

# การสื่อสารด้วยความกลัวสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยง ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ จริงหรือ\*

Do fear appeals reduce NCDs risk behaviors?

นิยานันท์ สำเภาเงิน\*\*

niyanan.sam@mahidol.ac.th

## บทคัดย่อ

พฤติกรรมสุขภาพที่ขาดความสมดุลเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดจากปัจจัยภายใน และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อกันอย่างซับซ้อน ผู้เขียนได้ใช้แนวทางจิตวิทยาและมโนทัศน์ความเสี่ยงอธิบายปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน ทำให้เข้าใจว่าผู้รับสารมองโรคและปฏิบัติต่อโรคในฐานะความเสี่ยงอย่างไร

อิทธิพลของปัจจัยภายในที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าเหตุใดการสื่อสารสุขภาพที่นำเทคนิคการโน้มน้าวใจแบบกระตุ้นความกลัว จึงไม่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังส่งผลเสียต่อสภาวะอารมณ์ของผู้รับสาร ทั้งนี้ ได้เสนอแนะการออกแบบและพัฒนาประเด็นเนื้อหาในการสื่อสารสุขภาพที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย

**คำสำคัญ :** การสื่อสารสุขภาพ, การสื่อสารความเสี่ยง, ประเด็นสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, จุดจับใจแบบความกลัว, พฤติกรรมเสี่ยง

---

\* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “สถานภาพงานวิจัยการสื่อสารสุขภาพที่เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” (The status of health communication research on NCDs health message) ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2559

\*\* นักวิจัยประจำสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

## Abstract

Imbalanced health behaviors are the main cause of Non-Communication Diseases (NCDs). One of the main causes derives from the complex interaction of a psychological factors and socio-cultural. This study applied a psychological approach and risk concept illustrate how audiences perceive and respond to NCDs as risk actors.

The influence of psychological and socio-cultural factors on health behaviors indicates the reason why the use of 'fear' technique is ineffective in changing NCDs risk behaviors and also increases negative emotions. This paper suggests for design and development of health communication messages that corresponds with for audiences' perception of health risks.

**Keywords:** health communication, risk communication, health message, Non-Communicable Diseases: NCDs, fear appeal, risk behavior

## 1. บทนำ

ปัจจุบันเป็นโลกแห่งการสื่อสารทำให้ผู้คนในสังคมล้วนเป็นส่วนหนึ่งของระบบการสื่อสารที่เชื่อมโยงกัน ช่องทางการสื่อสารใหม่ๆ เกิดขึ้นมากมายและสามารถดึงความสนใจจากผู้คนจำนวนมาก นอกจากนี้ เรื่องราวในสื่อยังออกมาโลดแล่นเสมือนเป็นชีวิตจริง “สาร” หรือเนื้อหาสาระที่ส่งไปยังผู้รับสารจึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับความสนใจมากขึ้น เพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการสื่อสารที่สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นทั้งในด้านความรู้ (knowledge) ทักษะคติ (attitude) และพฤติกรรม (practice) ดังนั้น เมื่อก้าวถึงบริบทของการสื่อสารสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเด็นสุขภาพ (health message) ที่ใช้จุดจับใจแบบกระตุ้นให้เกิดความกลัว (fear appeal) เป็นเทคนิคการนำเสนอแบบหนึ่งที่ออกแบบมาเพื่อสร้างการรับรู้ถึงภัยคุกคาม (perceived threat) โดยการบรรยายให้รู้สึกถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) (เช่น โรคไข้หวัดนกมีอาการใช้ชิ้นสูงและอาจเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน) ผู้รับสารอาจตกอยู่ในอันตรายและอาจติดเชื้อ (perceived susceptibility) หากไม่ทำสิ่งที่ผู้ส่งสารแนะนำ (เช่น การรับวัคซีนไข้หวัดนก กินอาหารสุกใหม่) fear appeal จึงมีวัตถุประสงค์หลักในการกระตุ้นความกลัวให้เกิดขึ้นโดยหวังผลให้เกิดการป้องกันโรค (Salazar, Crosby, Noar, Walker, & DiClemente, 2013) fear appeal ได้รับความนิยมจากผู้ส่งสารในการหยิบยกมาใช้เป็นสูตรสำเร็จเสมอมาทั้งในและต่างประเทศ ขณะเดียวกันก็มีข้อสังเกตจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องว่าแท้จริงแล้วสื่อที่นำเสนอความรุนแรงสยดสยองและสร้างความกลัวส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้รับอย่างไรและผู้รับสารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากสารนั้นหรือไม่ว่างไร

