราะไม่ได้ระบาดในประเทศไทย	2.92	0.83	ปานกลาง
4. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจ	2.59	0.75	ปานกลาง
5. ไม่มีความจำเป็นจะต้องมีการป้องกัน เพราะโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเกิดได้กับเฉพาะทวีปแอฟริกาตะวันตกเท่านั้น	2.90	0.85	ปานกลาง
6. การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคน	3.24	0.69	มาก
7. แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคดีอยู่แล้ว การป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลาก็ยังเป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับทุกคน	3.31	0.66	มาก
8. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง	3.33	0.68	มาก
9. การหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นเรื่องที่เสียเวลา	2.83	0.90	ปานกลาง
10. ฉันพร้อมที่จะไปรับวัคซีน หากมีวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	3.33	0.71	มาก

จากตารางที่ 12 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเด็นประชาชนมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ว่าโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง และพร้อมที่จะไปรับวัคซีน หากมีวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.33$,

3.33 S.D. = 0.68, 0.71 ตามลำดับ) รองลงมา คือ แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดอยู่แล้ว การป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลาก็ยังเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับทุกคน ($\bar{x} = 3.31$ S.D. = 0.66) และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือหน้าที่ของประชาชนทุกคน ($\bar{x} = 3.24$ S.D. = 0.69)

2.6 ปัจจัยด้านการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือ

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือ

ระดับของการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อ		กลุ่มตัวอย่าง (n = 2,500)	
โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือ		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(22 – 28 คะแนน)	792	31.7
ปานกลาง	(15 – 21 คะแนน)	1,668	66.7
น้อย	(7 – 14 คะแนน)	40	1.6
$\bar{x} = 20.61$, S.D. = 2.80			

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 มีการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือ ระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 31.7 มีการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือระดับมาก

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือจำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 2,500)			
การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือ	Mean	S.D.	ระดับ
1. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาระบาดในทวีปแอฟริกาตะวันตกจึงไม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคขึ้นในประเทศไทย	2.71	0.81	ปานกลาง
2. การเดินทางไปประเทศที่มีการระบาด เช่น กินี ไคบีเลีย และเซียร์ราเลโอน มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือ	3.09	0.66	ปานกลาง
3. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือจะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้สัมผัสกับสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำเหลือง ของผู้ป่วย	2.83	0.75	ปานกลาง
4. ควรหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ที่มีอาการไข้สูงและอ่อนเพลียที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด เพราะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือ	3.16	0.63	มาก
5. การมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือในประเทศทำให้ สูญเสียเศรษฐกิจ	2.95	0.72	ปานกลาง
6. การมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือในประเทศทำให้ ภาพลักษณ์ของประเทศเสียหาย	2.88	0.73	ปานกลาง
7. การรับประทานอาหารที่ประกอบจากสัตว์จำพวกลิง หรือค้างคาว หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า อาจทำให้ติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือ	2.98	0.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 14 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ในประเด็น ประชาชนมีการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ว่าควรหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ที่มีอาการไข้สูงและอ่อนเพลียที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด เพราะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาได้ ซึ่งอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.16$ S.D. = 0.63)

2.7 ปัจจัยด้านการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ระดับของการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา ต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	กลุ่มตัวอย่าง (n = 2,500)	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก (22 – 28 คะแนน)	1,095	43.8
ปานกลาง (15 – 21 คะแนน)	1,322	52.9
น้อย (7 – 14 คะแนน)	83	3.3
$\bar{x} = 21.40$, S.D. = 3.39		

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.9 มีการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 43.8 มีการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาจำแนกเป็นรายข้อ

(n = 2,500)			
การรับรู้การประเมินปัญหามองอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	Mean	S.D.	ระดับ
1. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถกลั่นกรองความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้ออีโบลาจากสื่อต่างๆ ได้	2.96	0.63	ปานกลาง
2. ฉันมั่นใจว่าจะหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามาที่เผยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุขได้	2.99	0.62	ปานกลาง
3. ฉันมั่นใจว่าจะไม่สัมผัสสัตว์ที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ เช่น ลิง ค้างคาว ไม่ว่าสัตว์นั้นจะป่วยหรือไม่ป่วยก็ตาม	3.01	0.71	มาก
4. ฉันเชื่อมั่นว่าจะไม่รับประทานอาหารที่ประกอบจาก สัตว์ป่า เช่น ลิง ค้างคาว หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า หรือสัตว์แปลกๆ ได้ เพราะไม่ต้องการเสี่ยงให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา	3.17	0.75	มาก
5. การที่ฉันติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้ออีโบลาก็จะทำให้ฉันสามารถป้องกันตนเองจากโรคได้	3.10	0.67	มาก
6. การที่ฉันรู้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาก็จะทำให้ฉันเตรียมการรับมือให้กับตนเองและครอบครัวได้	3.11	0.68	มาก
7. ฉันมั่นใจว่าจะไม่สัมผัสสัตว์ป่าเพราะไม่ต้องการเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาได้	3.06	0.73	มาก

จากตารางที่ 16 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเด็นประชาชนเชื่อมั่นว่าจะไม่รับประทานอาหารที่ประกอบจาก สัตว์ป่า เช่น ลิง ค่างควา หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า หรือสัตว์แปลกๆ ได้เพราะไม่ต้องการเสี่ยงให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.17$ S.D. = 0.75) รองลงมา คือ การรู้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจะทำให้เตรียมการรับมือให้กับตนเองและครอบครัวได้ ($\bar{x} = 3.11$ S.D. = 0.68) และ การติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้ออีโบล่าจะทำให้สามารถป้องกันตนเองจากโรคได้ ($\bar{x} = 3.10$ S.D. = 0.67)

2.8 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ระดับของพฤติกรรม		กลุ่มตัวอย่าง (n = 2,500)	
การป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(22 – 28 คะแนน)	247	9.8
ปานกลาง	(15 – 21 คะแนน)	1,054	42.2
น้อย	(7 – 14 คะแนน)	1,199	48.0
$\bar{x} = 15.48$, S.D. = 4.50			

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.0 มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน ระดับน้อย รองลงมา ร้อยละ 42.2 ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าระดับปานกลาง

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
จำแนกเป็นรายข้อ

(n = 2,500)			
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	Mean	S.D.	ระดับ
1. ท่านติดตามสถานการณ์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากสื่อที่เผยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุข	2.64	0.82	ปานกลาง
2. ท่านติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อต่างๆ	2.65	0.79	ปานกลาง
3. ท่านศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อต่างๆ	2.39	0.85	ปานกลาง
4. ท่านพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ากับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน	2.20	0.85	ปานกลาง
5. ท่านตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อหลายๆ สื่อ	2.37	0.85	ปานกลาง
6. ท่านสัมผัสสัตว์ป่าที่นำเข้ามาจากต่างประเทศโดยไม่ผ่านการตรวจโรคทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย	1.66	0.93	ต่ำ

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

(n = 2,500)			
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	Mean	S.D.	ระดับ
7. ทานรับประทานอาหารที่ประกอบจากสัตว์ป่า เช่น ลิง ค้างคาว หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า หรือสัตว์แปลกๆ มาประกอบ อาหาร	1.58	0.93	ต่ำ

จากตารางที่ 18 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเด็น การติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อต่างๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 2.65$ S.D. = 0.97) รองลงมา คือ การติดตามสถานการณ์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อที่เผยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{x} = 2.64$ S.D. = 0.82) และ การศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อต่างๆ ($\bar{x} = 2.39$ S.D. = 0.85) ในทางตรงกันข้ามพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน อยู่ในระดับต่ำ คือ การสัมผัสสัตว์ป่าที่นำเข้ามาจากต่างประเทศโดยไม่ผ่านการตรวจโรค ทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย และ การรับประทานอาหารที่ประกอบจากสัตว์ป่า เช่น ลิง ค้างคาว หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า หรือสัตว์แปลกๆ มาประกอบอาหาร โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 1.66, 1.58$ S.D. = 0.93, 0.93 ตามลำดับ

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและ
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

(n = 2,500)			
ปัจจัย	Mean	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	12.55	3.71	ปานกลาง
2. ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อ ไวรัสอีโบล่า	36.07	10.46	ปานกลาง
3. ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	18.59	2.81	มาก
4. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	6.93	3.05	ปานกลาง
5. ทศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	29.69	4.45	ปานกลาง
6. การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	20.61	2.80	ปานกลาง
7. การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	21.40	3.39	ปานกลาง
8. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	19.01	2.98	ปานกลาง

จากตารางที่ 19 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเท่านั้นที่อยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ทดสอบสมมติฐานจำนวน 2 ข้อ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการทดสอบสมมติฐานออกเป็น 2 ส่วนตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

“ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค พื้นที่พักอาศัย การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า”

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	152	47	293	918	0.682	.711
	(6.1)	(19.0)	(11.8)	(36.9)		
หญิง	280	801	489	1570		
	(11.3)	(32.2)	(19.7)	(63.1)		
รวม	432	1274	782	2488		
	(17.4)	(51.2)	(31.4)	(100.0)		
อายุ (ปี)						
15 – 25	118	328	189	635	14.794**	.022
	(4.7)	(13.1)	(7.6)	(25.4)		
26 – 45	129	452	241	822		
	(5.2)	(18.1)	(9.6)	(32.9)		
46 – 60	115	322	205	642		
	(4.6)	(12.9)	(8.2)	(25.7)		
60 ปีขึ้นไป	78	176	147	401		
	(3.1)	(7.0)	(5.9)	(16.0)		
รวม	440	1,278	782	2,500		
	(17.6)	(51.1)	(31.3)	(100.0)		

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	82 (3.3)	243 (9.7)	155 (6.2)	480 (19.2)	45.500***	.000
ภาคกลาง	54 (2.2)	273 (10.9)	153 (6.1)	480 (19.2)		
ภาคเหนือ	77 (3.1)	246 (9.8)	157 (6.3)	480 (19.2)		
ภาคใต้	114 (4.6)	198 (7.9)	168 (6.7)	480 (19.2)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	113 (4.5)	318 (12.7)	149 (6.0)	580 (23.2)		
รวม	440 (17.6)	1,278 (51.1)	782 (31.3)	2,500 (100.0)		
พื้นที่พักอาศัย						
เขตเมือง	241 (9.6)	693 (27.7)	386 (15.4)	1,320 (52.8)	5.441	.066
เขตชนบท	199 (8.0)	585 (23.4)	396 (15.9)	1,180 (47.2)		
รวม	440 (17.6)	1,278 (51.1)	782 (31.3)	2,500 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	122 (4.9)	274 (11.0)	259 (10.4)	655 (26.3)	60.747***	.000
มัธยมศึกษาตอนต้น	54 (2.2)	120 (4.8)	101 (4.1)	275 (11.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	98 (3.9)	292 (11.7)	174 (7.0)	564 (22.7)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	45 (1.8)	158 (6.4)	78 (3.1)	281 (11.3)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	117 (4.7)	428 (17.2)	167 (6.7)	712 (28.6)		
รวม	436 (17.5)	1,272 (51.1)	779 (31.3)	2,487 (100.0)		

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	84 (3.4)	198 (8.1)	174 (7.1)	456 (18.6)	53.673***	.000
รับจ้างทั่วไป	60 (2.5)	210 (8.6)	136 (5.6)	406 (16.6)		
ค้าขาย	69 (2.8)	145 (5.9)	81 (3.3)	295 (12.1)		
พนักงานบริษัท	37 (1.5)	137 (5.6)	80 (3.3)	254 (10.4)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	60 (2.5)	199 (8.1)	64 (2.6)	323 (13.2)		
ไม่ได้ทำงาน	41 (1.7)	114 (4.7)	98 (4.0)	253 (10.3)		
นักเรียน/นักศึกษา	84 (3.4)	248 (10.1)	128 (5.2)	460 (18.8)		
รวม	435 (17.8)	1,251 (51.1)	761 (31.3)	2,447 (100.0)		
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	268 (10.7)	763 (30.5)	545 (21.8)	1,576 (63.0)	21.827***	.000
10,000 – 20,000 บาท	115 (4.6)	343 (13.7)	158 (6.3)	616 (24.6)		
20,000 บาทขึ้นไป	57 (2.3)	172 (6.9)	79 (3.2)	308 (12.3)		
รวม	440 (17.6)	1,278 (51.1)	782 (31.3)	2,500 (100.0)		

จากตารางที่ 20 พบว่า อายุ ภูมิภาค การศึกษา อาชีพ และรายได้ของประชาชน มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ส่วน เพศและพื้นที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับประเภท/แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับประเภท/แหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	135	395	388	918	15.936***	.000
	(5.4)	(15.9)	(15.6)	(36.9)		
หญิง	190	805	575	1570		
	(7.6)	(32.4)	(23.1)	(63.1)		
รวม	325	1,200	963	2488		
	(13.1)	(48.2)	(38.7)	(100.0)		
อายุ (ปี)						
15 – 25	104	349	182	635	46.032***	.000
	(4.2)	(14.0)	(7.3)	(25.4)		
26 – 45	85	407	330	822		
	(3.4)	(16.3)	(13.2)	(32.9)		
46 – 60	90	278	274	642		
	(3.6)	(11.1)	(11.0)	(25.7)		
60 ปีขึ้นไป	47	174	180	401		
	(1.9)	(7.0)	(7.2)	(16.0)		
รวม	326	1,208	966	2,500		
	(13.0)	(48.3)	(38.6)	(100.0)		
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	68	214	198	480	28.161***	.000
	(2.7)	(8.6)	(7.9)	(19.2)		
ภาคกลาง	56	262	162	480		
	(2.2)	(10.5)	(6.5)	(19.2)		
ภาคเหนือ	66	209	205	480		
	(2.6)	(8.4)	(8.2)	(19.2)		
ภาคใต้	74	209	197	480		
	(3.0)	(8.4)	(7.9)	(19.2)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	62	314	204	580		
	(2.5)	(12.6)	(8.2)	(23.2)		
รวม	326	1,208	966	2,500		
	(13.0)	(48.3)	(38.6)	(100.0)		

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับประเภท/แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับประเภท/แหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
พื้นที่พักอาศัย						
เขตเมือง	160 (6.4)	653 (26.1)	507 (20.3)	1,320 (52.8)	2.614	.271
เขตชนบท	166 (6.6)	555 (22.2)	459 (18.4)	1,180 (47.2)		
รวม	326 (13.0)	1,208 (48.3)	966 (38.6)	2,500 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	77 (3.1)	248 (10.0)	330 (13.3)	655 (26.3)	60.269***	.000
มัธยมศึกษาตอนต้น	41 (1.6)	136 (5.5)	98 (3.9)	275 (11.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	88 (3.5)	291 (11.7)	185 (7.4)	564 (22.7)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	32 (1.3)	152 (6.1)	97 (3.9)	281 (11.3)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	86 (3.5)	379 (15.2)	247 (9.9)	712 (28.6)		
รวม	324 (13.0)	1,206 (48.5)	957 (38.5)	2,487 (100.0)		
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	47 (1.9)	186 (7.6)	223 (9.1)	456 (18.6)	59.971***	.000
รับจ้างทั่วไป	51 (2.1)	196 (8.0)	159 (6.5)	406 (16.6)		
ค้าขาย	50 (2.0)	139 (5.7)	106 (4.3)	295 (12.1)		
พนักงานบริษัท	31 (1.3)	127 (5.2)	96 (3.9)	254 (10.4)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	44 (1.8)	159 (6.5)	120 (4.9)	323 (13.2)		
ไม่ได้ทำงาน	32 (1.3)	109 (4.5)	112 (4.6)	253 (10.3)		

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับประเภท/แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับประเภท/แหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
นักเรียน/นักศึกษา	67 (2.7)	273 (11.2)	122 (4.9)	460 (18.8)	1.629	.804
รวม	322 (13.2)	1,189 (48.6)	939 (38.3)	2,447 (100.0)		
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	205 (8.2)	755 (30.2)	616 (24.6)	1,576 (63.0)		
10,000 – 20,000 บาท	79 (3.2)	310 (12.4)	227 (9.1)	616 (24.6)		
20,000 บาทขึ้นไป	42 (1.7)	143 (5.7)	123 (4.9)	308 (12.3)		
รวม	326 (13.0)	1,208 (48.3)	966 (38.6)	2,500 (100.0)		

จากตารางที่ 21 เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาตามประเภท/แหล่งต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนพื้นที่พักอาศัยและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาตามประเภท/แหล่งต่างๆ

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	363 (14.6)	528 (21.2)	27 (1.1)	918 (36.9)	3.144	.208
หญิง	676 (27.2)	855 (34.4)	39 (1.6)	1570 (63.1)		
รวม	1,039 (41.8)	1,383 (55.6)	66 (2.7)	2488 (100.0)		
อายุ (ปี)						
15 – 25	278 (11.1)	344 (13.8)	13 (0.5)	635 (25.4)	12.005	.062
26 – 45	326 (13.0)	481 (19.2)	15 (0.6)	822 (32.9)		
46 – 60	269 (10.8)	352 (14.1)	21 (0.8)	642 (25.7)		
60 ปีขึ้นไป	175 (7.0)	209 (8.4)	17 (0.7)	401 (16.0)		
รวม	1,048 (41.9)	1,386 (55.4)	66 (2.6)	2,500 (100.0)		
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	171 (6.8)	292 (11.7)	17 (0.7)	480 (19.2)	57.171***	.000
ภาคกลาง	153 (6.1)	318 (12.7)	9 (0.4)	480 (19.2)		
ภาคเหนือ	240 (9.6)	227 (9.1)	13 (0.5)	480 (19.2)		
ภาคใต้	203 (8.1)	260 (10.4)	17 (0.7)	480 (19.2)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	281 (11.2)	289 (11.6)	10 (0.4)	580 (23.2)		
รวม	1,048 (41.9)	1,208 (55.4)	966 (2.6)	2,500 (100.0)		

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
พื้นที่พักอาศัย						
เขตเมือง	548 (21.9)	742 (29.7)	30 (1.2)	1,320 (52.8)	1.839	.399
เขตชนบท	50.0 (20.0)	64.4 (25.8)	36 (1.4)	1,180 (47.2)		
รวม	1,048 (41.9)	1,386 (55.4)	66 (2.6)	2,500 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	273 (11.0)	353 (14.2)	29 (1.2)	655 (26.3)	20.264**	.009
มัธยมศึกษาตอนต้น	120 (4.8)	142 (6.0)	6 (0.2)	275 (11.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	247 (9.9)	312 (12.5)	5 (0.2)	564 (22.7)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	112 (4.5)	166 (6.7)	3 (0.1)	281 (11.3)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	291 (11.7)	400 (16.1)	21 (0.8)	712 (28.6)		
รวม	1,043 (41.9)	1,380 (55.5)	64 (2.6)	2,487 (100.0)		
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	199 (8.1)	243 (9.9)	199 (8.1)	456 (18.6)	12.589	.400
รับจ้างทั่วไป	169 (6.9)	229 (9.4)	169 (6.9)	406 (16.6)		
ค้าขาย	128 (5.2)	159 (6.5)	128 (5.2)	295 (12.1)		
พนักงานบริษัท	93 (3.8)	156 (6.4)	93 (3.8)	254 (10.4)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	127 (5.2)	188 (7.7)	127 (5.2)	323 (13.2)		
ไม่ได้ทำงาน	104 (4.3)	138 (5.6)	104 (4.3)	253 (10.3)		

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
นักเรียน/นักศึกษา	211 (8.6)	238 (9.7)	211 (8.6)	460 (18.8)	2.889	.577
รวม	1,031 (42.1)	1,351 (55.2)	1,031 (42.1)	2,447 (100.0)		
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	672 (26.9)	860 (34.4)	44 (1.8)	1,576 (63.0)		
10,000 – 20,000 บาท	259 (10.4)	343 (13.7)	14 (0.6)	616 (24.6)		
20,000 บาทขึ้นไป	117 (4.7)	183 (7.3)	8 (0.3)	308 (12.3)		
รวม	1,048 (41.9)	1,386 (55.4)	66 (2.6)	2,500 (100.0)		

จากตารางที่ 22 ภูมิภาค และการศึกษาของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ ส่วน เพศ อายุ ที่พักอาศัย อาชีพหลักและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ			รวม	χ^2	P-value
	ไวรัสอีโบล่า					
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	465	174	279	918	8.293*	.016
	(18.7)	(7.0)	(11.2)	(36.9)		
หญิง	862	314	394	1,570		
	(34.6)	(12.6)	(15.8)	(63.1)		
รวม	1,327	488	673	2488		
	(53.3)	(19.6)	(27.0)	(100.0)		

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
อายุ (ปี)						
15 – 25	316 (12.6)	132 (5.3)	187 (7.5)	635 (25.4)	33.117***	.000
26 – 45	476 (19.0)	159 (6.4)	187 (7.5)	822 (32.9)		
46 – 60	353 (14.1)	135 (5.4)	154 (6.2)	642 (25.7)		
60 ปีขึ้นไป	194 (7.8)	62 (2.5)	145 (5.8)	401 (16.0)		
รวม	1,339 (53.6)	488 (19.5)	673 (26.9)	2,500 (100.0)		
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	259 (10.4)	106 (4.2)	115 (4.6)	480 (19.2)	114.524***	.000
ภาคกลาง	187 (7.5)	114 (4.6)	117 (7.2)	480 (19.2)		
ภาคเหนือ	220 (8.8)	85 (3.4)	175 (7.0)	480 (19.2)		
ภาคใต้	304 (12.2)	88 (3.5)	88 (3.5)	480 (19.2)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	369 (14.8)	95 (3.8)	116 (4.6)	580 (23.2)		
รวม	1,339 (53.6)	488 (19.5)	673 (26.9)	2,500 (100.0)		
พื้นที่พักอาศัย						
เขตเมือง	678 (27.1)	286 (11.4)	356 (14.2)	1,320 (52.8)	9.123**	.01
เขตชนบท	661 (26.4)	202 (8.1)	317 (12.7)	1,180 (47.2)		
รวม	1,339 (53.6)	488 (19.5)	673 (26.9)	2,500 (100.0)		

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
การศึกษา						
ประถมศึกษา	311 (12.5)	127 (5.1)	217 (8.7)	655 (26.3)	29.618***	.000
มัธยมศึกษาตอนต้น	155 (6.2)	49 (2.0)	71 (2.9)	275 (11.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	289 (11.6)	119 (4.8)	156 (6.3)	564 (22.7)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	149 (6.0)	59 (2.4)	73 (2.9)	281 (11.3)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	426 (17.1)	132 (5.3)	154 (6.2)	712 (28.6)		
รวม	1,330 (53.5)	486 (19.5)	671 (27.0)	2,487 (100.0)		
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	240 (9.8)	79 (3.2)	137 (5.6)	456 (18.6)	43.406***	.000
รับจ้างทั่วไป	233 (9.5)	73 (3.0)	100 (4.1)	406 (16.6)		
ค้าขาย	150 (6.1)	61 (2.5)	84 (3.4)	295 (12.1)		
พนักงานบริษัท	133 (5.4)	65 (2.7)	56 (2.3)	254 (10.4)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	211 (8.6)	48 (2.0)	64 (2.6)	323 (13.2)		
ไม่ได้ทำงาน	119 (4.9)	49 (2.0)	85 (3.5)	253 (10.3)		
นักเรียน/นักศึกษา	220 (9.0)	102 (4.2)	138 (5.6)	460 (18.8)		
รวม	1,306 (53.4)	477 (19.5)	664 (27.1)	2,447 (100.0)		

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	782 (31.3)	315 (12.6)	479 (19.2)	1,576 (63.0)	34.101***	.000
10,000 – 20,000 บาท	381 (15.2)	114 (4.6)	121 (4.8)	616 (24.6)		
20,000 บาทขึ้นไป	176 (7.0)	59 (2.4)	73 (2.9)	308 (12.3)		
รวม	1,339 (53.6)	488 (19.5)	673 (26.9)	2,500 (100.0)		

จากตารางที่ 23 เพศ มีความสัมพันธ์กับ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อายุ ภูมิภาค ที่พักอาศัย การศึกษา อาชีพหลัก และรายได้ของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับทัศนคติต่อการป้องกันเรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	355 (14.3)	548 (22.0)	15 (0.6)	918 (36.9)	12.078**	.002
หญิง	716 (28.8)	837 (33.6)	17 (0.7)	1,570 (63.1)		
รวม	1,071 (43.0)	1,385 (55.7)	32 (1.3)	2488 (100.0)		
อายุ (ปี)						
15 – 25	292 (11.7)	332 (13.3)	11 (0.4)	635 (25.4)	23.334***	.001
26 – 45	386 (15.4)	430 (17.2)	6 (0.2)	822 (32.9)		
46 – 60	262 (10.5)	370 (14.8)	10 (0.4)	642 (25.7)		
60 ปีขึ้นไป	139 (5.6)	257 (10.3)	5 (0.2)	401 (16.0)		
รวม	1,079 (43.2)	1,389 (55.6)	32 (1.3)	2,500 (100.0)		
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	198 (7.9)	270 (10.8)	12 (0.5)	480 (19.2)	37.966***	.000
ภาคกลาง	175 (7.0)	301 (12.0)	4 (0.2)	480 (19.2)		
ภาคเหนือ	200 (8.0)	271 (10.8)	9 (0.4)	480 (19.2)		
ภาคใต้	206 (8.2)	269 (10.8)	5 (0.2)	480 (19.2)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	300 (12.0)	278 (11.1)	2 (0.1)	580 (23.2)		
รวม	1,079 (43.2)	1,389 (55.6)	32 (1.3)	2,500 (100.0)		

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับทัศนคติต่อการป้องกันเรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
พื้นที่พักอาศัย						
เขตเมือง	570 (22.8)	731 (29.2)	19 (0.8)	1,320 (52.8)	.572	.751
เขตชนบท	509 (20.4)	658 (26.3)	13 (0.5)	1,180 (47.2)		
รวม	1,079 (43.2)	1,389 (55.6)	32 (1.3)	2,500 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	241 (9.7)	405 (16.3)	9 (0.4)	655 (26.3)	46.593***	.000
มัธยมศึกษาตอนต้น	104 (4.2)	168 (6.8)	3 (0.1)	275 (11.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	235 (9.4)	318 (12.8)	11 (0.4)	564 (22.7)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	117 (4.7)	162 (6.5)	2 (0.1)	281 (11.3)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	378 (15.2)	328 (13.2)	6 (0.2)	712 (28.6)		
รวม	1,075 (43.2)	1,381 (55.5)	31 (1.2)	2,487 (100.0)		
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	170 (6.9)	283 (11.6)	3 (0.1)	456 (18.6)	42.797***	.000
รับจ้างทั่วไป	162 (6.6)	237 (9.7)	7 (0.3)	406 (16.6)		
ค้าขาย	114 (4.7)	173 (7.1)	8 (0.3)	295 (12.1)		
พนักงานบริษัท	117 (4.8)	135 (5.5)	2 (0.1)	254 (10.4)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	174 (7.1)	147 (6.0)	2 (0.1)	323 (13.2)		
ไม่ได้ทำงาน	93 (3.8)	157 (6.4)	3 (0.1)	253 (10.3)		

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับทัศนคติต่อการป้องกันเรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
นักเรียน/นักศึกษา	220 (9.0)	233 (9.5)	7 (0.3)	460 (18.8)	21.128***	.000
รวม	1,050 (42.9)	1,365 (55.8)	32 (1.3)	2,447 (100.0)		
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	627 (25.1)	928 (37.1)	21 (0.8)	1,576 (63.0)		
10,000 – 20,000 บาท	304 (12.2)	303 (12.1)	9 (0.4)	616 (24.6)		
20,000 บาทขึ้นไป	148 (5.9)	158 (6.3)	2 (0.1)	308 (12.3)		
รวม	1,079 (43.2)	1,389 (55.6)	32 (1.3)	2,500 (100.0)		

จากตารางที่ 24 เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา อาชีพหลักและรายได้ของประชาชน มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน ที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้การประเมินเผชิญ อันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	x ²	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	278	620	20	918	4.360	.113
	(11.2)	(24.9)	(0.8)	(36.9)		
หญิง	508	1,043	19	1,570		
	(20.4)	(41.9)	(0.8)	(63.1)		
รวม	786	1,663	39	2,488		
	(31.6)	(66.8)	(1.6)	(100.0)		
อายุ (ปี)						
15 – 25	202	423	10	635	6.320	.338
	(8.1)	(13.3)	(0.4)	(25.4)		
26 – 45	263	549	10	822		
	(10.5)	(22.0)	(0.4)	(32.9)		
46 – 60	192	441	9	642		
	(7.7)	(17.6)	(0.4)	(25.7)		
60 ปีขึ้นไป	135	255	11	401		
	(5.4)	(10.2)	(0.4)	(16.0)		
รวม	792	1,668	40	2,500		
	(31.7)	(66.7)	(1.6)	(100.0)		
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	168	305	7	480	30.347***	.000
	(6.7)	(12.2)	(0.3)	(19.2)		
ภาคกลาง	115	363	2	480		
	(4.6)	(14.5)	(0.1)	(19.2)		
ภาคเหนือ	155	316	9	480		
	(6.2)	(12.6)	(0.4)	(19.2)		
ภาคใต้	143	326	11	480		
	(5.7)	(13.0)	(0.4)	(19.2)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	211	358	11	580		
	(8.4)	(14.3)	(0.4)	(23.2)		
รวม	792	1,668	40	2,500		
	(31.7)	(66.7)	(1.6)	(100.0)		

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้การประเมินเผชิญ อันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
พื้นที่พักอาศัย						
เขตเมือง	412 (16.5)	895 (35.8)	13 (0.5)	1,320 (52.8)	7.299*	.026
เขตชนบท	380 (15.2)	773 (30.9)	27 (1.1)	1,180 (47.2)		
รวม	792 (31.7)	1,668 (66.7)	40 (1.6)	2,500 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	195 (7.8)	447 (18.0)	13 (0.5)	655 (26.3)	12.165	.144
มัธยมศึกษาตอนต้น	88 (3.5)	181 (7.3)	6 (0.2)	275 (11.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	161 (6.5)	393 (15.8)	10 (0.4)	564 (22.7)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	86 (3.5)	192 (7.7)	3 (0.1)	281 (11.3)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	256 (10.3)	448 (18.0)	8 (0.3)	712 (28.6)		
รวม	786 (31.6)	1,661 (66.8)	40 (1.6)	2,487 (100.0)		
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	144 (5.9)	300 (12.3)	12 (0.5)	456 (18.6)	15.644	.208
รับจ้างทั่วไป	109 (4.5)	290 (11.9)	7 (0.3)	406 (16.6)		
ค้าขาย	94 (3.8)	200 (8.2)	1 (0.1)	295 (12.1)		
พนักงานบริษัท	82 (3.4)	166 (6.8)	6 (0.2)	254 (10.4)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	117 (4.8)	203 (8.3)	3 (0.1)	323 (13.2)		
ไม่ได้ทำงาน	77 (3.1)	173 (7.1)	3 (0.1)	253 (10.3)		

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้การประเมินเผชิญ อันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
นักเรียน/นักศึกษา	148 (6.0)	304 (12.4)	8 (0.3)	460 (18.8)	11.202*	.024
รวม	771 (31.5)	1,636 (66.9)	40 (1.6)	2,447 (100.0)		
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	467 (18.7)	1,082 (43.3)	27 (1.1)	1,576 (63.0)		
10,000 – 20,000 บาท	223 (8.9)	382 (15.3)	11 (0.4)	616 (24.6)		
20,000 บาทขึ้นไป	102 (4.1)	204 (8.2)	2 (0.1)	308 (12.3)		
รวม	792 (31.7)	1,668 (66.7)	40 (1.6)	2,500 (100.0)		

จากตารางที่ 25 ภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พร้อมทั้งพื้นที่อาศัยและรายได้ของประชากรมีความสัมพันธ์กับตัวแปรนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพหลักของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา ต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	375	510	33	918	4.547	.103
	(15.1)	(20.5)	(1.3)	(36.9)		
หญิง	710	810	50	1,570		
	(28.5)	(32.6)	(2.0)	(63.1)		
รวม	1,085	1,320	83	2,488		
	(43.6)	(53.1)	(3.3)	(100.0)		

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา ต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ ²	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
อายุ (ปี)						
15 – 25	299 (12.0)	316 (12.6)	20 (0.8)	635 (25.4)	9.270	.159
26 – 45	342 (13.7)	460 (18.4)	20 (0.8)	822 (32.9)		
46 – 60	281 (11.2)	335 (13.4)	26 (1.0)	642 (25.7)		
60 ปีขึ้นไป	173 (6.9)	211 (8.4)	17 (0.7)	401 (16.0)		
รวม	1,095 (43.8)	1,322 (52.9)	83 (3.3)	2,500 (100.0)		
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	202 (8.1)	266 (10.6)	12 (0.5)	480 (19.2)	43.029***	.000
ภาคกลาง	165 (6.6)	299 (12.0)	16 (0.6)	480 (19.2)		
ภาคเหนือ	215 (8.6)	253 (10.1)	12 (0.5)	480 (19.2)		
ภาคใต้	211 (8.4)	253 (10.1)	16 (0.6)	480 (19.2)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	302 (12.1)	251 (10.0)	27 (1.1)	580 (23.2)		
รวม	1,095 (43.8)	1,322 (52.9)	83 (3.3)	2,500 (100.0)		
พื้นที่พักอาศัย						
เขตเมือง	543 (21.7)	740 (29.6)	37 (1.5)	1,320 (52.8)	12.131**	.002
เขตชนบท	552 (22.1)	582 (23.3)	46 (1.8)	1,180 (47.2)		
รวม	1,095 (43.8)	1,322 (52.9)	83 (3.3)	2,500 (100.0)		

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา ต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
การศึกษา						
ประถมศึกษา	273 (11.0)	362 (14.6)	20 (0.8)	655 (26.3)	15.538*	.049
มัธยมศึกษาตอนต้น	146 (5.9)	123 (4.9)	6 (0.2)	275 (11.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	247 (9.9)	291 (11.7)	26 (1.0)	564 (22.7)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	116 (4.7)	156 (6.3)	9 (0.4)	281 (11.3)		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	307 (12.3)	283 (15.4)	22 (0.9)	712 (28.6)		
รวม	1,083 (43.8)	1,315 (52.9)	83 (3.3)	2,487 (100.0)		
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	212 (8.7)	230 (9.4)	14 (0.6)	456 (18.6)	10.675	.557
รับจ้างทั่วไป	168 (6.9)	224 (9.2)	14 (0.6)	406 (16.6)		
ค้าขาย	146 (6.0)	140 (5.7)	9 (0.4)	295 (12.1)		
พนักงานบริษัท	106 (4.3)	139 (5.7)	9 (0.4)	254 (10.4)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	129 (5.3)	181 (7.4)	13 (0.5)	323 (13.2)		
ไม่ได้ทำงาน	101 (4.1)	144 (5.9)	8 (0.3)	253 (10.3)		
นักเรียน/นักศึกษา	205 (8.4)	241 (9.8)	14 (0.6)	460 (18.8)		
รวม	1,067 (43.6)	1,299 (53.1)	81 (3.3)	2,447 (100.0)		

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา ต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	682 (27.3)	845 (33.8)	49 (2.0)	1,576 (63.0)	2.671	.614
10,000 – 20,000 บาท	283 (11.3)	312 (12.5)	21 (0.8)	616 (24.6)		
20,000 บาทขึ้นไป	130 (5.2)	165 (6.6)	13 (0.5)	308 (12.3)		
รวม	1,095 (43.8)	1,322 (52.9)	83 (3.3)	2,500 (100.0)		

จากตารางที่ 26 การศึกษา พื้นที่อาศัย และภูมิภาคของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วน เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	90	373	455	918	1.565	.457
	(3.6)	(15.0)	(18.3)	(36.9)		
หญิง	153	677	740	1,570		
	(6.1)	(27.2)	(29.7)	(63.1)		
รวม	243	1,050	1,195	2,488		
	(9.8)	(42.2)	(48.0)	(100.0)		
อายุ (ปี)						
15 – 25	66	307	262	635	29.522***	.000
	(2.6)	(12.3)	(10.5)	(25.4)		
26 – 45	65	346	411	822		
	(2.6)	(13.8)	(16.4)	(32.9)		
46 – 60	60	261	321	642		
	(2.4)	(10.4)	(12.8)	(25.7)		

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
60 ปีขึ้นไป	56 (2.2)	140 (5.6)	205 (8.2)	401 (16.0)	24.492**	.002
รวม	247 (9.9)	1,054 (42.2)	1,199 (48.0)	2,500 (100.0)		
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	44 (1.8)	203 (8.1)	233 (9.3)	480 (19.2)		
ภาคกลาง	54 (2.2)	211 (8.4)	215 (8.6)	480 (19.2)		
ภาคเหนือ	62 (2.5)	195 (7.8)	223 (8.9)	480 (19.2)		
ภาคใต้	51 (2.0)	217 (8.7)	212 (8.5)	480 (19.2)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	36 (1.4)	228 (9.1)	316 (12.6)	580 (23.2)		
รวม	247 (9.9)	1,054 (42.2)	1,199 (48.0)	2,500 (100.0)		
พื้นที่พักอาศัย						
เขตเมือง	146 (5.8)	554 (22.2)	620 (24.8)	1,320 (52.8)	4.541	.103
เขตชนบท	101 (4.0)	500 (20.0)	579 (23.2)	1,180 (47.2)		
รวม	247 (9.9)	1,054 (42.2)	1,199 (48.0)	2,500 (100.0)		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	64 (2.6)	231 (9.3)	360 (14.5)	655 (26.3)	30.064***	.000
มัธยมศึกษาตอนต้น	31 (1.2)	134 (5.4)	110 (4.4)	275 (11.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	61 (2.5)	262 (10.5)	241 (9.7)	564 (22.7)		
อนุปริญญาตรี/ปวส.	25 (1.0)	110 (4.4)	146 (5.9)	281 (11.3)		