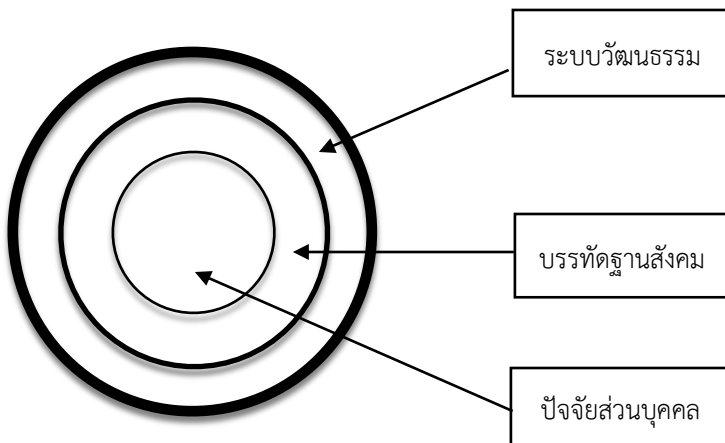
เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) เป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ขาดความสมดุล บทความนี้จึงมุ่งทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องโดยใช้แนวทางจิตวิทยา (psychological approach) ซึ่งมีจุดแข็งในการอธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1 สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค ประกอบด้วย การเกิดพฤติกรรมของมนุษย์และธรรมชาติของผู้รับสารในการมอง “โรค” ในฐานะความเสี่ยง 2 อธิบายผลลัพธ์ของการใช้ความกลัวที่มีต่อผู้รับสาร และ 3 เสนอแนวทางการใช้จุดจับใจที่สนับสนุนการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

## 2. สาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พฤติกรรมมนุษย์มิได้เป็นอิสระจากปัจจัยทางสังคม ดังนั้นในการทำความเข้าใจพฤติกรรมป้องกันโรคซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ อย่างซับซ้อน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ในภาพรวมเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับความเข้าใจสาเหตุการกระทำของมนุษย์ในการตัดสินใจป้องกันโรคอันมีปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมเป็นแรงจูงใจ

## 2.1 การเกิดพฤติกรรมของมนุษย์

พฤติกรรมเป็นสิ่งที่มีความเป็นแบบแผนค่อนข้างคงตัว เนื่องจากการได้รับการหล่อหลอมมาเป็นเวลานาน โดยมีปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและการสื่อสารในการสร้างและถ่ายทอดบรรทัดฐานในสังคม (social norm) ไปยังกลุ่มคนเพื่อสร้างทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (behavioral attitude) ให้เกิดขึ้น ทัศนคติและพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่ถูกกลุ่มในสังคมสร้างเงื่อนไขขึ้น โดยอาศัยการสื่อสารจนก่อตัวเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล มนุษย์จึงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองสิ่งเร้าไปตามที่สังคมกำหนด คาดหวัง และสร้างเงื่อนไข วัฒนธรรมจึงเป็นกรอบที่ทำให้คนในสังคมมองโลกแตกต่างหลากหลาย และมีวิธีตอบสนองต่อภัยรอบตัวในแบบแผนต่างกัน (Douglas & Wildavsky, 1982) เช่น ชาวตะวันตก มองโลกในมุมตื่นเต้น ทำหาย จึงยอมรับความเสี่ยงได้มาก จึงทำกิจกรรมที่โลดโผนอันตรายมากกว่าชาวญี่ปุ่น (Cook, Yamagishi, Cheshire, Cooper, Matsuda & Mashima, 2005) กรอบความคิดและความเชื่อในสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างแข็งแกร่งในการส่งเสริมให้เกิดการกระทำที่สอดคล้องกับกรอบทางวัฒนธรรม และยังสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตลอดรอดฝั่ง (Rozin, 1990) ขณะเดียวกัน การแสดงพฤติกรรมก็ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลด้วย เช่น นิสัย ทัศนคติ ความชอบ ตลอดจนโรคประจำตัว การเกิดพฤติกรรมใดๆ จึงเกิดขึ้นโดยได้รับอิทธิพลร่วมจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก (Bandura, 1977b; Fishbein & Ajzen, 2010; นีเยนนัท สำเภากเงิน, 2556)



รูปที่ 1 ปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมมนุษย์

คนเราสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมได้หากมีความจำเป็น เช่น เมื่อจินตนาการถึงผลลัพธ์ที่มีประโยชน์และความพอใจมากกว่าเดิม หรือเมื่อรู้สึกถึงภัยที่กำลังคุกคาม (Renn, 2008) แต่การเปลี่ยนพฤติกรรมอาจเกิดจากการนำทัศนคติใหม่เข้าไปแทนที่ โดยหากเปลี่ยนทัศนคติสำเร็จพฤติกรรมใหม่จะเกิดขึ้นในจังหวะที่เหมาะสม (timing) หรือเมื่อมีเงื่อนไข

ตลอดจนปัจจัยถึงพร้อมซึ่งอาจไม่เกิดอย่างรวดเร็วเท่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคสินค้า (DiClemente, Redding, Crosby, & Salazar, 2013; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) กล่าวคือ แม้ปัจเจกบุคคลได้รับข้อมูลและอิทธิพลจากภายนอกและพัฒนาเป็นทัศนคติที่สอดคล้องกับการเกิดการกระทำแล้วก็ตาม แต่พฤติกรรมใหม่ เช่น การป้องกันโรคจะเกิดเมื่อเขามีความพร้อมที่จะนำเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เช่น เขาอาจได้รับความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารสุขภาพบ่อยครั้ง จนก่อทัศนคติที่ดีต่อการทำอาหารสุขภาพ ประกอบกับคนในครอบครัวสนับสนุนและชอบกินอาหารสุขภาพ จึงมีกำลังใจในการทำอาหารสุขภาพให้ตนเองและคนที่ตนรัก สิ่งเหล่านี้สะสมมาระยะเวลาหนึ่งจนเมื่อมีข้อมูลเกี่ยวกับอาหารสุขภาพอย่างเพียงพอ มีอุปกรณ์และวัตถุดิบพร้อมสำหรับในการทำครัว และเมื่อมีสิ่งเร้าในจังหวะที่เหมาะสม เช่น ได้ดูวีดิทัศน์การสาธิตการทำอาหารที่ถูกใจและเข้าใจง่ายจึงจูงใจให้ทำอาหารสุขภาพรับประทานเองในวันว่าง เป็นต้น (Fishbein & Ajzen, 2010; Prochaska et al., 1992) การเปลี่ยนแปลงแผนพฤติกรรมใหม่ของมนุษย์จึงอาจใช้เวลายาวนานกว่าและอาจไม่สำเร็จก็ได้

การปรับเปลี่ยนนิสัยเดิมให้บุคคลยอมรับแบบแผนพฤติกรรมใหม่ เช่น เลิกสูบบุหรี่ หันมากินผักผลไม้ หรือออกกำลังกายเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อโรคเป็นพฤติกรรมในระยะยาว จึงมิใช่เกิดขึ้นอย่างไร้ที่มา และมีได้เกิดขึ้นอย่างฉิวเฉียดด้วยอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งคราว แต่จะเกิดโดยอาศัยรากฐานที่สะสมมาระยะหนึ่ง และเมื่อถึงจังหวะเวลาที่ปัจจัยต่างๆ มีความพร้อมบุคคลจึงลงมือปฏิบัติ การสื่อสารจึงมีหน้าที่เป็นสิ่งเร้าทางสังคมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมตามจังหวะที่เหมาะสมกับขั้นของการเปลี่ยนพฤติกรรม อันจะสนับสนุนให้เกิดการป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง (Prochaska et al., 1992) ดังนั้น การสื่อสารด้วยการกระตุ้นเร้าอารมณ์จึงอาจไม่ใช่สิ่งจูงใจเดียวในการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคในระยะยาว

## 2.2 ธรรมชาติของผู้รับสารในการรับรู้ “โรค” ในฐานะ “ความเสี่ยง”

วิธีการมองโรคของผู้รับสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้รับสารแต่ละคนคิด และแสดงพฤติกรรมต่างกันในการจัดการกับโรคในฐานะความเสี่ยง ทั้งนี้ ความเสี่ยงคือภัยที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น (นิยะนันท์ สำเภาเงิน, 2556; 2557) ความเสี่ยงจึงมีอยู่จริงและมีแนวโน้มเกิดได้ แต่ปัจเจกบุคคลจะตระหนักหรือไม่และจะทำการหลีกเลี่ยงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในเป็นสำคัญ อาทิ

### 2.2.1 ความเกี่ยวข้อง (involvement)

ท่ามกลางความเสี่ยงน้อยใหญ่ในสังคมปัจจุบันที่มีทั้งภัยอันตรายที่เกิดตามธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น ความเสี่ยงในยุคนี้จึงมีลักษณะหลากหลาย ผันผวน ซับซ้อนและซ้อนเร้นมากขึ้น ภัยร้ายเหล่านี้ยังถูกสื่อต่างๆ โหมกระพือให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวและตื่นตระหนก แม้ว่าบางคนมิใช่กลุ่มเสี่ยง เช่น โรคระบาดใหม่อย่างโรคซาร์ส ไข้หวัดนก เป็นต้น ความเสี่ยงยุคนี้จึงมีทั้งที่สัมผัสโดยตรงและรับรู้ผ่านสื่อมวลชน เช่น ภัยแล้ง โลกร้อน ยุงลายกัด เครื่องบินตก รถชน อาชญากรรม สารกัมมันตภาพรังสี ควินบูห์หรือมือสอง สารเคมีตกค้างในอาหาร