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโบล่า (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสอีโบลา			รวม	χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
ปริญญาตรีและสูงกว่า	65 (2.6)	312 (12.5)	335 (13.5)	712 (28.6)	24.929*	.015
รวม	246 (9.9)	1,049 (42.2)	1,192 (47.9)	2,487 (100.0)		
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	47 (1.9)	164 (6.7)	245 (10.0)	456 (18.6)		
รับจ้างทั่วไป	39 (1.6)	168 (6.9)	199 (8.1)	406 (16.6)		
ค้าขาย	34 (1.4)	126 (5.1)	135 (5.5)	295 (12.1)		
พนักงานบริษัท	19 (0.8)	111 (4.5)	124 (5.1)	254 (10.4)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	40 (1.6)	142 (5.8)	141 (5.8)	323 (13.2)		
ไม่ได้ทำงาน	24 (1.0)	97 (4.0)	132 (5.4)	253 (10.3)		
นักเรียน/นักศึกษา	42 (1.7)	226 (9.2)	192 (7.8)	460 (18.8)		
รวม	245 (10.0)	1,034 (42.3)	1,168 (47.7)	2,447 (100.0)		
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	156 (6.2)	656 (26.2)	764 (30.6)	1,576 (63.0)	1.797	.773
10,000 – 20,000 บาท	57 (2.3)	272 (10.9)	287 (11.5)	616 (24.6)		
20,000 บาทขึ้นไป	34 (1.4)	126 (5.0)	148 (5.9)	308 (12.3)		
รวม	247 (9.9)	1,054 (42.2)	1,199 (48.0)	2,500 (100.0)		

จากตารางที่ 27 อาชีพหลัก ภูมิภาค อายุ และการศึกษาของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 .001 และ .001 ตามลำดับ ส่วน เพศ พื้นที่พักอาศัย และรายได้ของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

“การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสอีโบล่า”

ทั้งนี้ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบสมมติฐานดังกล่าว โดยการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และได้แปลผลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

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

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

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ปัจจัย	PC	PS	TN	KL	AT	PT	CE	BH
PC	1							
PS	.538**	1						
TN	.344**	.350**	1					
KL	.314**	.139**	.250**	1				
AT	.078**	.155**	.148**	.266**	1			
PT	.167**	.092**	.255**	.344**	.268**	1		
CE	.251**	.206**	.379**	.331**	.148**	.479**	1	
BH	.400**	.579**	.286**	.117**	.247**	.108**	.261**	1

** $p < .05$

หมายเหตุ :

- PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
- PS = ประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
- TN = ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
- KL = ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
- AT = ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

PT = การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

CE = การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

BH = พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา

จากตารางที่ 28 แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ประเภท/แหล่งข้อมูล การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา โดยพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา และประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา ระดับปานกลาง ($r = .400 .579$ ตามลำดับ) ส่วน ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะคิดฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาฯ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา ระดับต่ำ ($r = .286 .117 .247 .108 .261$ ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) นั้นเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์และการตีความหมายในประเด็นที่ศึกษา โดยใช้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จะได้ข้อมูลเชิงลึกที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถที่จะเก็บได้อย่างครอบคลุม ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการประชุมกลุ่มย่อยจำนวน 5 ครั้ง ใน 5 พื้นที่ โดยมีหน่วยการศึกษา (Unit of study) ได้แก่ กลุ่มประชากรตัวอย่าง จากแหล่งต่างๆ ดังนี้ ชุมชน (ประชาชนวัยทำงาน แม่บ้าน/พ่อบ้าน ผู้สูงอายุ (บุคคลที่มีอายุ มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป)) โรงเรียน (ครู อาจารย์ นักเรียน หรือ เยาวชน (อายุ น้อยกว่า 20 ปี)) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล) หน่วยงานราชการเกี่ยวกับสาธารณสุข (อสม. จนท.รพ. จนท.รพ.สต.) ผู้บริหารหน่วยงาน (ผอ. ผอ.รพ.สต.) ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการเสริมข้อมูลเชิงปริมาณให้มีความลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะนำไปสู่การดำเนินการในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพื่อเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาต่อไป โดยหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการถอดแถบบันทึกเสียงการประชุมกลุ่มย่อย จากนั้นใช้รูปแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวแปรที่ศึกษาและประเด็นที่สำคัญเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

“โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา : รุนแรง รวดเร็ว อัตราตายสูง”

ผลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) เรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ได้ผลที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน กล่าวคือทุกฝ่ายรับรู้ข้อมูลเนื้อหาสาระต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ด้วยเหตุผลต่างๆ ดังนี้

1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย

“สถานการณ์การระบาดเริ่มจากที่ต่างประเทศ เช่น ประเทศคองโก เซียร์ราเลโอน ไลบีเรีย ประมาณนี้” และ “มันเป็นเชื้อไวรัสที่ระบาดแถบทวีปแอฟริกา”

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“สถานการณ์การเกิดโรครอยู่ในวงจำกัด แล้วทางสื่อที่ออกมาคือเห็นความรุนแรง เพราะว่าอัตราตายสูง ซึ่งดูแล้วยิ่งใหญ่มาก แต่ ณ ปัจจุบันคิดว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นควบคุมได้เนอะให้อยู่ในวงจำกัด และดูว่ามัน soft ลง” และ “คิดว่าประเทศไทยไม่อยู่ในประเทศกลุ่มเสี่ยงเพราะกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคยังสามารถคัดกรองหรือว่ามีมาตรการในการป้องกันเชื้อที่จะเข้ามาในประเทศไทยนี้ครับ” “กระทรวงสาธารณสุขหรือกรมควบคุมโรคเนี่ยยังสามารถคัดกรองหรือมีมาตรการในการป้องกันที่เชื้อจะเข้ามาในประเทศได้เนอะครับตรงนี้ และประเทศไทยยังไม่มีผู้ป่วยเกิดขึ้น”

ผอ.รพ.สต.(ภาคเหนือ)

1.2 สาเหตุ อาการ การติดต่อและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“เกิดจากการติดเชื้อไวรัสค่ะ เป็นโรคที่ร้ายแรงมากค่ะ”

นักเรียนมัธยมศึกษา (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“อาการของโรคเหมือนโรค 3 โรค คือ ไข้เลือดออก ไข้หวัด และ โรคท้องร่วง” “ผมว่าเหมือนไข้เลือดออกเนอะ มีผื่นจ้ำๆ ตามผิวหนัง”

พนักงานรักษาความปลอดภัย (กรุงเทพ)

นักเรียนอาชีวศึกษา (ภาคกลาง)

“มันอันตรายมาก และยังไม่มียาหรือวัคซีนที่ใช้ในการรักษาได้” ร่วมกับ “มีโอกาสเสียชีวิตสูง”

ครูเกษียณอายุราชการ (ภาคใต้)

“ไวรัสที่ถ้าเกิดขึ้นกับตัวแล้วมันจะเป็นอันตรายค่อนข้างมาก ผมว่ามีโอกาสเสียชีวิตถึง 90%”

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคใต้ ภาคกลาง)

“โรคติดต่อที่มาจากต่างประเทศ นะคะ ตั้งต้นจากสัตว์ แล้วติดต่อมาทางผ่านลิง สุนัข ถ้ามีการติดเชื้อแล้วต้องมีการกักบริเวณเพื่อดูอาการ”

ครูมัธยมศึกษา (กรุงเทพ)

“การติดต่อเกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง อะไรอย่างนี้ ไม่ว่าจะเป็นเลือด น้ำมูก น้ำอสุจิ”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคเหนือ)

“ตอนนี้ที่มันระบาดอยู่ เพราะว่ามีคนไปสัมผัสกับศพ”

อาจารย์เกษียณ (ภาคกลาง) คุณครู (ภาคใต้)

1.3 การรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“ยังไม่มียารักษาได้”

ที่ประชุมกลุ่มย่อยภาคกลางสรุปร่วมกัน

“ฐานะที่เป็นพลเมืองก็ต้องติดตามว่าโรคระบาดนี้เข้ามาประเทศไทยหรือยัง เพราะฉะนั้น ช่องทางที่สำคัญที่สุดคือต้องติดตามข่าวสาร”

อาจารย์เกษียน (ภาคกลาง)

“ส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพคือภาคประชาชน ซึ่งตัวประชาชนเองที่จะต้องดูแลสุขภาพของตนเอง แม้โรคภัยจะเข้ามา ถ้าสุขภาพไม่ดี อาจจะเป็นโรคอย่างอื่นก็ได้”

อาจารย์(ภาคกลาง)

“ส่วนภาคราชการ คือ ต้องส่งข่าวสารให้กับประชาชนในประเทศได้ทราบอย่างรวดเร็ว”

อาจารย์เกษียน (ภาคกลาง)

“คอยฟังข่าวอยู่เรื่อยๆ ว่าเขาถึงไหนแล้ว ยังไง เพื่อที่จะได้หาทางป้องกันในอีกระยะหนึ่ง”

อาจารย์(ภาคกลาง)

ในเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า พบว่ามีบางส่วนที่คิดว่าการติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า คือ การติดต่อทางการหายใจ ร่วมกับมีบางส่วนที่กล่าวถึง เรื่องการป้องกันโรค โดยจะปฏิบัติตามหลัก “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ”

2. ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“สื่อสารผ่านสื่อหลากหลาย”

ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็นข้อมูลเกี่ยวกับชนิดหรือแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคล ที่ประชาชนได้รับ ผลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ได้ผลที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน กล่าวคือประชาชนรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อมวลชนเป็นส่วนมาก โดยแหล่งที่ได้รับ คือ โทรทัศน์ วิทยุ ตามลำดับ ผลการสนทนากลุ่ม มีข้อมูลที่ยืนยันการได้รับข่าวสารจากสื่อ ประเภทต่างๆ ดังนี้

2.1 ประเภทสื่อมวลชน

“ทีวีครับ เป็นช่วงเช้า และก็ช่วงค่ำครับ”

“ทีวีคะ ส่วนมากอยู่ในข่าวต่างประเทศ”

“อ่านหนังสือพิมพ์ครับ”

“วิทยุครับ”

“ผมเคยเห็นแต่ในโทรทัศน์ครับ แล้วก็ฟังข่าวจากทางเสียงตามสาย ”

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

2.2 สื่อเฉพาะกิจ

“เข้าเว็บเลย เข้า Google ”

นักศึกษาอาชีวศึกษา (ภาคกลาง)

“ประชาสัมพันธ์ให้กับทางตำบลได้รับทราบ อาจผ่านหลายช่องทาง ไม่ว่าจะเป็น ของ อบต. อบต. ผู้นำชุมชน ผู้นำอสม. หรือทางโรงเรียน ส่งเสริมให้กระจายข่าวผ่านการใช้หอกระจายข่าวของชุมชน”
ผอ.รพ.สต.(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“ป้ายประกาศจะเห็นในโรงพยาบาลเวลาไปหาหมอ”

คุณครู(ภาคกลาง)

“การใช้แผ่นไวนิล ติดข้างทางผมว่าได้ ผลน้อยแต่ถ้าเป็นถนนเล็กๆ ในหมู่บ้านนี้ น่าจะได้ผลนะ เพราะประชาชนเดิน และถนนใหญ่น่าจะไม่มีใครเดินเพราะอันตราย”
อดีตครูเกษียณ(สุพรรณบุรี)

2.3 สื่อบุคคล

“ประชาสัมพันธ์ผ่าน อสม. โดยใช้สื่อแผ่นพับที่ได้มาจากของ สคร”

ผอ.รพ.สต.(ภาคเหนือ ภาคกลาง)

“สมมุติว่ามีสื่ออะไรมา เราจะประชาสัมพันธ์ผ่านทาง อสม. หรือผู้นำชุมชน และให้ออกเสียงตามสายในโรงเรียน นั้นหมายความว่า สื่อที่ได้มาจะมอบหมายให้แต่ละส่วนช่วยกันประชาสัมพันธ์เพื่อเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคนี้ค่ะ” ร่วมกับ “การประชุมของ อสม. โดยให้อสม. ที่รับผิดชอบช่วยกระจายข่าว”
ผอ.รพ.สต.(ภาคเหนือ ภาคกลาง)

“คุณครูก็ต้องประชาสัมพันธ์ผ่านทางนักเรียน เพื่อไปรู้รอบครอบครัวนะค่ะ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบก็ต้องประชุมชี้แจงกับชุมชน”

คุณครู(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“ประชุมทุกเดือนของ อสม. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบผ่านทาง การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านอย่างนี้ เราๆ จะมีระดับตำบลอย่างผมมีทุกต้นเดือน ก็จะนำเรื่องนี้ เรื่องสถานการณ์ไปชี้แจง เรื่องของ...ด้านป้องกัน ก็ชี้แจงเช่นกัน”

สสอ.(ภาคเหนือ)

นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้วยังพบว่า ประเภทของสื่อและการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีความแตกต่างกัน ทั้งในระดับของชุมชน บุคคล และ การปฏิบัติหน้าที่ โดยชุมชนชนบทพบว่ามีการใช้สื่อบุคคลประชาสัมพันธ์เป็นส่วนมาก ต่างจากชุมชนเมืองที่ได้รับสื่อจากสื่อมวลชนจากหลากหลายแหล่ง

3. ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“กระจายข่าว เข้าใจง่าย ทันทีที่มีประโยชน์”

ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในทัศนะของประชาชนพบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็นโรคที่มีความรุนแรงทำให้เกิดอัตราการตายสูง โดยทั่วไปประชาชนรับรู้ว่ามีโรคนี้อันตราย การติดตามข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ จึงมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน จากผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีการนำเสนอ

ข้อมูลข่าวสารที่น่าสนใจ มีความถูกต้อง เข้าใจง่าย ข้อมูลต่างๆ มีความเพียงพอต่อการรับรู้และเข้าใจ ร่วมกับการนำเสนอข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้ทันเวลา ทั้งนี้มีข้อมูลที่ช่วยยืนยันการได้รับข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ ดังนี้

“สนใจติดตามยังงีๆจะเป็นสื่อทีวี ส่วนใหญ่มาจากสื่อทีวี ซึ่งมีประโยชน์มากโดยเฉพาะข่าว เข้ากับข่าวเย็น”

ผู้สูงอายุ (ภาคใต้)

“ความจริงว่าในเชิงประชาสัมพันธ์ทำอะไรให้เรามองเห็นภาพพจน์ว่านี่ละ “อีโบล่า” ผมก็มองไม่ออกหรอก ผมก็ได้แต่รู้ทฤษฎี ฝากไว้ว่าถ้าอยากจะทำให้ยั่งยืนทำอะไร ค่อยๆ เป็น step step ไม่ใช่พอถึงใกล้เวลา... ราชการพอใกล้เดือนกันยายนก็ประชุมกันเต็มที่เลยเพื่อให้งบมันหมด ”

ผู้จัดรายการวิทยุชุมชน(ภาคกลาง)

“เรามีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอยู่แล้ว แต่การเผยแพร่ก็มีลักษณะหลายประการ คือ การใช้สื่อทีวี จะเห็นได้จาก ข่าวกรมควบคุมโรค จากผู้ใหญ่ หรือผู้บริหาร นำมาพูดออกสื่อ ส่วนท้องถิ่นใช้ วิทยุชุมชนซึ่งมีเครือข่ายทุกอำเภอ ”

อาจารย์เกษียณ (ภาคกลาง)

“ถ้ามุมมองของผมก็คือ การให้ความรู้นะ การเฝ้าระวังยังงั้นคนในพื้นที่ก็จะเพียงพอ แล้วสื่อ ก็ควรจะสั้นๆ เนอะ สั้นๆ กระชับนะครับ กระชับ บางทีมียาวไปเนี่ยชาวบ้านฟังไม่รู้เรื่องนะครับ”

ผอ.รพ.สต.(ภาคเหนือ)

“ในฐานะประธานชมรมผู้สูงอายุ คิดว่าได้รับเนื้อหาสาระหรือความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามากพอสมควร ผ่านสื่อทางหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งส่วนตรงนี้ได้เอาไปกระจายข่าวให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ เพื่อเป็นการป้องกัน ”

ประธานชมรมผู้สูงอายุ(ภาคเหนือ)

“ในเรื่องสื่อครับผม เห็นว่าสื่อที่มันจับต้องได้เนอะ พวกแผ่นพับ โปสเตอร์ หรือว่าป้ายไว้นิลที่ประชาสัมพันธ์ไว้เนี่ย ผมว่ามันยังน้อยไป ส่วนใหญ่ชาวบ้านเข้ามาจะดูข่าว”

ผอ.รพ.สต.(ภาคเหนือ)

“การสนับสนุนมาจากกระทรวง จากกรมควบคุมโรค ผมว่าตอนนี้มันน้อยอยู่ อาจเป็นเพราะว่ามันยังไม่เกิด case ในประเทศไทย หรือเปล่า มันก็เลยมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคเหนือ)

“สื่อที่เอาไปแปะไว้ที่เว็บ ให้สามารถ Downloads ได้ คือ ตรงนี้มันเป็นที่คนสนใจ และ ผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่จะเอาไปใช้ สะดวกสำหรับบุคคลที่ต้องการสื่อไปประชาสัมพันธ์ แต่ การรับรู้ของชาวบ้าน ผมว่าเน้นว่าอยากให้ออกทีวีในช่วงที่คนสนใจเยอะๆ เช่นตอนเช้า ผ่านช่อง 2 ”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคเหนือ)

“ผมคิดว่าวงการแพทย์ เรามีความเก่ง กระตือรือร้น เมื่อมีสถานการณ์ไม่ดีหรือมีภาวะโรคเข้ามา ก็จะมีวิธีการกระจายข่าวณะครับ เราสำคัญที่สุด คือ ตัวเราต้องติดตามข่าวสารให้เร็วมาก แล้วเรามั่นใจว่า รัฐบาลหรือฝ่ายผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องท่านรวดเร็วเรื่องนี้อยู่แล้ว”

อาจารย์(ภาคกลาง)

“ผมมั่นใจว่าถ้ามีเหตุการณ์เกิดโรคระบาด ทางราชการของเราก็จะเน้นเรื่องนั้นๆ อยู่แล้ว กระจายข่าวอย่างทันทั่วทั้งที่ผมมั่นใจ”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคเหนือ)

4. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

“ความรู้สู่การปฏิบัติ”

ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา เป็น ความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อและการแพร่ระบาด อาการอาการแสดง การรักษา และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ผลการสนทนากลุ่ม มีข้อมูลที่ช่วยยืนยันเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ในประเด็น ต่างๆ ดังนี้

4.1 สาเหตุของโรคติดเชื้อไวรัส โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

“เกิดจากเชื้อไวรัส ใช้เกิดจากเชื้อไวรัส” (ทุกคนพยักหน้าพร้อมกัน)

การประชุมกลุ่มย่อยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

“ขอใช้คำว่า สันนิษฐานว่า การที่คนแอฟริกาที่ไปเอาสัตว์ป่ามากิน สุกๆ ดิบๆ อะไรอย่างนี้ มากินดิบ แล้วก็สัตว์นั้นละ มีเชื้อไวรัสอีโบลายู่ มันก็เลยเข้าสู่ร่างกาย น่าจะคือลิงป่า (ลิงกินกล้วยนะครับ) อันนี้จากข้อมูลวิชาการ”

ผอ.รพ.สต.(ภาคเหนือ)

“เท่าที่ผมดูข่าวนะ ก็เคยศึกษาเบื้องต้นก็คือเป็นไวรัสที่มีอยู่ในลิง แล้วก็ค้างคาวซึ่งจะเป็นพาหะ โดยไวรัสตัวนี้ไม่ทำร้ายสัตว์พวกนี้ แต่เมื่อแพร่สู่คนแล้วจะทำร้ายอันตรายกับคนได้”

พนักงานรักษาความปลอดภัย(กรุงเทพ)

4.2 การติดต่อและการแพร่ระบาด

“ติดต่อจากสารคัดหลั่งละ จาก น้ำมูก น้ำลาย น้ำเหลือง น้ำเลือด น้ำอสุจิ แต่ดีที่ไม่ติดต่อทางอากาศ”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคกลาง)

“การไปสัมผัสกับศพที่เสียชีวิต”

ผอ.รพ.สต.(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“ดาวน์โหลดข้อมูลในอินเทอร์เน็ตมาดูค่ะ พบว่ามันติดต่อทางสารคัดหลั่ง ซึ่งไม่ใช่ระบบทางเดินหายใจ และไม่ใช้ระบบทางเดินอาหาร”

ผอ.รพ.สต.(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“การติดต่อที่สำคัญคือ การสัมผัสที่เชื่อติดอยู่แล้ว น้ำลาย น้ำมูก การสัมผัส และการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้เข็มร่วมกัน ด้วยค่ะ” และ “ที่อ่านในหนังสือ พบว่าถ้าคนที่เสียชีวิตแล้วเราไปสัมผัส ศพก็มีโอกาสติดเชื้อได้”

นักเรียน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

4.3 อาการและอาการแสดงโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“อย่างที่ผมบอกตอนต้นว่า ลักษณะของโรคจะแสดงอาการ 3 โรคอยู่ในตัวเดียวกันก็มีทั้งเรื่อง อหิวาต์ ใช้เลือดออก และไข้หวัด นี่คือการการอาการแสดงของโรค” “อาการก็ พบว่า มีไข้สูงเฉียบพลัน มีอาเจียน มีผื่นขึ้นตามตัว”

ครูมัธยมศึกษา (กรุงเทพมหานคร)

4.4 การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“เนื่องจากว่าเลือดมันออกข้างในครับ เราไม่ทราบ แล้วก็อาการของโรคนั้นไม่ได้บ่งบอกว่านี่คืออีโบล่า การรักษามันก็กันไปแบบตามอาการ” และ “ยังไม่มีวัคซีนในการป้องกันโรคนี้ค่ะ”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

4.5 การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“ติดตามข่าวสารสถานการณ์ของโรค เฝ้าระวัง ให้ความรู้ แล้วก็ค้นหาบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น เฝ้าระวัง คนที่มาจากต่างแดน”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคเหนือ)

“การรับประทานอาหาร เราก็อย่าไปทานของที่มันไม่สุก ประเภทเนื้อสัตว์ เราต้องรู้ว่าอะไรควรทาน อะไรไม่ควรทาน เรื่องอาหารก็สำคัญ อย่าไปเห็นแต่ว่า “สนุกปากอยากทาน” พวบนั่นก็ไม่ดีค่ะ”

ประธานผู้สูงอายุ(ภาคเหนือ)

“ป้องกันในเบื้องต้น คือ การดูแลตัวเองแล้วก็ต้องคอยฟังข่าวอยู่เรื่อยๆ ว่าเขาถึงไหนแล้วอย่างไร เพื่อจะได้หาทางป้องกันได้อีกระยะหนึ่ง”

คุณครู (กรุงเทพมหานคร)

“ก็หมั่นล้างมือ เวลามีการใช้สื่อก็ให้ไปพบแพทย์ ค่ะ”

นักเรียน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ส่วนใหญ่ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อ และการแพร่ระบาด อาการอาการแสดง การรักษา และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีบางประเด็นที่พบว่าการเข้าใจยังไม่ถูกต้อง เช่น “สาเหตุของการติดเชื้อไวรัสอีโบลามันน่าจะมาจากพวกยุง ที่กัดเรา” “การป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ก็ตามหลักเลยคือ กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ซึ่งหลักการป้องกันที่กล่าวนี้เป็นหลักในการป้องกันโรคโดยทั่วไป

3.5 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“ไกลตัว น่าจะเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุข”

ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็น ความรู้สึก ความเชื่อ การตอบสนอง เกี่ยวกับการโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนทั่วไป รวมทั้งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งจากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า พบว่ามีทั้งทัศนคติที่ถูกต้อง และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ซึ่งในประเด็นทัศนคติที่ถูกต้องนั้นกลุ่มตัวอย่างมองว่าการป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ดีที่ทุกคนควรปฏิบัติ เพราะคิดว่าโรคดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์เพื่อการป้องกันได้ทันทั่วทั้ง

“คือจริงๆ ไม่ทราบนะจะว่าการป้องกันโรคอีโบล่าจริงๆ สำหรับโรคนี้ต้องทำอะไร คือจะเข้าใจเหมือนน้องไนน์ (นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น) ว่าต้องป้องกันตนเอง ดูแลตนเอง แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคงต้องเพิ่มในเรื่องการคอยฟังข่าวเรื่อยๆ ว่าเขาถึงไหนแล้ว ยังไงแล้ว เพื่อที่จะได้หาทางป้องกันในอีกระยะหนึ่ง”

ครูชั้นมัธยมศึกษา (กรุงเทพมหานคร)

“สำหรับบ้านนั้นมันก็เหมือนโรคทั่วๆ ไป ถ้าเรารู้จักวิธีการป้องกัน วิธีการรักษาก็ไม่น่ากลัวอย่างที่คิด คืออย่างนี้นะคะจะไม่น่ากลัว ถ้าเรารู้จักวิธีการป้องกัน”

ครูเกษียณอายุราชการ (ภาคเหนือ)

“การระแวงคนผิวดำนั้นว่าตัวเขามีโรคหรือไม่นั้น ใช้ว่าจะบอกเลยว่าคนผิวดำจะมีโรคทุกคน เราก็ต้องศึกษาก่อนว่าคนๆ นั้นมาจากประเทศที่มีการระบาดหรือไม่ ไม่ใช่ว่าเห็นคนดำมาแล้วจะเป็นโรคทุกคน ไม่ใช่ค่ะ” เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่นเห็นด้วยที่ว่า “พูดถึงอีโบล่าใช้ไหมคะ ก็นี่ถึงโรคที่มันกำลังระบาดอยู่ในขณะนี้ ถามว่าไกลไหม ไม่ไกลนะคะ แต่ถ้าถามว่าติดต่อยากไหม ติดต่อก่อนข้างยาก เพราะจากสารคดีหลัง ดังนั้น เมื่อเรารู้อย่างนี้ก็สบายมากเพราะเราไม่ติดต่อกับผู้ป่วยอยู่แล้ว เพราะไม่มีผู้ป่วยในประเทศไทย”

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ส่วนในประเด็นที่ไม่ถูกต้องนั้นถึงแม้ว่าจะทราบการแพร่ระบาดของโรคว่ายังไม่เกิดการระบาดเข้าสู่ประเทศไทยแต่ก็เกิดความกลัวมาก เช่น หากเกิดพบเจอกับคนผิวดำก็จะคิดว่ามาจากประเทศแอฟริกาและคิดว่าทุกคนน่าจะมีโรคหมด พร้อมกันนั้นยังพบว่าอยากให้วัคซีน ยารักษา และคิดว่าโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ายังไกลตัว ทำให้การป้องกันเป็นสิ่งที่ยังไม่มีคามจำเป็น ร่วมกับความเชื่อมั่นว่ากระทรวงสาธารณสุขมีการป้องกันโรคได้ดีอยู่แล้ว การป้องกันโรคจึงเป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ดูแลและรับผิดชอบในประเด็นดังกล่าว

“พูดจากใจจริงเลยนะครับ ผมเจอคำๆ อยู่ใกล้ๆ นะ ผมบอกกับลูกกับเมียเลยว่า ถ้าเจอคนดำหนอยพยายามอย่าใกล้ เพราะไม่แน่ใจว่าเขาจะมาจากประเทศอะไร”

ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น (ภาคกลาง)

“หนูว่ามีโอกาสแค่ 10% เพราะว่าประเทศที่เป็นอีโบลามันอยู่ไกลจากประเทศไทยมากค่ะ แล้วโอกาสติดก็มีน้อยมาก” นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร่วมกับประธาน อสม. ให้ข้อมูลว่า “ก็คิดว่าไม่มีผลนะเพราะว่ามันอยู่ห่างไกลเราเยอะมาก แต่ถามว่าแต่เราป้องกันได้ทัน เราก็กป้องกันตัวเองได้ ล้างมือ ล้างอะไร ให้ความสำคัญความสะอาดแก่ตัวเรา แต่จริงๆ มันไกลกันเยอะมาก” “ใช่ ใช่ (ผู้นำชุมชนพยักหน้า) เพราะมันอยู่ต่างประเทศ มาประเทศไทยก็ยาก มันยากอยู่นะครับและผมคิดว่าควรระวังวัคซีน เพราะวัคซีนก็คือยาป้องกันโรคชนิดหนึ่งนะครับ คือวัคซีนป้องกันโรคอีโบลานี้ถ้ามันมีเราจะป้องกันหมด ประชาชนไทยต้องฉีดให้หมด เพราะจะได้ไม่เป็นคน แต่ตอนนี้ไม่แน่ใจว่ามีวัคซีนหรือยัง” ผู้นำชุมชน

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“อยากให้มีการรักษา ไม่อยากให้มันแพร่ระบาด พอมันแพร่ระบาดคนก็จะตายเยอะ อยากให้มีการรักษาครับ”

ประชาชนทั่วไป (กรุงเทพมหานคร)

“สำหรับผมแล้วนั้นผมมีความเชื่อมั่นในกระทรวงสาธารณสุขที่จะสามารถดูแลไม่ให้โรคเข้ามาได้ประเทศได้โดยง่าย หรือเข้ามาแล้วก็น่าจะสามารถควบคุมโรคได้ดี ดังนั้นโรคนี้อาจจะน่ากลัว แต่ผมเชื่อมั่นในกระทรวงสาธารณสุขครับ ไม่น่าจะเป็นโรคนี้ได้ง่าย”

ครูเกษียณอายุราชการ (ภาคกลาง)

3.6 ปัจจัยด้านการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“กลัวนะ อันตรายนะ แต่ไม่น่ามีโอกาสที่จะเป็น”

การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็น การเปิดรับข่าวสาร เพื่อจดจำ และมีความเข้าใจต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและอันตรายที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อันเนื่องจากข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ ส่วนใหญ่จะนำเสนอในประเด็นความรุนแรงของการเกิดโรคที่จะส่งผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตที่ส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่เป็นแล้วต้องเสียชีวิต ไม่มียารักษา พร้อมกันนั้นยังมีการเปรียบเทียบกับโรคที่เป็นอันตรายเช่น โรคมะเร็ง โรคอหิวาตกโรค เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า แต่สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนั้น กลุ่มตัวอย่างไม่คิดว่าตนเองจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพราะยังคิดว่าโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลานั้น อยู่ไกลตัว และประกอบกับมีความคิดว่า กระทรวงสาธารณสุขมีการป้องกันที่ดีแล้ว ดังนั้นโรคไม่น่าจะเข้ามาในประเทศไทยได้

“สำหรับตัวผม เชื่อนี้ถ้าเกิดขึ้นกับตัวแล้วมันจะเป็นอันตรายค่อนข้างมากผมว่ามันมีโอกาสถึง 90% ที่จะมีโอกาสเสียชีวิต ก็ถือว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและอันตรายเลยทีเดียว”

นักเรียนอาชีวศึกษา (ภาคกลาง)

“สำหรับหนูแล้วอีโบลานี้ะนี่ถึงโรคมะเร็งคะ คิดว่ามันเป็นโรคร้ายแรง และแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว”

นักเรียนชั้นมัธยมต้น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“คิดถึงพวกต้องร่วนจะกะ พวกอหิวาอย่างนี้กะ เพราะว่าโรคมันเกิดในแถบแอฟริกาอะ แถบนั่นเขาไม่ได้มีความเจริญด้านสาธารณสุข คิดว่าพวกนี้นั้นมากับน้ำ ระบาดเร็วและอันตรายถึงชีวิต”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“อีโบล่าเป็นโรคที่ร้ายแรงมากนะกะ เกี่ยวกับการพูดคุยก็ยังติดเลย” นักเรียนชั้นมัธยมต้น และผู้สูงอายุชายก็ยังเห็นด้วยว่า “เป็นโรคที่ติดต่อยุ่แรง ใครเป็นแล้วก็ส่วนมากมักจะไมรอด” พร้อมทั้ง ครูโรงเรียนมัธยมศึกษาได้กล่าวว่า “ตอนแรกที่ได้ยินข่าวนี้คิดว่ามันไกลตัว เพราะว่ามันอยู่แต่แอฟริกา แต่ว่าพอได้ยินข่าวมาเรื่อยๆ มันใกล้มาทางเอเชียมากยิ่งขึ้น ก็คิดว่า เออ โรคมันระบาดมาเร็ว ก็คิดว่าถ้าเกิดโรคนี้มันแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยก็คิดว่าน่ากลัว เพราะเห็นด้วยว่าเป็นโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิต”

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคใต้)

“คิดว่าประเทศไทยยังไม่ใช่อยู่นะในประเทศที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเนี่ยยังสามารถคัดกรองหรือว่ามีมาตรการในการป้องกันที่เชื่อจะเข้ามาในประเทศได้ดึ้นะครับตรงนี้ แล้วประเทศไทยก็ยังไม่ผู้ป่วยเกิดขึ้น หรืออาจจะมึที่ว่ามีข่าวลืออะไร แต่ว่าสรุปแล้วมันก็ยังไม่มี เราถึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย” เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุขเห็นด้วยว่า “ประชาชนให้ความสนใจในระยะแรกๆ นะครับ แต่พอสถานการณ์มันควบคุมได้ ทำให้ประชาชนก็ว่า เอ๊ะ รู้สึกว่าทางด้านภูมิศาสตร์มันอยู่ไกลจากประเทศเรา ทำให้ประชาชนไม่สนใจและคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงแล้ว” นักวิชาการสาธารณสุข

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคเหนือ)

“เท่าที่ป่าฟังจากวิทยุ โรคมันยังมาไม่ถึงประเทศเราด้วยซ้ำ มันอยู่ไกล แล้วอีกอย่างหนึ่งก็การติดต่อก็ไม่ใช่ว่าจะติดต่อกันได้ง่ายๆ ดังนั้นสำหรับประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุอย่างป้านี้ธรรมดาอะคะ”

ครูเกษียณอายุราชการ (ภาคเหนือ)

“เหตุผลที่คิดว่าโรคอีโบล่าไม่ส่งผลกระทบก็ ผมคิดว่าเรายังอยู่ไกลจากสถานการณ์โรคที่ระบาดครับ ล่าสุดก็อยู่ที่เอเชีย แต่ยังไม่ถึงประเทศไทย และอีกอย่างที่มากะสัตว์ เราก็ไม่ได้สัมผัสกะสัตว์ ดังนั้นมันคงไกลตัวและคงไม่เสี่ยงมาก” ครูปกครอง และครูเกษียณอายุราชการให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “คือผมคิดว่าในยุคปัจจุบันไม่มีคำว่าใกล้หรือไกลหรอกครับ เพียงแต่ว่ามันใจในรายการของเราว่าหลายๆ หน่วยงานก็ร่วมมือกันป้องกันอย่างนี้กันดีแล้ว จึงคิดว่าไม่น่าจะมีปัญหา”

การประชุมกลุ่มย่อย (กรุงเทพมหานคร)

3.7 ปัจจัยด้านการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“มั่นใจ ไม่มั่นใจ ขึ้นอยู่กับลักษณะบุคคล”

การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็น การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และ การรับรู้ของประชาชนทั่วไปถึงความคาดหวังว่าเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร และ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อที่รุนแรง จะสามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้ พบว่า สำหรับกลุ่มที่มีพื้นฐานการศึกษาดีและมีหน้าที่การทำงานที่ดีจะมีการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เห็นได้จาก จะเชื่อมั่นว่าตนเองนั้นสามารถเข้าถึงและค้นหาแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และคาดหวังว่าจะนำมาสู่การป้องกันโรคติดเชื้ออีโบล่าได้ด้วยตนเอง

“ผมก็ศึกษาและเตรียมตัวมากขึ้น ก็ต้องหาข้อมูลการป้องกันเพิ่มเติม สำหรับผลแล้วผมว่าผมทำได้นะ แต่ประเทศไทยนั้นมันจะไม่กระตือรือร้นมากนักเพราะว่าหลังจากที่มีข่าวครีกรโครมก็จะเริ่มชาลงเป็นแบบนี้เกือบจะทุกเรื่องเลย” แล้วที่อาจารย์ศึกษาข้อมูลต่างๆ นั้นเพื่ออะไร (นักวิจัยถามต่อ) “เพื่อจะได้ต้องเตรียมรู้และรู้เท่าทันว่า จะต้องทำอะไรต่อไปครับ” ครูเกษียณอายุราชการ “คะ (พยักหน้า) ก็ก่อนอื่นคงต้อง Search หาวิธีการป้องกันตัวเองก่อนเลย แล้วก็เออ อาจจะติดตามข่าวสารเรื่อยๆ ว่าถึงไหนแล้วอะไรอย่างนี้ ก็คิดว่าน่าจะทำได้แหละคะ” ครูมัธยมศึกษา

การประชุมกลุ่มย่อย (กรุงเทพมหานคร)

แต่สำหรับกลุ่มบุคคลทั่วไปนั้นไม่มั่นใจว่าตนเองจะเข้าสู่แหล่งข้อมูลได้ เพราะโดยส่วนใหญ่ไม่ได้มุ่งเน้นที่จะรับฟังข่าวเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยเฉพาะแต่จะเผชิญที่จะได้ยินได้ฟังมาเพียงเท่านั้น

“ส่วนใหญ่ก็คงอยู่ในข่าวต่างประเทศแต่ผมไม่ได้ตั้งใจหรือติดตามข่าวสาร ส่วนมากจะลอยเข้ามา” ผู้สูงอายุ “ใช่คะ (พยักหน้า) ปกติก็ไม่ได้ค้นหาข้อมูลและก็ไม่แน่ใจว่าจะหาข้อมูลที่ไหน อีกอย่างมันยังอยู่ไกลเรามาก คือสำหรับพี่ถ้าไม่ได้เข้ามาทำกลุ่มวันนี้ บางอันพี่ก็ไม่รู้แหละคะ”

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคใต้)

3.8 ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

“ประชาชนไม่ทำ แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำอย่างเข้มข้น”

การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็น การแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การไม่สัมผัสสัตว์ป่าที่นำเข้ามาจากต่างประเทศโดยไม่ผ่านการตรวจโรค การไม่รับประทานอาหารที่ประกอบจากสัตว์ป่า หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า และการป้องกัน/การเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง ซึ่งพบว่า ในกลุ่มคนที่มียุทธศาสตร์ในการดูแลประชาชนนั้นจะมีพฤติกรรมในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อาทิเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ หรือผู้นำชุมชน เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่งจะค้นหาตามสื่อต่างๆ

“ของผมนึกจะไปกรมควบคุมโรคเนี่ยละครับ แล้วก็ไปดูเรื่องของสถานการณ์โรค ก็จะไปที่สำนักโรคอะไรอย่างเนี่ยละครับ แล้วก็ดูเว็บ สสจ. ด้วยประกอบกัน ก็ๆ จะมาวิเคราะห์แล้วก็ตัดในบางส่วน ถ้าบางอย่างยาวเกินไปอะไรอย่างเนี่ยละครับ เราก็จะกรองๆ ดูก่อนว่า แนวโน้มจะเป็นอย่างไร อะไรยังไง”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคเหนือ)

“เพราะว่าเราต้องให้ความรู้แก่ประชาชนเนอะ แล้วเราจึงเริ่มศึกษา เริ่มดาวโหลดข้อมูลในอินเทอร์เน็ตมาดูนะค่ะ ปรากฏว่าการติดต่อมันติดต่อกับสารคดีหลัง ซึ่งมันไม่ใช่ระบบทางเดินหายใจที่เข้าใจ ไม่ใช่ระบบทางเดินอาหาร” นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชนเห็นด้วย “อย่างผมเป็นผู้นำชุมชน ผมต้องหมั่นติดตามข่าวสารทางโทรทัศน์ หรือทางสาธารณสุขเพื่อนำมาส่งต่อให้กับลูกบ้านให้ลูกบ้านได้รู้ จะได้ป้องกันได้ทันครับ” ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “คิดว่าโดยส่วนมากแล้วก็กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือนะค่ะ หรืออย่างที่กำลังน่าเรียนไปคือการติดตามข่าวสารข่าวสารเรื่อยๆ แต่ที่สำคัญที่สุดถ้าเกิดเราติดตามข่าวสารแล้วเกิดมีการระบาด หรือมีคนนำเชื้อเข้ามาติด คือให้หลีกเลี่ยงพื้นที่นั้นคะ โดยส่วนมากก็แนะนำแบบนี้ แล้วก็ส่งข้อมูลต่อ ไม่ว่าจะเป็นทางด้าน โรงเรียน อสม. ผู้นำชุมชน อย่างนี้ละคะ”

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“คือเมื่อเรารู้ว่ามันมีการแพร่จากประเทศอื่นอย่างนี้ เราก็ต้องระมัดระวังเรื่องนี้แล้วติดตามข่าวสาร ก็มั่นใจ ผมขอพูดซ้ำอีกครั้งว่ามันใจในหน่วยงานราชการของไทยนะว่าทุกหน่วยงานเนี่ยมีการป้องกันอย่างดี ดังนั้นหน้าที่ของเราคือรับฟังข่าวสารอยู่เสมอ และขณะเดียวกันต้องดูแลสุขภาพของตนเองด้วย” ครูเกษียณอายุราชการ “เห็นด้วยครับ (ครูปกครองพยักหน้า) ก็อย่างที่อาจารย์ท่านแจ้งก็คือการติดตามข่าวสาร เพื่อจะได้ทราบว่า เออ ลักษณะของโรคเนี่ย สถานการณ์ไปถึงไหน การรักษาหรืออะไรต่างๆ ที่เราจะต้องเรียนรู้ และจะต้องปฏิบัติตัวครับ” ครูปกครอง

การประชุมกลุ่มย่อย (กรุงเทพมหานคร)

“กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ยังช่วยได้เสมอ”

ในพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลานั้น ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ยังคิดถึง Key Message “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ที่มั่นใจว่าจะสามารถช่วยในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้

“ก็ถึงตอนนี้ก็คือประเทศไทยยังไม่ระบาด แต่คิดว่าประชาชนทุกคนน่าจะจะมีเกี่ยวกับสุขบัญญัติของตนเอง อย่างเช่นว่าทำบัญญัติ 10 ประการ หมายถึงว่าเขาดูแลสุขภาพตัวเอง ดูแลสิ่งแวดล้อม ดูแลเสื้อผ้า ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ คือเขาต้องทำเป็นประจำ เพราะหากเกิดโรคระบาดมาอย่างน้อย ตรงนี้เขาสามารถจะป้องกันตนเองได้ว่า อ้อ เมื่อกี้ไปจับมือคนนั้นมาโดยที่ไม่รู้หรือว่าเขาไม่เชื่อหรือไม่มีเชื้อ เพราะตอนนี้โรคระบาดเกี่ยวกับเชื้อไวรัสมันมีเยอะมาก” พยาบาลวิชาชีพ “เห็นด้วยค่ะ (เห็นด้วยกับพยาบาลวิชาชีพ) ว่าค่อยๆ สร้างภูมิคุ้มกันให้ตนเอง แล้วก็ใช้ช้อนกลาง ล้างมือค่ะ แล้วก็เอาผ้าปิดจมูกด้วย” ครูเกษียณอายุราชการ

การประชุมกลุ่มย่อย (ภาคใต้)

“ตามหลักที่ผมทราบคือ กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ไม่ต้องใช้ของต่อจากใครครับ” นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น “ใช่ค่ะ (พยักหน้าตาม) อย่างที่น้องไนน์พูดใช่ไหมค่ะว่าใช้ของตนเอง แล้วก็ให้ระวังเรื่องความสะอาด” แม่บ้านประจำโรงเรียน “ครับ (พยักหน้าเห็นด้วยและเพิ่มเติม) ก็เช่นกันครับ ของร้อนๆ ล้างมือล้างไม่ไห้สะอาด เวลาจะทายอะไรให้รักษาความสะอาด ก็น่าจะป้องกันโรคได้ครับ” ประชาชนชาย

การประชุมกลุ่มย่อย (กรุงเทพมหานคร)

3.9 ข้อมูลด้านสื่อหลักเพื่อการสื่อสารในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา



“ไม่เคยเห็น ไม่เข้าใจ ต่อไปควรปรับปรุง”

สื่อหลักเพื่อการสื่อสารในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นั้นมีอยู่ด้วยหลายสื่อที่มีรูปแบบที่แตกต่างกันซึ่งจะมีเนื้อหา ข้อความและสัญลักษณ์ในการสื่อสารที่ไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นสื่อที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสื่อ “ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอีโบลา” ผลการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นสื่อดังกล่าว โดยส่วนใหญ่เพิ่งเห็นเป็นครั้งแรก แต่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เคยเห็นสื่อดังกล่าวมาบ้างแล้วทั้งที่เห็นเป็นสื่อโปสเตอร์จริง และโปสเตอร์ในสื่อต่างๆ เช่น Internet เป็นต้น

ข้อมูลเพิ่มเติม

DDC
1422

สายด่วนกรมควบคุมโรค

<http://beid.ddc.moph.go.th>



“ยังไม่เคยมาก่อนนะค่ะ” (คนอื่นๆ ในที่ประชุมพยักหน้าพร้อมกัน)

ผู้สูงอายุ (ภาคเหนือ)

“ยังไม่เคยเห็นครับ ผมก็ไปโรงพยาบาลนะครับแต่ไม่เคยเห็นมาก่อนเลยหรือเราไม่ได้ใส่ใจ” (คนหนึ่งพูดแทรกขึ้นมา “เห็นครั้งแรกครับ”)

ครูเกษียณอายุราชการ (ภาคกลาง)

“ไม่เคยเห็น” (ทุกคนในการประชุมกลุ่มย่อยส่ายหัวพร้อมกันและบอก “ไม่เคยเห็น”) ยกเว้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ “พี่เคยเห็นมาก่อนน่าจะอยู่ที่เว็บไซต์สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ และถ้าจำไม่ผิดโรงพยาบาลบ้านเราก็อำเภอติดยะคะ”

พยาบาลวิชาชีพ (ภาคใต้)

“เคยเห็นมาก่อนค่ะ เพราะสื่อที่เราได้จากเครือข่ายคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 เราจะได้รับการสนับสนุนสื่อตลอด แต่ที่ประชาชนในเขตเรายังไม่เห็นเพราะว่าเรายังไม่ได้กระจายค่ะ ก็ถือโอกาสเอามาให้ในวันนี้เลย”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“เคยเห็นครับ อย่างสุพรรณฯ เห็นว่ามีแค่สองที่ที่นำรูปแบบนี้ไปผลิตต่อ นอกนั้นไม่มีใครใช้เลย เพราะสำหรับผมมันนิ่งมากเลยนะ มันไม่ได้สะกิดอะไรเลย”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคกลาง)

ซึ่งเมื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมพิจารณาสื่อดังกล่าวจะพบว่ามีการเข้าใจคนละทิศละทาง ซึ่งไม่ตรงกับประเด็นที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขต้องการที่จะสื่อสาร ซึ่งพบว่าประเด็นที่มีปัญหาคือการใช้สัญลักษณ์ที่ไม่สื่อตรงกับข้อความที่อยู่ด้านล่างของสัญลักษณ์ซึ่งมีลักษณะการตีความที่แตกต่างกันไปอย่างกว้างขวาง พร้อมกันนั้นยังพบว่า ประเด็นหลักที่ต้องการสื่อสารเป็นตัวหนังสือที่เล็กและไม่สะดุดตา และยิ่งไปกว่านั้นคือไม่เชื่อในเรื่องของเนื้อหาสาระที่สื่อสารเพราะขัดแย้งกับสื่ออื่นๆ ที่ได้เห็นมาก่อน

“ปากก็ดูไม่ออกว่ามันเป็นอากาศอะไร ชาวบ้านจะรู้อะไรตื่นๆ หนะลูก”

ครูเกษียณอายุราชการ (ภาคเหนือ)

“ทำไมไม่ติดต่อทางอากาศ แต่เห็นในข่าวใส่ชุดเต็มทีเลยนะ แถมหมอกเขาก็ยังติด หมอกเขาก็ปิดจมูก ใส่ถุงมืออะไรเรียบร้อยหมด ผมก็ไม่ค่อยจะเชื่อเท่าไรนะ”

ผู้สูงอายุชาย (ภาคใต้)

“รูปร่างผมคิดถึงพยาธิ แต่ที่แน่ๆ ไม่ได้เป็นอากาศแน่นอน เพราะบ้านเราเรื่องของอากาศไม่เคยใช้สัญลักษณ์แบบนี้ ซึ่งผมคิดว่า ไม่เข้าใจว่ามีรูปนี้แล้ว อีโบล่าไม่ติดต่อทางอากาศ จะหมายถึง เชื่อไม่ได้ที่อยู่ในอากาศใช่ไหม?”



ครูเกษียณอายุราชการ (กรุงเทพมหานคร)



“อีโบล่าไม่ติดต่อทางน้ำดื่ม น้ำใช้ เข้าใจว่า คือว่าเราใช้น้ำร่วมกับผู้ป่วยหรือว่าเฉพาะน้ำใช้ครับ แต่น้ำดื่มก็ไม่แน่ใจเหมือนกัน แต่ถ้าน้ำใช้เราใช้ด้วยกันมันจะไม่ติดต่อกันครับ”

ครูเทศบาล (ภาคกลาง)

“ผมว่าภาพกับคำว่าอีโบล่าไม่ติดต่อทางน้ำดื่ม นะ ผมว่าตัวหนังสือกับภาพไม่สื่อกัน ถ้าเราเอาขวดน้ำหรือเป็นแก้ววางน่าจะเข้าใจง่ายกว่า แบบนี้มันเหมือนฝนนะ ตามความคิดผม”

ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น (ภาคกลาง)

“มันเหมือนใบคำนะ แต่ละคนเข้าใจไม่เหมือนกันเลย เขา คงจะอยากบอกว่า ไม่ต้องกลัวนะ โรคไม่ได้มากับน้ำดื่ม น้ำใช้ พี่เข้าใจอย่างนี้ แต่พี่คิดว่าควรจะไม่ต้องให้ประชาชนคิดต่อ ควรจะบอกว่าจะให้ประชาชนทำอะไรเลย น่าจะมีประโยชน์กว่าค่ะ”

พยาบาลวิชาชีพ (ภาคใต้)

“นี่ผมไม่ได้ตลกนะครับ ภาพนี้ผมเห็นตามร้านอาหาร หมายถึง ห้ามเอาจานช้อนออกไปจากข้างนอก ที่พูดแบบนี้ เพราะว่าคนไทยไม่อ่านหนังสือ แต่คุ้นชินกะสัญลักษณ์ ดังนั้นผมคิดแบบนี้ คนอื่นก็คงคิดแบบผมก็น่าจะมี”

ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น (ภาคกลาง)

“คือเครื่องหมายนี้ คนไทยคุ้นชินกับ ห้ามใช้ไหม ห้ามใช้ไหมเนี่ยะ เพราะเราจะคุ้นกะห้ามเดินผ่าน ห้ามจอด แต่สัญลักษณ์มันคือห้ามกินใช้ไหม ผมตีความตรงนี้คือห้าม ผมว่าเขาคงอยากจะบอกว่า เชื้อไม่อยู่ในอาหาร หรือทานอาหารร่วมกันได้ แต่คงต้องช้อนกลางครับ งง งง”

ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น (ภาคเหนือ)



“ไม่กินข้าวด้วยกัน ไม่มีอาหารขาย ถนัดซ้าย คิดว่าคงต้องการบอกว่าเชื้อไม่อยู่ในอาหาร กินอาหารได้ตามปกติ แต่ตามจริงต้องเป็นอาหารแบบร้อน สะอาด ถูกสุขลักษณะอนามัยนะครับถ้าอย่างนั้น”

ที่ประชุมกลุ่มภาคกลางสรุปร่วมกัน

อีโบลิตัดต่อได้จากการสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำมูก น้ำเหลือง น้ำลาย ของผู้มีอาการป่วยจากโรคอีโบลิตัดนั้น

“ตรงนี้เข้าใจว่าโรคอีโบลิตัดจะไม่ติดทางอากาศ อาหาร และน้ำดื่ม จะติดทางเลือด น้ำมูก น้ำเหลือง น้ำลาย อย่างจับตัวกันก็ไม่ใช่ ก็เข้าใจจากตัวหนังสือนี้ แต่มันลึกไปหน่อย”

นักเรียนชั้นมัธยมต้น (ภาคใต้)

ซึ่งโดยส่วนใหญ่แนะนำให้มีการปรับปรุงสื่อที่จะใช้ในการสื่อสารให้เข้าใจ ควรจะมีการผลิตสื่อที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ที่ตรงกับบริบทของคนไทยเพื่อประโยชน์สูงสุดที่ประชาชนจะได้รับต่อไป

“ถ้าสื่อเนี่ยไม่โดนเลย ไม่ว่าจะอ้างอิงมาจากไหน เรื่องของส่วนกลางผมถือว่าน่าจะรู้แล้วแหละว่าอันไหนที่จะต้องไม่ผลิตมาอีกแล้ว เพราะมันไม่สื่อนะครับ คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องผม feedback ไปแล้วกัน สำคัญที่สุดจะบอกอะไรกับชาวบ้าน แต่ดันไม่เอาข้อความที่ควรจะต้องรับรู้ขึ้นมาเป็น Main หลัก อย่างสื่อนี้ทางสุพรรณไม่ได้ใช้เลย”

นักวิชาการสาธารณสุข (ภาคกลาง)

“ผมไม่เชื่อสื่อนี้เลย 100% เลยนะครับ เพราะผมคิดว่า อันที่ 1 คือเรื่องของการติดต่อทางอากาศ คือถ้าเป็นอากาศปกตินี้ OK แต่ถ้ามีไคร ไอ จาม แล้วมีน้ำมูกออกมาพวกนี้ มันน่าจะสามารถติดต่อก็ได้ น้ำดื่ม น้ำใช้ก็ยังไม่ติดต่อกัน ยกเว้นว่าทานขวดเดียวกัน และอาหารก็น่าจะทานร่วมกันได้ถ้าใช้ช้อนกลาง ผมเลยคิดว่า สื่อที่เห็นไม่น่าจะตรงครับ น่าจะมีการปรับปรุงนะครับ ถ้าต้องใช้อีก”

ครูมัธยมศึกษา (กรุงเทพมหานคร)

การศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาของประชาชนไทย พ.ศ. 2558 มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาในประเด็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาของประชาชนไทย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมครั้งนี้เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 10 จังหวัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน 2,500 ชุด โดยคณะผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

1.1 ลักษณะทั่วไปทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.1 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 32.9 อยู่ในช่วงอายุ อายุ 26-45 ปี ร้อยละ 26.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ร้อยละ 25.7 เป็นการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 18.8 มีอาชีพหลัก เป็นนักเรียน/นักศึกษา รองลงมาคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ ร้อยละ 63 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท รองลงมาคือ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 24.6 และ รายได้ 20,000 บาทต่อเดือน ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.4

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ส่วนใหญ่นั้นอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลานั่นที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และสำหรับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลานั้นส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 2 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

“ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค พื้นที่พักอาศัย การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา” ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

2.1.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

พบว่า อายุ ภูมิภาค การศึกษา อาชีพ และรายได้ของประชาชน มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน เพศและพื้นที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.1.2 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลักของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าตามประเภท/แหล่งต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน พื้นที่พักอาศัยและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าตามประเภท/แหล่งต่างๆ