ที่อาหารดัดแปลงพันธุกรรม แบคทีเรียที่โทรศัพท์มือถือระเบิด ฯลฯ ความเสี่ยงต่างๆ จึงเป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่จริง (objective risk) แต่อาจใกล้หรือไกลตัวหรือกระทบตัวเรา แต่เราไม่รู้ ดังนั้น ภัยใดจะถูกจัดเป็นความเสี่ยงของใครจึงเป็นเรื่องของแต่ละคน (subjective risk) ที่จะเลือกรับรู้และเลือกให้ความใส่ใจ บางเรื่องที่ตนเห็นว่าเกี่ยวข้องกับตน ซึ่งสิ่งที่เลือกนั้นสะท้อนว่ามีความสำคัญกับชีวิตของเขาที่อาจแตกต่างจากมุมมองของคนอื่น (Beck, 1992; Lupton, 1999)

อย่างไรก็ตาม มนุษย์ไม่สามารถรับทุกเรื่องเหล่านี้มาพิจารณาตัดสินใจในช่วงเวลาอันจำกัด สมองจึงมีวิธีการรับมือโดยคัดกรองสารสนเทศรอบตัว เพื่อสามารถรับมือกับเรื่องต่างๆ เพื่อดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย โดยปัจเจกบุคคลจะรู้สึกว่าคุณค่าสิ่งใดเป็นความเสี่ยงจะต้องรู้สึกว่าคุณค่านั้นมีความเกี่ยวข้อง (involvement) กับเขาหรือเข้ามาคุกคามใกล้ตัว นั่นคือสิ่งนั้นต้องมีความสำคัญเพียงพอจึงจะสนใจนำมาไตร่ตรองและตัดสินใจรับมือ (Petty & Cacioppo, 1984) ทั้งนี้ เกณฑ์ในการพิจารณาซึ่งนำหน้ากว่าสิ่งใดเป็นความเสี่ยงของแต่ละคนแตกต่างกันออกไป เช่น กรณีของเด็กและวัยรุ่นที่ยังมีร่างกายแข็งแรงและไม่มีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็ง อาจมองว่ามะเร็งเป็นเรื่องไกลตัวหรือมีความเกี่ยวข้องกับตนเองต่ำ (low involvement) ดังนั้น ความเสี่ยงบางอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีลักษณะแฝงเร้นอยู่ในร่างกายอย่างเงียบๆ และมักใช้เวลานานจึงจะปรากฏอาการป่วยในวัยสูงอายุ (delayed effect) :ซึ่งอาจทำให้คนวัยเด็กขาดความตระหนักว่าเป็นความเสี่ยงสำหรับตนจึงไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันโรค

### 2.2.2 ภาพชุดความหมาย (semantic image)

มนุษย์มองโลกและสร้างความหมายผ่าน “ภาพชุดความหมาย” ซึ่งเปรียบเหมือนลิ้นชักที่บรรจุ “ความเชื่อ” ที่ถูกคนในสังคมประกอบสร้างขึ้น การมองโลกของมนุษย์จึงเป็นการเปิดรับสิ่งรอบตัวโดยผ่านเลนส์ทางสังคมและวัฒนธรรม ฉะนั้นเมื่อคนเราเปิดรับประสบการณ์ใหม่ เช่น ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค เขาจะทำการประกอบสร้างชุดความจริงของตนเองขึ้นมา และประเมินว่าเขามีความเสี่ยงโรคนั้นหรือไม่ด้วยการนำข้อมูลใหม่นั้นจัดเข้ากรอบความคิดที่มีอยู่ กระบวนการเช่นนี้จึงทำให้เกิดความเชื่อตามที่สังคมกำหนดความหมายไว้แล้ว ดังนั้นการที่คนเราจะทำสิ่งใดเพื่อป้องกันโรค จึงขึ้นกับสิ่งนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่เขามองว่าเป็นความเสี่ยงสำหรับตัวเขาหรือไม่ และถ้าใช่ การกระทำสิ่งใดเพื่อรับมือกับความเสี่ยงจึงเอนเอียงไปตามภาพชุดความหมายที่เขา มีอยู่ เช่น พรหมลิขิต พระเจ้าลงโทษ คราวเคราะห์ กฎแห่งกรรม เกมแห่งโอกาส เป็นต้น (Renn, 2008) กรอบความเชื่อเหล่านี้จึงเป็นฐานคิดที่ทรงอิทธิพลในการกำหนดโลกทัศน์ ดังนั้นหากบางคนมีความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมหรือพระเจ้าลงโทษให้เกิดโรคอาจทำให้เขามองว่าการป้องกันโรคอยู่เหนือจากการควบคุมของมนุษย์จึงอาจยอมรับโดยดีและชะลอการลงมือกระทำใดๆ ในขณะที่คนบางกลุ่มปฏิเสธความเชื่อดังกล่าวโดยมองว่าทุกสิ่งสามารถกำหนดได้ด้วยสมองและสองมือ จึงมีแนวโน้มลงมือป้องกันและแก้ไขสถานการณ์มากกว่า (Renn, 2008)