2.1.3 ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

พบว่า ภูมิภาค และการศึกษาของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ ส่วน เพศ อายุ ที่พักอาศัย อาชีพหลักและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.1.4 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อายุ ภูมิภาค ที่พักอาศัย การศึกษา อาชีพหลัก และรายได้ของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.1.5 ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา อาชีพหลักและรายได้ของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน ที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.1.6 การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

พบว่า ภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พร้อมทั้งพื้นที่อาศัยและรายได้ของประชากรมีความสัมพันธ์กับตัวแปรนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพหลักของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.1.7 การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชน

พบว่า การศึกษา พื้นที่อาศัย และภูมิภาคของประชาชน มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วน เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.1.8 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโบล่าของประชาชน

พบว่า อาชีพหลัก ภูมิภาค อายุ และการศึกษาของประชาชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 .001 และ .001 ตามลำดับ ส่วน เพศ พื้นที่พักอาศัย และรายได้ของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการโรคติดเชื้อไวรัสโบล่า

2.2 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

“การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโบล่า” ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

2.2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโบล่า

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโบล่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .579$) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.2 ประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโบล่า

ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโบล่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .400$) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโบล่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.3 ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโบล่า

ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโบล่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .286$) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.4 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโบล่า

ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโบล่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .117$) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.5 ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโบล่า

ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโบล่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .247$) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.6 การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .108$) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.7 การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .261$) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบ ทั้งต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ถึงแม้ว่าโรคติดเชื้ออีโบล่าจะยังไม่ได้ระบาดเข้าสู่ประเทศไทยแต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการได้ข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเรื่องการรับรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย ในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเพื่อนำไปสู่การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป จากผลการวิจัยในประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังต่อไปนี้

2.1 ลักษณะทางประชากรกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

Wilbur Schramm (1954) ได้กล่าวว่าผู้รับสารจะมีพฤติกรรมการเลือกหรือรับสื่อที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างตามความต้องการของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อม เหตุผลและความจำเป็นของตนเองเกี่ยวกับการเลือกรับสื่อต่างๆ ทั้งนี้สอดคล้องกับ Melvin Defleur (1970) ที่ได้กล่าวว่าผู้รับสารจากสื่อมวลชนของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันในทางจิตวิทยา เช่น เจตคติ ค่านิยม และความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป ทำให้ความสนใจในการเปิดรับสารหรือตีความหมาย ข่าวสารจากสื่อมวลชนแตกต่างกันออกไป เพราะบุคคลมีความแตกต่างกันอย่างมากในองค์ประกอบด้านบุคลิกภาพ และสภาพทางจิตวิทยา และมีความแตกต่างกันดังกล่าวนี้บางส่วนมาจากความแตกต่างทางชีวภาพหรือทางร่างกายของแต่ละบุคคล แต่ส่วนใหญ่มาจากความแตกต่างที่เกิดจากการเรียนรู้ พร้อมกันนั้นบุคคลที่อยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ต่างๆ กัน จะได้รับการเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

อายุ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทศบุคคลต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรม พร้อมทั้งอายุยังเป็นสิ่งกำหนดความแตกต่างในเรื่องความยากง่ายในการชักจูงใจจะน้อยลง การวิจัยทางจิตวิทยา พบว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้นโอกาสที่คนจะเปลี่ยนใจหรือถูกชักจูงใจจะน้อยลง ในด้านพฤติกรรมการใช้สื่อมวลชนนั้น พบว่า คนที่มีอายุมากมักจะใช้สื่อเพื่อแสวงหาข่าวสารที่เป็นสาระความรู้ มากกว่าความบันเทิง ซึ่งสอดคล้องกับ กลมพร สิทธิ (2553) ที่ได้ศึกษาการเปิดรับข้อมูล

ข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อย อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารพร้อมกันนั้นยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติในการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษา ระพีพรรณ จอมมะเริง (2552) ที่ได้ทำการศึกษา การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อด้านโรคเอดส์ และพฤติกรรมในเรื่องความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kippax and Murray (1980) ที่ได้ศึกษาเรื่องของการใช้สื่อและความพึงพอใจ และได้ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของการรับรู้ในคุณสมบัติของสื่อ โดยเขาต้องการหาความสัมพันธ์ของความต้องการใช้สื่อมวลชนกับความพึงพอใจ และการใช้สื่อกับการรับรู้ในคุณสมบัติของสื่อ ผลการศึกษา พบว่า อายุ เป็นตัวกำหนดการใช้สื่อและการรับรู้ของสื่อ โดยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีขึ้นไป จะเลือกใช้สื่อเพราะคำนึงถึงความสำคัญของสื่อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีดา วันไทย (2552) ศึกษาเรื่องการเปิดรับสื่อ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อน ของนิสิตนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ในการเปิดรับสื่อ การรับรู้ในสื่อและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อน

เพศ

จากผลการศึกษา พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับ ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา และทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ความแตกต่างทางเพศ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมของการติดต่อสื่อสารต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิงมาแนวโน้ม มีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายไม่ได้มีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่มีความต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีให้เกิดขึ้นจากการรับและส่งข่าวสารนั้นด้วย นอกจากนี้เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันอย่างมากในเรื่องความคิด ค่านิยมและทัศนคติ ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมและสังคม กำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ กลมพร สิทธิ (2553) ได้ศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา และรายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อ พร้อมกันนั้นพบว่า การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชน ส่วน จิตลดา ปัญญาธินิต และคณะ (2555) ศึกษาการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมเพื่อสังคมของพนักงานบริษัทประกัน สินเชื่ออุตสาหกรรมขนาดย่อม พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อสังคมโดยภาพรวมในระดับดี มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อสังคมโดยรวมในระดับมาก พนักงานส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคมของ บสย. โดยรวมในระดับมาก ร่วมกับพนักงานที่มีระดับการปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะต่อกิจกรรมเพื่อสังคมแตกต่างกัน และอายุที่แตกต่างกันมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมเพื่อสังคมแตกต่างกัน

ภูมิภาค

จากผลการศึกษา พบว่า ภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ทักษะต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรค

ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ภูมิลำเนา เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีวัฒนธรรมที่ต่างกัน มีประสบการณ์ที่ต่างกัน มีทัศนคติ ค่านิยม และเป้าหมายที่ต่างกัน จึงนำมาซึ่งพฤติกรรมที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ ปิยะนารถ จาติเกต (2546) วิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภคตามหลักการตลาด พบว่า ผู้รับสารในฐานะกลุ่มเป้าหมายทางการตลาด (Target market) อยู่ในฐานะตลาดสำคัญกับผู้ส่งสาร 2 ประการ คือ เป็นผู้บริโภคผลผลิตที่จะขาย และ เป็นผู้รับสารจากการโฆษณา โดยกลุ่มผู้รับสารตามแนวคิดทางการตลาด มีพฤติกรรมที่ให้ความสนใจในการซื้อ รวมไปถึง การเลือกรับสารต่างๆ จากสื่อที่ช่วยในการตัดสินใจซื้อ นักการตลาดจะศึกษาดูว่าเนื้อหาแบบใดสามารถสร้างความสำเร็จหรือล้มเหลวในการสื่อสาร กับผู้บริโภค มีการแบ่งผู้บริโภคตามกลุ่มเป้าหมายทางการตลาด เช่น ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ (Demographic data) ในการประเมินผู้รับสาร รูปแบบการดำรงชีวิต (Lifestyle) และพฤติกรรมของผู้ซื้อ (Buyer behavior) รวมอยู่เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลประชากรศาสตร์ด้วย โดยข้อมูลทางภูมิศาสตร์(Geographics) ประกอบด้วย สถานที่ตั้งของที่อยู่อาศัย (Location) ในเมือง หรือชนบท เพื่อบ้านเป็นใคร สถานที่ตั้งมีผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าและ เลือกรับบริการ สภาพอากาศ (Climate) มีผลต่อ ยอดขายของสินค้า สภาพภูมิประเทศ (Topography) ไกล่หมาสมุทร ภูเขา ทะเลทราย แม่น้ำ หรือทะเลสาบ

การศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อผู้รับสาร คนที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาที่ต่างกัน และในสาขาวิชาที่ต่างกัน ย่อมมีความรู้สึกนึกคิด มีอุดมการณ์ และมีความต้องการที่แตกต่างกันไป คนที่มีการศึกษาสูงหรือมีความรู้ดีจะได้เปรียบอย่างมากในการที่จะเป็นผู้รับสารที่ดี ทั้งนี้เพราะคนเหล่านี้มีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจศัพท์มาก และมีความเข้าใจสารได้ดี แต่คนเหล่านี้มักจะเป็นคนที่ไม่ค่อยเชื่ออะไรง่ายๆ สารที่ไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลสนับสนุนเพียงพอ มักจะถูกโต้แย้งจากคนเหล่านี้ ในด้านพฤติกรรมการใช้สื่อมวลชนนั้น พบว่า โดยทั่วไปแล้วคนที่มีการศึกษาสูงมักจะใช้สื่อมวลชนมากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ และคนที่มีการศึกษาสูงมักจะใช้สื่อประเภทสิ่งพิมพ์ ในขณะที่คนที่มีการศึกษาต่ำกว่ามักจะใช้สื่อประเภทวิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Robinson (1972) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้รับสารมีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อและระดับความรู้ทางด้านข้อมูลข่าวสารของบุคคล นั้นหมายถึง คนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการใช้สื่อและมีระดับความรู้ในเรื่องข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน กล่าวคือคนที่มีความรู้สูงจะเพิ่มพูนความรู้ของตนให้มากขึ้น โดยการใช้สื่อมวลชน Kippax and Murray (1980) ได้ศึกษาเรื่องของการใช้สื่อและความพึงพอใจ ร่วมกับการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของการรับรู้ในคุณสมบัติของสื่อ พบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะเลือกใช้สื่อมากประเภทกวาคนที่มีการศึกษาต่ำ

อาชีพและรายได้

จากผลการศึกษา พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้รับสารมีอิทธิพล

อย่างสำคัญต่อปฏิกริยาของผู้รับสารที่มีต่อผู้ส่งสารและสาร สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้คนมีวัฒนธรรมที่ต่างกัน มีประสบการณ์ มีเจตคติ และมีค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป ในทำนองเดียวกันรายได้ของคนย่อมเป็นเครื่องกำหนดความต้องการของคนตลอดจนกำหนดความคิดของคนเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ และพฤติกรรมต่างๆ ในด้านพฤติกรรมการใช้สื่อมวลชนนั้น พบว่า ผู้มีรายได้สูงมักจะใช้สื่อมวลชนมาก และมักจะใช้สื่อมวลชนเพื่อแสวงหาข่าวสารหรือเรื่องราวอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ กลมพร สิทธิ (2553) ได้ศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสารความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้มีรายได้ปานกลางมีการเปิดรับสื่อมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา และรายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อ ส่วน ระเบียบธรรม จอมมะเริง (2552) ศึกษา การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ลักษณะทางประชากร อันได้แก่ อายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อด้านโรคเอดส์

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

จากผลการวิจัย ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ประเภท/แหล่งข้อมูลฯ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับปานกลาง ($r = .400 .579$ ตามลำดับ) ส่วนความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ฯ ทักษะฯ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายฯ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับต่ำ ($r = .286 .117 .247 .108 .261$ ตามลำดับ) อธิบายได้ตามลำดับดังนี้

2.2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กล่าวคือ การที่ประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามาก จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามากด้วย ทั้งนี้ Merill & Lowenstein (1971) ได้ให้ความคิดเห็นว่าผู้รับสารจะมีพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อและข่าวสารที่แตกต่างกันออกไป การที่ผู้รับสารจะเปิดรับสื่อ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ อาทิ ความอยากรู้อยากเห็น และประโยชน์ใช้สอยของตนเอง โดยอธิบายว่าตามปกติมนุษย์จะอยากรู้อยากเห็นในสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวเอง และพฤติกรรมในการอยากรู้อยากเห็นอาจเป็นความอยากรู้อยากเห็นในแง่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งทางตรง และทางอ้อมหรืออาจเป็นผลกระทบต่อผู้อื่น ในด้านประโยชน์ใช้สอย อธิบายได้ว่าโดยทั่วไปผู้รับสารจะต้องการแสวงหาข่าวสารที่จะให้ประโยชน์แก่ตนเองเพื่อที่จะให้ตัวเองได้รับความสะดวกสบาย ความปลอดภัย ซึ่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งมีผลกระทบต่อตนเอง และต่อบุคคลใกล้ชิด อีกทั้งข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์ในการนำไปใช้เพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัย จึงทำให้ประชาชนมีการเปิดรับสื่อที่เสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ จะพบว่ามีความรุนแรงซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของชีวิต เมื่อมีการเสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจึงทำให้ประชาชนเกิดกระบวนการเลือกเปิดรับข่าวสาร โดยผ่านขั้นตอนการเลือกรับสารและ

เลือกสนใจ (selective exposure or selective attention) เลือกรับรู้และตีความ (selective perception and selective interpretation) และเลือกจดจำ (selective retention) จึงทำให้ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า การเปิดรับสาร และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ของผู้รับสาร อาทิ ผลการศึกษาของสุพิดา เย็นโสภา (2553) พบว่าการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กมลพร สิทธิ พบว่าการเปิดรับข่าวสารความรู้ ทักษะคิด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชน นันทนัช โสมนรินทร์ และ ณัฏฐ์ชุตา วิจิตรจามรี (2555) พบว่า การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด มีความสัมพันธ์เชิงบวก ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ระพีพรรณ จอมมะเร็ง (2552) พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์

2.2.2 ประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กล่าวคือ ชนิดหรือแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคล ที่ประชาชนได้รับมาก จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามากด้วย นั้นหมายความว่าเมื่อผู้ส่งสารต้องการที่จะถ่ายทอดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่มีวัตถุประสงค์ อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผ่านสื่อหรือเรียกว่าช่องทางการสื่อสารไปยังผู้รับสารโดย “สาร” ที่ถูกส่งไปกระตุ้นให้เกิดความหมายแก่ผู้รับ สารที่ดีสามารถเรียกร้องความสนใจ (Attention) ได้ โดยผู้ทำการสื่อสารต้องเลือกใช้จุดดึงดูดใจ (Message Appeals) ที่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดการปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนัช โสมนรินทร์ และ ณัฏฐ์ชุตา วิจิตรจามรี (2555) ศึกษาพบว่า การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด มีความสัมพันธ์เชิงบวก ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์ ส่วน สุพิดา เย็นโสภา (2553) ศึกษาพบว่า การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อโทรทัศน์ จะเห็นได้ว่าสื่อโทรทัศน์เป็นสื่อที่อยู่ในบ้าน มีความสะดวกในการเปิดรับและสามารถเข้าถึงได้เกือบทุกครัวเรือน ดึงดูดความสนใจ และสร้างแรงกระตุ้นได้เป็นอย่างดี ทั้งยังเป็นสื่อที่มีการเปิดรับอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ จากผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ได้ผลที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน กล่าวคือประชาชนรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อมวลชนเป็นส่วนมาก โดยแหล่งที่ได้รับ คือ โทรทัศน์ วิทยุ ตามลำดับ

2.2.3 ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กล่าวคือ ความรู้สึก ทักษะของประชาชนต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มาก ก็จะมีผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามากด้วย นั้นหมายความว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางความรู้สึกของแต่ละบุคคล

ซึ่งมาจากความนึกคิด ความรู้สึกประทับใจ ความเชื่อ การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม ซึ่งอาจได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากบุคคลอื่นได้ โดยแนวโน้มของบุคคลที่แสดงออกถึงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าในวิถีทางเข้าหรือถอยหนี ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นมีความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งเร้า ในลักษณะใด(คีตาภัทร เกรียงษ์, 2548) ดังนี้ เมื่อประชาชนมีความคิดเห็นว่า ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีการนำเสนอได้น่าสนใจ ถูกต้อง เข้าใจง่าย ข้อมูลต่างๆ มีความเพียงพอต่อการรับรู้และเข้าใจ ร่วมกับการนำเสนอข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้ทันเวลา จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้

2.2.4 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กล่าวคือ ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ การติดต่อและการแพร่ระบาด อาการอาการแสดง การรักษา และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามาก ก็ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลามากด้วย นั่นหมายความว่า เมื่อประชาชนมีความสามารถในการระลึกถึงเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หรือ ข้อมูลข่าวสารอื่นๆ ออกมาได้ถูกต้องแม่นยำ มีความเข้าใจสามารถแปลความหมายได้ ดีความได้ และขยายความได้ ร่วมกับการนำไปใช้สถานการณ์จริงได้ ก็จะทำให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามการรับรู้ การจดจำและระลึกถึงเรื่องราวต่างๆ ออก มาตามลักษณะนั้นๆ ได้ อย่างไรก็ตามการเกิดความรู้ไม่ว่าระดับใดก็ตามย่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดซึ่งเชื่อมโยงกับสภาพจิตใจในบุคคลต่างกัน อันเป็นปัจจัยมาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมา และสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีความคิดและแสดงออกตามความคิด ความรู้สึกของตน ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายในที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรเทิง สุพรรณและคณะ(2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ส่วน ฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์และคณะ (2551) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของเครือข่ายแกนนำสุขภาพ พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก อีกทั้ง นงนุช เสือพุมิ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอด ในประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันวัณโรคปอดของประชาชนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นส่งเสริมและจัดบริการให้ความรู้ยังมีความสำคัญต่อการป้องกันโรค เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของชุมชนต่อไป

2.2.5 ทศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กล่าวคือ เมื่อประชาชนมีความรู้สึก ความเชื่อ การตอบสนอง เกี่ยวกับการโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามาก ก็ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากด้วยเช่นกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ก็เนื่องมาจากการมีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของความรู้ และทัศนคติเกิดขึ้นมาจากการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างในการแปลความหมายของสารที่ตนเองได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยทั่วไปแล้วการโน้มน้าว

พฤติกรรมกรรมการสื่อสารสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล กลุ่มคนข้างเคียง จนถึงระดับสังคม อรพรรณ ปิลันธน์โอวาท (2549) ได้กล่าวว่า “การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของคนส่วนใหญ่ตามปกติมักเกิดจากทัศนคติของบุคคลผู้นั้น ทัศนคติจึงเป็นเสมือนเครื่องควบคุมการกระทำของบุคคล พฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนถูกควบคุมด้วยทัศนคติของเขา” สอดคล้องกับการศึกษาของ จานง ธนะภพ, ศศิธร ธนะภพ, จุฑารัตน์ คงศาลา และอัญญิกา ชูขวัญนวล (2553) ศึกษาถึงความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ พบว่า ทัศนคติและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัย

2.2.6 การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กล่าวคือ เมื่อประชาชนมีการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายมาก ก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากด้วยเช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ได้ว่า การประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ดังนั้นเมื่อประชาชนเลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทำให้รับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต รวมทั้งรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงทำให้ประชาชนเกิดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่อโรคดังกล่าว จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงหรือภัยคุกคามจากโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากก็จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลามากเช่นกัน ในทางตรงข้ามประชาชนที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงหรือภัยคุกคามจากโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาน้อยก็จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลาน้อยเช่นกัน นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) กล่าวคือ นอกเหนือจากความต้องการทางกาย (Physiological Needs) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานลำดับแรกของมนุษย์แล้วนั้นความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) นับเป็นความต้องการในลำดับถัดมาที่มนุษย์ต้องการ ดังนั้นการปฏิบัติตนเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพเมื่อรับรู้ว่ามีภัยคุกคามเกิดขึ้นจึงนับเป็นความต้องการประการหนึ่งของประชาชนทุกคน ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ผลการวิจัยของ สุภาพรณ สิ่งเหาะ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ พิทยา จารุพนผล และวิริณธ์ กิตติพิชัย (2557) ที่พบว่า การประเมินอันตรายต่อสุขภาพจากการรับและถ่ายทอดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และผลการวิจัยของ อุภาศรี เพชรสว่าง และประเสริฐ เล็กสรรเสริฐ (2547) ที่พบว่า การประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดนันทบุรี

2.2.7 การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์กับทางบวกพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กล่าวคือ เมื่อประชาชนมีการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหามากก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากด้วยเช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ว่าหากประชาชนมีการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา

ซึ่งได้แก่ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหา ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค และส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค กล่าวอีกนัยหนึ่งคือถ้าประชาชนได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงและความเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาได้ และมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำดังกล่าวได้ ก็ช่วยส่งเสริมความตั้งใจของประชาชนในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา อาทิ ผลการวิจัยของ สุภาพรณ สิงห์เหาะ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ พิทยา จารุพูนผล และวิริณธ์ กิตติพิชัย (2557) ที่พบว่าการประเมินการเผชิญปัญหาจากการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี อุภาศรี เพชรสว่าง และประเสริฐ เล็กสรเสรีญ (2547) ที่พบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์และการรับรู้ในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดนนทบุรี และ จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ เพ็ญภา วิชกุล และ อาริรัตน์ วิเชียรประภา (2554) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันได้โดย

1) การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ การวางแผนกลยุทธ์ในการสื่อสารความเสี่ยง และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ กำหนดให้หน่วยงานรับผิดชอบหลักจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคที่อยู่ในบทบาทหน้าที่และภาระรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคให้เป็นปัจจุบันทันต่อสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลง โดยใช้การวิจัยเป็นฐาน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้อำเภอ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมและเตือนภัย และแก้ไขปัญหาสุขภาพตามภารกิจกลุ่มโรคที่ตนรับผิดชอบได้ทันกับสถานการณ์

2) การพัฒนาระบบและกลไกในการพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านการสื่อสารสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การเตรียมความพร้อมและตอบโต้ต่อภาวะโรคและภัยสุขภาพทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน การปลูกฝังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนและประชาชนโดยใช้หลักวิชาการและข้อมูลจากผลการวิจัยเป็นฐาน รวมทั้งกำหนดให้มีระบบติดตามตรวจสอบความก้าวหน้าและผลจากการพัฒนาที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรดังกล่าว

3) มีกระบวนการในการพัฒนากลไกที่เครือข่ายให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการสื่อสารและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อประสานความร่วมมือและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งตลอดจนเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่แก่ประชาชนและประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นไปในทางเดียวกัน ไม่ก่อให้เกิดความสับสนแก่ประชาชนซึ่งสามารถพัฒนาจากระบบและกลไกที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ระบบการเฝ้าระวังสื่อ (Media Watch) เพื่อให้การเฝ้าระวังและตอบโต้สื่อสารความเสี่ยงในประเด็นต่างๆ มีประสิทธิภาพและมาจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

4) จัดทำ คลังข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสำนักวิชาการ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรคได้จัดทำขึ้นหรือดำเนินการที่ผ่านมาแล้วที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยทำการรวบรวม พัฒนา เผยแพร่และใช้ประโยชน์ต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนางานในส่วนที่หน่วยงานของตนเองรับผิดชอบได้ดังนี้

1) สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ สื่ออินเทอร์เน็ต ส่วนการเผยแพร่ข่าวสารผ่านการจัดงานตามสถานที่ต่าง ๆ และ สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ แผ่นพับ แผ่นปลิว หนังสือ/คู่มือ และโปสเตอร์ เป็นสื่อที่ประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารน้อยที่สุด ดังนั้นสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค จึงยังควรให้ความสำคัญและใช้โทรทัศน์เป็นสื่อหลักในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชน อย่างไรก็ตามการใช้สื่อโทรทัศน์จะมีข้อจำกัดในด้านเวลาออกอากาศและการรับชม รวมทั้งมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงในขณะที่งบประมาณของทางราชการมีจำกัด ซึ่งส่งผลต่อความถี่และความต่อเนื่องในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อดังกล่าว สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค จึงควรให้ความสนใจและพัฒนาสื่อทางเลือกอื่นเพื่อเป็นทางเลือก อาทิ สื่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าประชาชนรับรู้ข่าวสารจากสื่อดังกล่าวรองลงมาจากสื่อโทรทัศน์ เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว มีการวางโครงสร้างพื้นฐานรองรับในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว รวมทั้งมีปัจจัยเอื้ออำนวยในด้านครุภัณฑ์ต่างๆ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ ซึ่งสามารถเชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายได้ ตลอดจนด้วยการแข่งขันทางการตลาดสูงจึงทำให้อุปกรณ์ดังกล่าวมีความหลากหลายในด้านคุณภาพและราคาซึ่งประชาชนสามารถหาซื้อหาใช้ได้ตามกำลังของตน ทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกและเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งเยาวชนและประชาชนโดยทั่วไปมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวมากขึ้น ดังนั้นสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจึงควรใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และโทรคมนาคมดังกล่าวเป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน เช่น เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งใช้ต้นทุนไม่สูง และมีความเป็นสื่อผสมในตนเอง (multimedia) จึงทำให้สามารถออกแบบรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ เป็นสื่อปฏิสัมพันธ์ (interactive) สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของของประชาชนที่เข้าถึงสื่อดังกล่าว รวมทั้งสามารถปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและทันสมัยได้ง่าย จึงทำให้ก้าวข้ามข้อจำกัดในด้านเวลาออกอากาศและการรับชม รับฟังของสื่อโทรทัศน์ หรือวิทยุ และการมีข้อมูลล้าสมัย ไม่เป็นปัจจุบันของสื่อสิ่งพิมพ์ จึงทำให้สามารถจูงใจให้ประชาชนติดตามข้อมูลข่าวสารและใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประเภทและแหล่งของข้อมูลข่าวสารมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนหนึ่งพบว่าสื่อที่ผลิตออกจากหน่วยงานส่วนกลางบางครั้งไม่สามารถสื่อสารให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกับที่ผู้ส่งสารต้องการสื่อสารได้ ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค จึงควรมีการวิเคราะห์สื่อที่ผลิตจากหน่วยงานส่วนกลางที่ใช้ในภาพรวมของประเทศว่ามีความเหมาะสม สอดคล้องกับการนำไปใช้กับบริบทของพื้นที่หรือไม่ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้สื่อของประชาชนในท้องถิ่น เพื่อเลือกประเภท

และรูปแบบของสื่อที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งหาช่องทางใหม่ในการสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้กว้างขวาง อาทิ การพัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้เกิดสื่อใหม่ (new media) ที่เข้าถึงผู้บริโภคในแต่ละกลุ่มได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมกับยุคสมัย เพราะสื่อใหม่เป็นสื่อที่เอื้อให้ผู้ส่งสารและผู้รับสารทำหน้าที่ส่งสารและรับสารได้พร้อมกันเป็นการสื่อสารสองทาง และส่งสารได้หลายอย่างรวมกัน คือ ภาพ เสียง และข้อความไปพร้อมกันเป็นสื่อแบบประสม (Multimedia) ซึ่งปัจจุบันสื่อใหม่พัฒนาขึ้นหลากหลาย ที่เป็นที่ยอมรับและนิยมกันมากขึ้นเพราะสามารถตอบสนองความต้องการของ "ผู้แสวงหาข้อมูลข่าวสาร" (Seeker) ได้มีประสิทธิภาพมากกว่าสื่อแบบดั้งเดิม เนื่องจากสื่อใหม่ไม่มี ข้อจำกัด ในด้านเวลา (Time) พรมแดน (Boundaries) เนื้อที่ (Space) และรูปแบบ (Format) เหมือนอย่างเคยเป็นข้อจำกัดของสื่อแบบดั้งเดิมมาก่อน อีกทั้งสื่อใหม่มีหลายประเภท โดยแต่ละประเภทมีความโดดเด่นและแตกต่างกันตามประโยชน์และวัตถุประสงค์ในการใช้ อาทิ เว็บไซต์ (Web site) อินเทอร์เน็ต (Internet) อีเมล (E-mail) เทคโนโลยีสำหรับอุปกรณ์พกพาหรือแพลตฟอร์มเคลื่อนที่ (Mobile Platform) วิดีโอเกม และโลกเสมือนจริง ซีดีรอมมัลติมีเดีย ซอฟต์แวร์ บล็อกและวิกิ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) อุปกรณ์พกพาหรืออุปกรณ์เคลื่อนที่ เช่น โทรศัพท์มือถือ ซึ่งประโยชน์ที่ได้จากสื่อใหม่มีหลายประการ ได้แก่ การค้นหาคำตอบในเรื่องบางอย่างได้ทันที สามารถให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมายได้หลากหลายกลุ่ม รวมทั้งเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากได้ในระยะเวลาพร้อมๆ กัน สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทั่วประเทศและทั่วโลก อีกทั้งมีความสามารถในการติดต่อสองทาง จึงทำให้ผู้ใช้สามารถโต้ตอบได้ทันที และช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการบริหารข้อมูล ดังนั้นการพิจารณานำเอาสื่อใหม่เข้ามาใช้งานจะทำให้สามารถเข้าถึงผู้รับสารได้มากขึ้น ทำให้ผู้รับสารในการเข้าถึงข้อมูลในรูปแบบต่างๆ มีความทันสมัยมากขึ้น ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค จึงควรพิจารณาในการนำสื่อต่าง ๆ ที่มีความเป็นไปได้มาใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่ อันจะทำให้สามารถขยายเครือข่ายของผู้รับสารได้กว้างขวางขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารมากขึ้น

3) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากจากสื่อบุคคลต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนญาติ คนในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู อาจารย์ ในระดับปานกลางซึ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากกว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบางประเภท เช่น วิทยุ วิทยุชุมชน นิตยสาร วารสาร ป้ายประกาศ โปสเตอร์ ทั้งนี้เนื่องจากสื่อบุคคลเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นบุคคลในท้องถิ่น มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับประชาชนในพื้นที่ ทำให้เกิดช่องว่างทางสังคมน้อย (social gap) ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลควรให้ความสำคัญกับสื่อบุคคลโดยเฉพาะบุคลากรในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายสุขภาพต่างๆ โดยการพัฒนาศักยภาพเหล่านี้ให้มีความรู้ที่ถูกต้องตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและมีศักยภาพในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สื่อบุคคลเหล่านี้สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนาบุคลากรดังกล่าวควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการเข้าไปสู่งานประจำ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด คำนึงถึงความเป็นไปได้ในด้านการงบประมาณ กำลังคนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และอาจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาบุคลากรดังกล่าว เช่น โรงเรียน อสม. และใช้วิทยากรจากหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

1) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในครั้งนี้นั้น พบว่า สื่อที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดทำเพื่อการสื่อสารโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลานั้นสัญลักษณ์ที่ใช้ในสื่อบางสัญลักษณ์ยังไม่สามารถสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจตรงกันได้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรจะศึกษาสัญลักษณ์ที่เป็นสากลกับการรับรู้และความเข้าใจในบริบทของประชาชนไทย เพื่อจะได้มีประโยชน์ต่อการผลิตสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่อไป

2) กรมควบคุมโรค ควรแจ้งผลย้อนกลับให้กับหน่วยงานที่กำหนดสัญลักษณ์สากลในสื่อต่างๆ ที่เป็นเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ของกรมควบคุมโรค ในประเด็นของการตีความสัญลักษณ์สากลของประชาชนว่าอาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของประเทศต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยการรับรู้และตีความเกี่ยวกับสัญลักษณ์ดังกล่าว

3) สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารโดยการมีส่วนร่วมกับองค์กรภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มีการดำเนินการสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ นั้นๆ โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอยู่เป็นประจำ เช่น สายการบิน ร้านอาหาร เป็นต้น ให้เข้าถึงสื่อและสามารถนำสื่อที่ผลิตโดยกรมควบคุมโรคไปใช้ได้ ซึ่งจะเป็นการช่วยเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่กรมควบคุมโรคต้องการสื่อสารไปถึงประชาชนในโอกาสต่าง ๆ อีกทางหนึ่ง และเป็นการประหยัดเวลา และทรัพยากรขององค์กรและหน่วยงานดังกล่าวที่ต้องใช้ไปในการไปจัดเตรียม ตรวจสอบ ข้อมูล ซึ่งเป็นการประสานประโยชน์ร่วมกันและเกิดผลดีในด้านแบ่งปัน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันซึ่งเป็นประโยชน์กับทุก ๆ ภาคส่วน

4) ในปี 2558 ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน จะเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอย่างเต็มตัว ดังนั้นในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงประชาชนในประเทศสมาชิกที่เดินทางหรือเข้ามาพักอาศัยในประเทศไทย กรมควบคุมโรคจึงต้องร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ หรือในประเทศสมาชิกในการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค ของประชาชนในประเทศสมาชิกดังกล่าว เพื่อให้มีระบบข้อมูลที่ประเทศสมาชิกสามารถใช้ร่วมกันในการวางแผน กำหนดกลยุทธ์ และดำเนินงานในการสื่อสาร เฝ้าระวัง เตือนภัยและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ

3.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในครั้งนี้นั้น พบว่า สื่อที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดทำเพื่อการสื่อสารโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลานั้นมีประสิทธิภาพไม่ดีพอ อันเนื่องมาจากสัญลักษณ์ไม่สามารถสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจตรงกันได้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรจะศึกษาสัญลักษณ์ที่เป็นสากลกับการรับรู้และความเข้าใจในบริบทของประชาชนไทย เพื่อจะได้มีประโยชน์ต่อการผลิตสื่อที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2) ควรศึกษารูปแบบการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ อันเนื่องมาจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หากมีรูปแบบการสื่อสารที่เป็นรูปธรรมจะส่งผลให้ประชาชนมีการรับรู้และสามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวจะส่งผลให้ประเทศไทยมีรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างทันทั่วทั้งที่หากมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้น

3) เนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทุกปัจจัย ดังนั้น ควรศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เพื่อประโยชน์ในการบ่งชี้ว่าตัวแปรใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้สูงสุดและนำมาซึ่งการพัฒนาปัจจัยนั้นต่อไป

4) จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา อันได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย และการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา ไปสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการติดเชื้ออีโบลา ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

5) จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า สื่อโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ประชาชนเปิดรับและเข้าถึงสูงที่สุด และร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพว่า สื่อโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ประชาชนเข้าถึงง่ายและต้องการมากที่สุด ดังนั้น ควรศึกษาแนวทางในการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ทางด้านสุขภาพโดยสื่อโทรทัศน์ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่

บรรณานุกรม

- กลมพร สิทธิ. (2553). การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารมวลชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรรณิการ์ อัครเดชา. (2553). การสื่อสารของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก วันที่ 9 - 15 มีนาคม 2558. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2558.] http://www.boe.moph.go.th/files/news/ebola/Ebola%20weekly%20report_wk10_58.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คำแนะนำประชาชน เรื่อง การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า. 15 สิงหาคม 2557. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2558.] <http://dpc2.ddc.moph.go.th/infopublic/data/7/pic/222-5.pdf>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนป้องกันและควบคุมโรค Ebola ประเทศไทย 2557. สำนักกระบวนวิชา: He's Company Limited.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). คู่มือความเข้าใจ ป้องกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าสำหรับ อสม. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2542). การวิเคราะห์สื่อแนวคิดและเทคนิค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. เอดิสันเพรสโปรดักส์.
- กุลธิดา ธรรมวิวัฒน์ และนฤมล เกลยสร้อย. (2551). พฤติกรรมการเปิดรับสื่อ ความคิดเห็น และรูปแบบที่ต้องการของสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อมในทัศนะของวัยรุ่นไทย. เอกสารประกอบการประชุมการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 46: สาขาศึกษาศาสตร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ สาขาส่งเสริมการเกษตรและคหกรรมศาสตร์.
- จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ เพ็ญภา วิชกุล และ อาริรัตน์ วิเชียรประภา. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 กันยายน 2553 - กุมภาพันธ์ 2554.
- จิตลดา ปัญญาธินิต และคณะ. (2555). การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมเพื่อสังคมของพนักงานบริษัทประกัน สินเชื่ออุตสาหกรรมขนาดย่อม (บสย.). เอกสารประกอบการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2.

จุมพล รอดคำดี. (2532). **สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จักรกฤษณ์ สำราญใจ. (27 พฤศจิกายน 2544). **การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย**.

[ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2558.] http://www.jakkrit.lpru.ac.th/pdf/27_11_44/9.pdf

จำนงค์ ธนะภพ, ศศิธร ธนะภพ, จุฑารัตน์ คงศาลา และ อัญธิกา ชูขวัญนวล. (2553). ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. **วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ : Journal of Safety and Health**. เล่มที่ : 3 ฉบับที่ 12.

ฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์; และคณะ. (2551). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ของเครือข่ายแกนนำสุขภาพ. **โรค**. [ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2558.]

http://www.hed.go.th/indexpage/h_update/show.aspx?id=5

นงนุช เสือพุม.(2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. Vol 23, No 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2556

นันทน์ช โสมนรินทร์ และ ณัฐชุตตา วิจิตรจามรี.(2555). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. **การประชุมวิชาการแห่งชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 9 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2555**.

[ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2558.]

http://researchconference.kps.ku.ac.th/conf9/article_9/pdf/o_human43.pdf

บรรเทิง สุพรรณ พูนสุข ช่วยทอง สุปรียา ต้นสกุล วงเดือน ปันดี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ. **การประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อการพัฒนาด้านวิจัยอย่างยั่งยืน**. วันที่ 25-26 ธันวาคม 2555 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บุษบา สุธีธร. (2548). **ทฤษฎีการสื่อสารภายในบุคคลและระหว่างบุคคล**. [ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2558.] <http://www.stou.ac.th/thai/school>

ปิยะนารถ จาติเกต. (2546). **รายงานการวิจัยการสื่อสารสุขภาพ: ศักยภาพของสื่อมวลชนโดยการสร้างเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.