### 2.2.3 อคติเข้าข้างตัวเอง (optimistic bias)

แม้อันตรายมีอยู่รอบตัวและมีโอกาสเกิดกับทุกคน แต่คนส่วนใหญ่กลับมีธรรมชาติในการมองสิ่งต่างๆ รอบตัวโดยมีอคติเข้าข้างตัวเอง คนเรามักมองว่าเรื่องที่เป็นสิริมงคลหรือโชคดี (เช่น จับสลากปีใหม่ได้รางวัลที่ 1 การรับโชควันตรุษจีน) น่าจะเกิดขึ้นกับตนเองมากกว่าคนอื่น ส่วนสิ่งอัปมงคลหรือโชคร้าย (เช่น โรคและอุบัติเหตุ) กลับมองว่าไม่น่าจะเกิดกับตนแต่ควรจะไปเกิดกับคนอื่นมากกว่า (third-person effect) (Davison, 1983) ความคิดเข้าข้างตนเองนี้พบมากในการศึกษามุมมองที่มีต่อโรคของคนกลุ่มต่างๆ ที่แม้อาจจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง แต่ก็ปฏิเสธว่าตนเสี่ยง ดังงานวิจัยชิ้นหนึ่งซึ่งศึกษาผู้ที่มียูเรอัสไวรัส พบว่าคนเหล่านี้ต่างก็ไม่เชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ที่มีสาเหตุจากความอ้วน (Gregory, Blanck, Gillespie, Maynard, & Serdula, 2008) ส่วนอีกชิ้นหนึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงสูงจากพันธุกรรมและมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กลับไม่เชื่อและมองว่าตนเสี่ยงต่ำ (Claassen, Hennerman, Kindt, Marteau, & Timmermans, 2010) ข้อค้นพบดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นได้ชัดว่าคนส่วนใหญ่มีความคิดเข้าข้างตนเองว่าตนน่าจะปลอดภัยจากโรค แม้ว่ามีหลักฐานการวินิจฉัยตามหลักวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้แต่กลับไม่เชื่อ อคติเข้าข้างตนเองจึงเป็นกรอบความคิดที่ทรงพลังยิ่งต่อวิถีคิดของปัจเจกบุคคล การมีความคิดเข้าข้างตนเองเช่นนี้เองได้เบี่ยงเบนการรับรู้ความจริงให้ผิดพลาดอยู่เสมอ และอาจทำให้คนเหล่านี้มองข้ามการปรับพฤติกรรมตนเอง ผิดวันประกันพุง และดำเนินชีวิตด้วยพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค

### 2.2.4 ความรู้สึกคุ้นชิน (familiarity)

ตามปกติมนุษย์มักกลัวในสิ่งที่ไม่รู้จัก (unknown) และใหม่ (new) ดังนั้นเมื่อสิ่งใดที่ปรากฏให้เห็นบ่อยจนกลายเป็นเรื่องปกติ จะมีส่วนทำให้คนเราเกิดความรู้สึกคุ้นชิน (familiarity) เช่น การรับกลิ่นเหม็นจากกองขยะ และถ้าปรากฏบ่อยมากอาจนำไปสู่ความรู้สึกชินชาจนเห็นเป็นเรื่องปกติ จึงไม่กลัวหรือตระหนักในอันตรายจากสิ่งนั้น (Schmidt, 2004) ในทำนองเดียวกัน โรคที่พบบ่อยทั้งในชีวิตจริงและในสื่อแขนงต่างๆ ทำให้รู้สึกว่าการป่วยเป็นโรค เช่น เบาหวานและมะเร็ง ในยุคปัจจุบันเกือบไม่มีอะไรน่ากลัวอีกต่อไป บางคนถือเรื่องปกติ ทั้งที่ในอดีตขณะที่ยังเป็นโรคเกิดใหม่ทำให้คนรู้สึกว่าโรคนี้น่ากลัว ความเคยชินกับโรคที่พบได้ทั่วไปมีผลให้รู้สึกเป็นเรื่องปกติธรรมดาและมองโรคมองอันตรายต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimate) ตรงกันข้ามกับโรคติดเชื้อ เช่น ไข้หวัดนก โรคซาร์ส อีโบล่า ไข้เลือดออกสายพันธุ์ใหม่ เป็นต้น ที่ยังไม่เป็นที่รู้จักดีหรือยังไม่ค่อยคุ้นพบทางคลินิกมากพอ โรคติดเชื้อที่มีการปรับตัวอย่างรวดเร็ว ตลอดจนโรคแปลกใหม่ที่มาจากต่างถิ่นและนานนับ 10 ปีจึงจะพบผู้ป่วยสักคนแต่เมื่อเกิดระบาดครั้งหนึ่ง จะส่งผลให้เกิดความตื่นตระหนกกว่าจะเกิดกับตนเองและรู้สึกว่าโรคนี้น่ากลัวเกินกว่าความเป็นจริง (overestimate) ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่เราพบผู้ป่วยบ่อยจนรู้สึกคุ้นเคยจนเห็นเป็นเรื่องธรรมดาอีกทั้งสาเหตุของโรคก็เป็นพฤติกรรมประจำวันจึงอาจรู้สึกชินชาส่งผลให้คนมองอันตรายของโรคต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimate) ทั้งที่โรคเหล่านี้กำลังเป็นปัญหาสำคัญของไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลก (WHO, 2002) การมองความเสี่ยงที่บิดเบือนจากความเป็น

จริงเช่นนี้จึงส่งผลให้คนทั่วไปยังคงประมาทหรือไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงโรคไม่ติดเชื้อจึงไม่เห็นความสำคัญว่าต้องหันมาป้องกันโรคอย่างเร่งด่วนมากเท่ากับโรคติดเชื้อที่มีลักษณะรุนแรงและเฉียบพลันแต่อย่างใด จึงเกิดการระบาดอย่างรุนแรงสักครั้งและมีผู้ป่วยและเสียชีวิตโดยรวมน้อยกว่า

### 2.2.5 การเกิดผลช้า (delayed effect)

การที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันจึงก่อตัวช้า เช่น การกินอาหารไขมันสูงและไม่ออกกำลังกายเป็นเวลานานนับสิบปี ทำให้ผนังหลอดเลือดมีไขมันสะสมในปริมาณมาก แต่กว่าจะเกิดเป็นภาวะความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจต้องใช้เวลาช้านาน นอกจากนี้การที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ในร่างกายไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัด และกว่าจะเกิดอาการป่วยให้เห็นภายนอกร่างกายก็ต้องใช้เวลาเช่นกัน การเกิดผลช้าเช่นนี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงต่ำกว่าความจริง (underestimate) ตรงข้ามกับโรคใดที่มีลักษณะอาการเด่นชัด เฉียบพลัน รุนแรง และมีอำนาจการทำลายล้างสูงจะยิ่งถูกมองว่ามีอันตรายสูงกว่าความจริง (overestimate) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดเชื้อเฉียบพลันและแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปในคนหมู่มาก (Sandman, 2012)

ตารางที่ 1 สรุปลักษณะของโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงของคนทั่วไป

ประเภทโรค	การปรากฏ	สถิติผู้ป่วยและตาย	ความรู้สึกคุ้นชิน	การเกิดผล	การควบคุมตัวเอง	การรับรู้ความเสี่ยง
โรคติดเชื้อ	นานๆ ครั้ง	ต่ำมาก	ไม่ชิน รู้สึกแปลกใหม่	เร็ว	ไม่ได้	สูงกว่าความจริง
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	บ่อย	สูงมาก	เคยชิน ชินชา	ช้า	ได้	ต่ำกว่าความจริง

### 2.2.6 การควบคุมได้ด้วยตนเอง (personal controllability)

การควบคุมสิ่งใดๆ รอบตัวได้เป็นสิ่งที่คนเราปรารถนาเนื่องจากทำให้เกิดความรู้สึกถึงความมั่นคงแน่นอน และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างไร้ความกังวลใจ ในทางตรงกันข้าม หากเมื่อใดตกอยู่ในสภาวะที่ควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ จะเกิดความเครียดเพราะเรามักรู้สึกถึงความเสี่ยงและความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้รู้สึกวุ่นวายหรือไร้อำนาจ มนุษย์จึงกลัวในสิ่งที่ตนเองควบคุมไม่ได้และสิ่งที่ตนไม่มีทักษะในการควบคุม ทำให้มองว่า สถานการณ์ใดมีตนเองเป็นผู้ควบคุมจะยอมรับได้มากกว่าสถานการณ์ที่มีคนอื่นหรือสิ่งอื่นควบคุม (Lin & Peterson, 2007; Schmidt, 2004) นอกจากนี้ยังมองว่าภัยที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงมากนักหากตนทำหน้าที่ควบคุมเอง แต่กลับมองว่ารุนแรงกว่าเมื่อสิ่งอื่นทำหน้าที่ควบคุม (เช่น ความเป็นไปตามธรรมชาติ คราวเคราะห์ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์บันดาล) เนื่องจากทำให้เกิดความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนเพราะพยากรณ์ได้ยากกว่าที่ตนเป็นผู้ควบคุมเอง (Zuckerman, Knee, Kieffer, Rawsthorne, & Bruce, 1996) เนื่องจากเมื่อสิ่งอื่นเข้ามาเป็นผู้กระทำ เราจะรู้สึกว่าเราถูกกระทำ และไร้ซึ่งอำนาจ และการรู้สึกว่าคุณสิ่งอื่นควบคุมอยู่นี้เองทำให้คนเรารู้สึกถึงภาวะเสี่ยง บางกรณีจึงทำให้เกิดความรู้สึกกังวล กลัว และซึมเศร้า (Mardiyono, Songwatana, & Petpichetchian, 2011; Schmidt, 2004; Sjoberg, 2000)