ปริญดา วันไทย. (2552). **การเปิดรับสื่อ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นภาวะโลกร้อนของนิสิตนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต (นิเทศศาสตรพัฒนาการ) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พีระ จิโรโสภณ. (2544). “ทฤษฎีการสื่อสารมวลชน” ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาหลักและทฤษฎีการสื่อสาร**. หน่วยที่ 11. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ภัสวาลี นิติเกษตรสุนทร. (2542). **เจตคติและความประทับใจของชาวต่างชาติที่ไดมาเยี่ยมประเทศไทย**. รายงานการวิจัยสาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี.

- ระพีพรรณ จอมมะเริง. (2552). การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวารสารศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารมวลชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วนิดา วินิจตระกูล. (2552). การเปิดรับสื่อ ความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็นต่อสื่อรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย สสส. ของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (นิเทศศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2538). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพมหานคร : พัฒนาการศึกษา.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2558). การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ Ebola. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2558.] [http://www.bamras.org/userfiles/Ebola\(1\)\(1\).pdf](http://www.bamras.org/userfiles/Ebola(1)(1).pdf)
- สำนักกระบาดวิทยา. (2558). การเฝ้าระวังโรคติดต่อ Ebola. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2558.] [http:// www.boe.moph.go.th/ebola.php](http://www.boe.moph.go.th/ebola.php)
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. (2558). โรคติดต่อไวรัสอีโบล่า (Ebola) ในแถบแอฟริกาตะวันตก. [ออนไลน์]. สืบค้น เมื่อ 16 มีนาคม 2558.] http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/news.php?g=1&items=1697
- สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2552). ความคิดเห็นของประชาชนต่อสถานการณ์ “ไข้หวัด 2009”: กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนใน 17 จังหวัดทั่วประเทศ. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2558, จาก www.ryt9.com/s/abcp/611212
- สุพิดา เย็นโสภา. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้น ที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภาพรรณ สิงห์เหาะ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ พิทยา จารุพูนผล และวิริณธ์ กิตติพิชัย. (2557). ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการรับและ ถ่ายทอดเชื้อในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เสี่ยง ของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2557.
- อรรณพ ปลั่งธนโอวาท. (2537). การสื่อสารเพื่อการโนมน้าวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุภาศรี เพชรสว่าง และประเสริฐ เล็กสรเสริญ. (2554). การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกร จังหวัดนนทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2554.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York : Mcgraw – Hill.
- Bloom,et al. (1956). *The Function of Excutive*. London: Oxford University Press.

- Blumler, Jay G. (1985). **Media Gratifications Research Current Perspective**. Beverly Hill : Sage Publications.
- Center for Disease Control and Prevention. (2014). **Ebola Hemorrhagic Fever**. [Online] [Accessed on 16th March, 2014] Available from: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/index.html>
- Freedman, Hilary Ellen. (1986). “**Elementary School Principals’ Leadership in Instruction and Relation,**” Dissertation Abstracts International. 35 (5) : 1545 – A.
- Gidado S, Oladimeji AM, Roberts AA, Nguku P, Nwangwu IG, Waziri NE, Shuaib F, Oguntimehin O, Musa E, Nzuki C, Nasidi A, Adewuyi P, Daniel T, Olayinka A, Odubanjo O, Poggensee G. **Public Knowledge, Perception and Source of Information on Ebola Virus Disease – Lagos, Nigeria;** September, 2014. PLOS Currents Outbreaks. 2015 Apr8. Edition 1.
- Kippax, S. and J. P. Murray. (1980). **Using the media: need gratification and perceived utility**. Communication Research. Vol.7.
- Mackay, B.C. (1992). **AIDS and Protection Motivation Theory : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms**. Michigan : A Bell and Howel Information Company.
- Melvin L. Defleur. (1970). **Theories of Mass Communication**. Second Edition, New York : David Mckey Co.,.
- Merill, John C. and Lowenstein, Ralph L. (1971). **Media Message and Men : New Perspective in Communication**. New York : David Meday Company Inc.
- Robinson, H. (1972). **Biogeography**. London : Macdonald & Evans.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. **Journal of Psychology**, 91, 93- 114.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), **Social Psychophysiology** (PP. 153-176), New York: Guilford Press.
- Sears, David O., and Freedman, Jonathan L. (1967). “Selective Exposure to Information : A Critical Review.” **Public Opinion Quarterly**. 31 : 194-213.
- Schramm, Willbur . (1973). **Channels and Audience in Handbook of Communication**. Chicago: Rac Mc Nelly College Publishing Company.
- Schramm, Wilbur. (1973). **Men Messages and Media : A look at Human Communication**. New York : Harper& Row Publisher.

- Schwartz. (1980). **International to management : Principle, practice and processes**. Harcourt. Bruce : Jovananick
- Webster, N. (1966). **Webster's third new international Dictionary**. Springfield: M. A. Gand C. Merrian Co
- World Health Organization. (2014). **Ebola Situation Report - 11 March 2015** [Online] [Accessed on 16th March, 2014] Available from:
<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-11-march-2015>
- World Health Organization. (2014). **Ebola virus disease, Fact sheet N°103 Updated September 2014**, [Online] [Accessed on 16th March, 2014] Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>
- World Health Organization. (2014). **Ebola virus disease. Fact sheet N° 103**. Geneva: World Health Organization; 2014. [Online] [Accessed on 16th March, 2014] Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/> [Accessed on 17th August, 2014]
- Yamane, Taro. (1973). **Statistics: An Introductory Analysis**. Third editio. Newyork : Harper and Row Publication.
- Zachor, L. (1975). **A Study of Factor Affecting the Environmental Knowledge of Eleventh Grade Students in Montana**. Doctoral Dissertation, University of Montana, 1974. Dissertation Abstracts International. 35 (8): 4883A.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

จังหวัด อำเภอ ตำบล
 ชื่อผู้ประสานงาน

รหัส



แบบสอบถามประเมินการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนไทย พ.ศ. 2558

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนไทย พ.ศ. 2558 ข้อมูลในแบบสอบถามจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน โดยจะใช้เพื่อการวิเคราะห์ผลในภาพรวม และจะใช้เป็นประโยชน์ในการสื่อสารความเสี่ยงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าให้แก่ประชาชนได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงให้ครบทุกข้อ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วย 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน	6	ข้อ
ตอนที่ 2	การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	5	ข้อ
ตอนที่ 3	ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	16	ข้อ
ตอนที่ 4	ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	6	ข้อ
ตอนที่ 5	ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	10	ข้อ
ตอนที่ 6	ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	10	ข้อ
ตอนที่ 7	การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	7	ข้อ
ตอนที่ 8	การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	7	ข้อ
ตอนที่ 9	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	จำนวน	7	ข้อ

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
2. อายุ ปี
3. การศึกษา ☐ 1) ประถมศึกษา ☐ 2) มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ 4) อนุปริญญาตรี/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) อื่นๆ ระบุ
5. ภูมิภาค ☐ 1) ภาคเหนือ ☐ 2) ภาคกลาง
☐ 3) ภาคใต้ ☐ 4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
☐ 5) ปริมณฑล ☐ 6) กรุงเทพมหานคร
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	การรับรู้ข้อมูล			
		เป็นประจำ	ค่อนข้างบ่อย	นานๆได้	ไม่เคยได้เลย
1	สถานการณ์และความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า				
2	วิธีการติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า				
3	อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า				
4	วิธีการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า				
5	วิธีการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า				

ตอนที่ 3 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ประเภท/แหล่งข้อมูล	การรับรู้ข้อมูล			
		เป็นประจำ	ค่อนข้างบ่อย	นานๆได้	ไม่เคยได้เลย
สื่อมวลชน					
1	โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี				
2	วิทยุ /วิทยุชุมชน				
3	หนังสือพิมพ์				
4	นิตยสาร / วารสาร				
สื่อเฉพาะกิจ					
5	แผ่นพับ / แผ่นปลิว				
6	โปสเตอร์				
7	อินเทอร์เน็ต				
8	หนังสือ /คู่มือ				
9	ป้ายปิดประกาศ (ป้ายผ้า ป้ายไว้นิล)				
10	การจัดงานตามสถานที่ต่างๆ				
11	เสียงตามสาย / หอกระจายข่าว				
สื่อบุคคล					
12	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข)				
13	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)				
14	เพื่อน /ญาติ / คนในครอบครัว				
15	คนในชุมชน / พระ / ปราชญ์ชาวบ้าน				
16	ครู / อาจารย์				

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาท่านได้รับ มีประโยชน์ ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน				
2	การนำเสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาท่านได้รับ มีความน่าสนใจ				
3	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาท่านได้รับมีความ ถูกต้อง เชื่อถือได้				
4	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาท่านได้รับ เข้าใจง่าย				
5	การนำเสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพียงพอ ต่อการรับรู้และเข้าใจ				
6	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า นำเสนอได้ทันเวลา				

ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ **ถูก** หรือ **ผิด** หรือ **ไม่ทราบ**

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	เชื้อไวรัสอีโบลานอกมากับเลือด น้ำเหลือง น้ำมูก น้ำลายของคนติดเชื้อโรคนี้			
2	ผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยมากจะแสดงอาการนำ คือไข้สูงเฉียบพลันและอ่อนเพลียมาก			
3	การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทำได้โดยการไม่สัมผัสสัตว์หรือซากสัตว์ซึ่งเป็นแหล่งอาศัยของเชื้อไวรัสอีโบล่า			
4	การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			
5	ถ้ามีบุคคลในชุมชนมีประวัติอาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เช่น กินี ไคบีเรีย และเซียร์ราลีโอน ในช่วง 21 วันต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการ			
6	การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทำได้โดยการติดตามข้อมูลข่าวสารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากกระทรวงสาธารณสุขและสื่อสาธารณะต่างๆ			
7	ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดและมีอาการไข้ต้องไปพบแพทย์และให้ประวัติการเดินทาง			
8	โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ			

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
9	การสัมผัสผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า			
10	แหล่งกำเนิดเริ่มต้นของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า คือ ทวีปแอฟริกาตะวันตก (กินี ไคบีเรีย เซียร์ราลีโอน ไนจีเรีย)			

ตอนที่ 6 ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความต่อไปนี้

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1	ในช่วงที่มีการระบาดของไวรัสอีโบล่าฉันจะอยู่ห่างจากคนผิวดำ				
2	โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นโรคที่ใกล้ตัวสำหรับฉันมาก				
3	ไม่เห็นมีความจำเป็นจะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เพราะไม่ได้ระบาดในประเทศไทย				
4	ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจ				
5	ไม่มีความจำเป็นต้องมีการป้องกัน เพราะโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเกิดได้กับเฉพาะทวีปแอฟริกาตะวันตกเท่านั้น				
6	การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคน				
7	แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคดีอยู่แล้ว การป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าก็ยังเป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับทุกคน				
8	โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง				
9	การหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นเรื่องที่เสียเวลา				
10	ฉันพร้อมที่จะไปรับวัคซีน หากมีวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า				

ตอนที่ 7 การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความต่อไปนี้

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1	โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาระบาดในทวีปแอฟริกาตะวันตกจึงไม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคขึ้นในประเทศไทย				
2	การเดินทางไปประเทศที่มีการระบาด เช่น กินี โลบีเลีย และ เซียร์ราเลโอน มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสอีโบลา				
3	โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้สัมผัสกับสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำเหลือง ของผู้ป่วย				
4	ควรหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ที่มีอาการไข้สูงและอ่อนเพลียที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด เพราะมีโอกาเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้				
5	การมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศทำให้ สูญเสียเศรษฐกิจ				
6	การมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศทำให้ ภาพลักษณ์ของประเทศเสียหาย				
7	การรับประทานอาหารที่ประกอบจากสัตว์จำพวกลิง หรือ ค้างคาว หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า อาจทำให้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้				

ตอนที่ 8 การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

ท่านเชื่อมั่นในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่มากนักเพียงใด

ที่	ข้อความ	ระดับความเชื่อมั่น			
		เชื่อมั่น มากที่สุด	เชื่อมั่น มาก	ไม่เชื่อมั่น มาก	ไม่เชื่อมั่น มากที่สุด
1	ฉันมั่นใจว่าจะสามารถกลั่นกรองความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้ออีโบล่าจากสื่อต่างๆ ได้				
2	ฉันมั่นใจว่าจะหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่เผยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุขได้				
3	ฉันมั่นใจว่าจะไม่สัมผัสสัตว์ที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ เช่น ลิง ค้างคาว ไม่ว่าสัตว์นั้นจะป่วยหรือไม่ป่วยก็ตาม				

ที่	ข้อความ	ระดับความเชื่อมั่น			
		เชื่อมั่นมากที่สุด	เชื่อมั่นมาก	ไม่เชื่อมั่นมาก	ไม่เชื่อมั่นมากที่สุด
4	ฉันเชื่อมั่นว่าจะไม่รับประทานอาหารที่ประกอบจาก สัตว์ป่า เช่น ลิง ค้างคาว หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า หรือสัตว์แปลกๆ ได้เพราะไม่ต้องการเสี่ยงให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า				
5	การที่ฉันติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้ออีโบล่าจะทำให้ฉันสามารถป้องกันตนเองจากโรคได้				
6	การที่ฉันรู้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจะทำให้ฉันเตรียมการรับมือให้กับตนเองและครอบครัวได้				
7	ฉันมั่นใจว่าจะไม่สัมผัสสัตว์ป่าเพราะไม่ต้องการเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้				

ตอนที่ 9 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1	ท่านติดตามสถานการณ์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากสื่อที่เผยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุข				
2	ท่านติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากสื่อต่างๆ				
3	ท่านศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อต่างๆ				
4	ท่านพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ากับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน				
5	ท่านตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากสื่อหลายๆ สื่อ				
6	ท่านสัมผัสสัตว์ป่าที่นำเข้ามาจากต่างประเทศโดยไม่ผ่านการตรวจโรค ทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย				
7	ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบจากสัตว์ป่า เช่น ลิง ค้างคาว หรือ อาหารเมนูพิสดารที่ใช้สัตว์ป่า หรือสัตว์แปลกๆ มาประกอบอาหาร				

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประเมินการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนไทย พ.ศ. 2558

.....

วัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่ม

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนไทย
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนไทย
4. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ในประเทศไทย

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 15 ปีขึ้นไป ที่สามารถให้ข้อมูลได้ โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มดังนี้

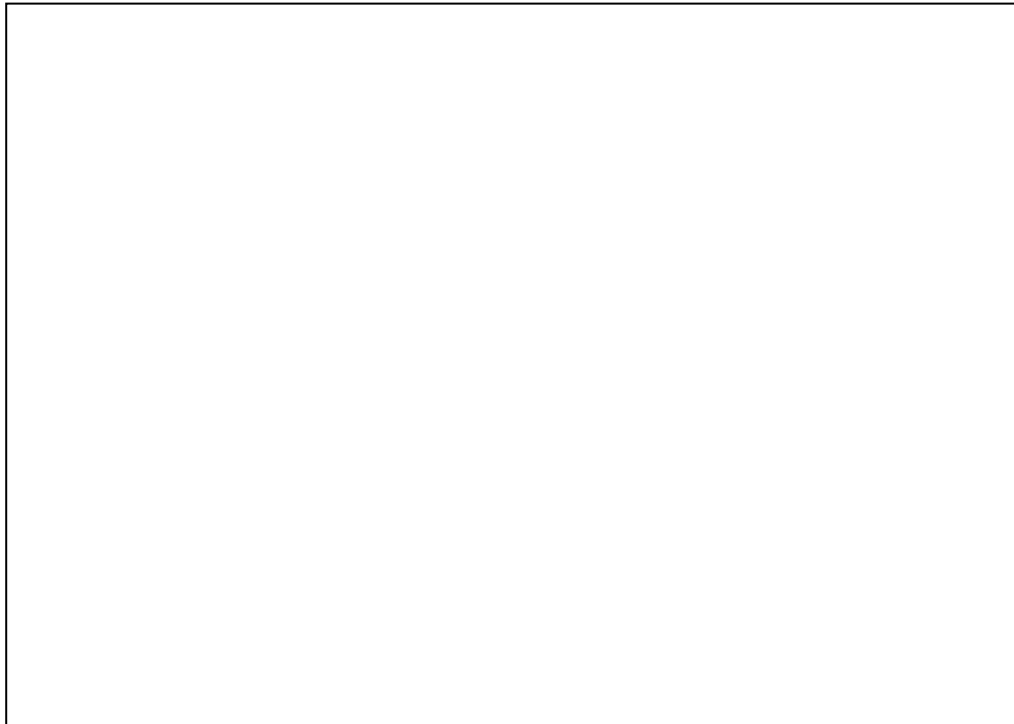
1. กลุ่มพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล
2. กลุ่มพื้นที่ภาคกลาง
3. กลุ่มพื้นที่ภาคใต้
4. กลุ่มพื้นที่ภาคเหนือ
5. กลุ่มพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ที่มีผลต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม
2. สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ขณะนี้เป็นเช่นไร
3. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาหรือไม่
 - 2.1 สารเนื้อหาของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาที่ได้รับ
 - 2.2 แหล่ง/ประเภทของสื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาที่ได้รับ
 - 2.3 ความคิดเห็นที่มีต่อข้อมูลข่าวสารของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาที่ได้รับ
 - 2.4 สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนา ในเรื่องสารเนื้อหา และแหล่ง/ประเภท
4. ท่านคิดว่ามีสาเหตุอะไรได้บ้างที่ส่งผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา และเพราะเหตุใด
5. ท่านมีการปฏิบัติตนอย่างไรเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาทั้งต่อตนเอง และต่อคนในครอบครัวและสังคม
6. ท่านคิดว่า หากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลารุนแรงในประเทศไทย ท่านจะมีวิธีการรับมือกับการระบาดนั้นอย่างไร เพราะเหตุใด
7. ปัจจุบันท่านเชื่อมั่นในการดำเนินการป้องกันปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาของประเทศไทยขนาดไหน เพราะเหตุใด
8. ท่านคิดว่าใคร หรือหน่วยงานใดที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา และควรมีแนวทางในการดำเนินการอย่างไร

แผนผังการจัดที่นั่งการสนทนากลุ่ม

พื้นที่ จังหวัด.....
 วัน..... ที่ เดือน พ.ศ. 2558 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

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

จังหวัด.....

ประเมินการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประชาชนไทย พ.ศ. 2558

ที่	ประเด็นการสนทนา	บันทึกข้อสนทนาผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม	หมายเหตุ

ลงชื่อ ผู้จัดบันทึก
(.....)