ความเสี่ยงที่เป็นเรื่องส่วนตัว (private risks) ยังทำให้คนมองปัญหาต่ำกว่าความจริง (underestimate) เนื่องจากพฤติกรรมสามัญธรรมดาก่อให้เกิดอคติเข้าข้างตน (optimistic bias) ว่าสามารถควบคุมได้อย่างแน่นอนมากกว่าความเสี่ยงที่เป็นเรื่องของสาธารณะ (public risks) เพราะเรื่องส่วนรวมเป็นสิ่งที่ทำนายสาเหตุ ผู้กระทำ ความรุนแรงได้ยากกว่าจะเข้ามาคุกคามตนเองหรือไม่อย่างไร การที่มีความไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดการณ์ได้และตนไม่มีหน้าที่ควบคุมนี้ จึงทำให้มองสิ่งที่ตนไม่ได้เป็นผู้กระทำว่าอยู่เหนือการควบคุมของตน และทำให้สัมผัสได้ถึงภัยที่จะเข้ามาถึงตน (Sjoberg, 2000)

### 2.2.7 อิสระในการเลือก (freedom of choice)

การที่มนุษย์มีอิสระในการเลือก (freedom of choice) ทำพฤติกรรมใดๆ ด้วยตนเองโดยที่ไม่มีใครบังคับ ยังเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เขามีความอดทนสูงถึง 1,000 เท่า แม้ว่าสิ่งนั้นอาจก่อความทุกข์ในอนาคต (Slovic, 2000) เช่น การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่คนส่วนใหญ่เลือกเอง แม้เขาจะมีความรู้ชัดว่าการสูบบุหรี่ไม่ดีต่อสุขภาพของตนและคนใกล้ชิดตลอดจนเห็นผลได้ว่าผลของการสูบบุหรี่ไปในระยะยาวอาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด แต่ก็ยากที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น และหากทำให้เกิดอาการบ่งชี้ถึงอันตราย เช่น ไอเรื้อรังหรือเหนื่อยหอบง่าย แต่ก็ยังมีความอดทนได้สูงเพราะการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่เขาทำแล้วสบายใจ พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยปราศจากการบังคับจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งส่งผลให้คนส่วนใหญ่ยังคงยึดติดกับนิสัยส่วนตัวเดิมๆ และไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้โดยง่ายแม้ว่าตระหนักและอาจได้รับอันตรายอย่างสาหัส

ธรรมชาติของมนุษย์ในการรับรู้ความเสี่ยง จึงมีอิทธิพลต่อการมองโลกที่มีส่วนสำคัญยิ่งต่อการสนับสนุนหรือขัดขวางมิให้เปลี่ยนจากพฤติกรรมเสี่ยงไปสู่การป้องกันโรค การสื่อสารในฐานะสิ่งเร้าจะสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับความเข้าใจวิถีคิดและลักษณะทางจิตวิทยาของผู้รับสารด้วย จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังประสงค์ ส่วนจะก่อให้เกิดพฤติกรรมในทิศทางใดก็ขึ้นอยู่กับอิทธิพลจากปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยที่แวดล้อมแต่ละคนเป็นสำคัญ ทั้งนี้ที่ผ่านมาได้มีการใช้ความกลัวเป็นจุดจับใจในการออกแบบสาระสุขภาพอย่างกว้างขวาง ซึ่งทำให้พบผลลัพธ์ของการใช้ความกลัวที่มีต่อสภาพจิตใจและพฤติกรรมของผู้รับสารอย่างหลากหลาย ดังจะกล่าวต่อไป

### 2.2.8 ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน (self-efficacy)

ปัจจัยที่ทำให้มนุษย์ป้องกันโรคหรือไม่นั้นยังขึ้นกับมุมมองที่มีต่อตนเองว่ารับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จได้หรือไม่ (self-efficacy) ปัจจัยนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุดที่มีต่อการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ที่ว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (เช่น การเลิกบุหรี่) จนบรรลุเป้าหมายหรือไม่ หากเขารู้สึกเชื่อในความสามารถของตนถ้าเขาลงมือทำจะมีความเป็นไปได้ในการหยุดการพัฒนารโรค NCDs ยิ่งมีความเป็นไปได้ว่าเขาจะปฏิบัติสำเร็จ คนที่มีความเชื่อมั่นในระดับสูงจะสั่งทำหาย ตั้งเป้าหมายสูง และไม่ท้อถอยหากเกิดอุปสรรคใดๆ โดยมีการกำกับตนเองให้ไปสู่เป้าหมายได้มากที่สุดและยังไม่รู้สึกกังวลใจ ไม่ซึมเศร้าหรือติดอยู่กับความคิดแง่ลบอยู่เป็นเวลานาน แม้ว่าเกิดความล้มเหลวในระหว่างทาง คนเหล่านี้จะไม่ล้มเลิกแผนการลงโดยง่ายแต่จะเลือกทำในสิ่งทำหายและค้นหาสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ เสมอ ในทางตรงกันข้ามกับผู้ที่มี self-efficacy ต่ำ มองว่าตนควบคุมพฤติกรรมป้องกันได้จึงอาจมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ประเมินตนเองว่าไม่สามารถทำได้แม้ว่ายังไม่ลงมือทำ นอกจากนี้เมื่อเกิดอุปสรรคก็มักล้มเลิกจึงมักทำสิ่งใดไม่สำเร็จแม้เป็นเพียงการกระทำที่ง่าย (Schwarzer, BaBlar, Kwiatek, Schroder, & Zhang, 1997)

self-efficacy จึงเป็นตัวแปรที่สำคัญยิ่งต่อการตัดสินใจทำสิ่งใด และคงพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่วางไว้ ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างปัจจัยที่มีอยู่แล้วภายในที่พัฒนาเป็นความตั้งใจ (intention) ให้เกิดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นจริงๆ (intention-behavior gap) ดังนั้นผู้ที่รับรู้ความสามารถในตนสูง (high perceived self-efficacy) จะปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ได้ จึงจะมีแนวโน้มสูงที่มองการเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องเล็กน้อยที่ตนควบคุมได้ และเมื่อใดที่เขาตั้งใจเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีแนวโน้มทำสำเร็จ (Bandura, 1977a)

## 3. ผลลัพธ์ของความกลัวที่มีต่อผู้รับสาร

คนเราได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในและภายนอกรวมทั้งมีธรรมชาติการรับรู้ความเสี่ยงเป็นกรอบการกำหนดการมองโลก ดังที่กล่าวแล้ว เมื่อกลุ่มเป้าหมายได้รับสารแล้วเขาจะรู้สึกนึกคิดและป้องกันโรคหรือไม่อย่างไร จึงเป็นประเด็นที่ทำนายผู้ที่มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ

ตลอดมา แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสื่อสารด้วยจุดจับใจแบบความกลัว (fear appeal) ซึ่งเป็นแนวทางการสื่อสารที่นิยมเลือกใช้ กลับพบว่าไม่เป็นไปตามที่คาดหมาย อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลต่อผู้รับสารนอกเหนือจากที่ทำนายอีกด้วย

การกระตุ้นเร้าความกลัวเป็นการส่งสารเพื่อเตือนภัยสุขภาพโดยใช้ความกลัวเป็นจุดจับใจเพื่อให้ผู้รับสารตระหนักถึงความรุนแรงและแนวโน้มในการเกิดโรค (Basil & Witte, 2012) แต่กลับทำให้เกิดความกลัวจนรู้สึกขยะแขยงและปิดรับสื่อ บางกลุ่มมองว่าตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจึงคิดว่าสื่อเหล่านี้กำลังสื่อสารกับคนอื่นๆ การใช้ความกลัวจึงทำนายผลเชิงพฤติกรรมได้ยาก เนื่องจากปัจจัยบุคคลมีภูมิหลังอันแตกต่างกันทำให้ตีความหมายไม่สิ้นสุด (Salazar et al., 2013) เช่น ตั้งข้อสงสัยว่าเรื่องราวในสื่อไม่ใช่เรื่องจริง เพราะใช้เทคนิคที่ดูน่ากลัวจนเกินไปทำให้ผู้รับสารไม่เชื่อถือ และยังเบี่ยงเบนให้หันไปสนใจกับเทคนิคการผลิตสื่อมากกว่าจะสนใจว่าสื่อกำลังบอกอะไร (Leiss, 1996) บางกลุ่มยิ่งเครียดมากขึ้นกับอนาคตของตนเอง (Sowattanangoon, Kotchabhakdi, & Petrie, 2009) และบางกรณียังก่อให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจ หดหู่ ซึมเศร้า และกังวลยิ่งขึ้น (Bratt, Damber, Emanuelsson, Kristoffersson, Lundgren, Olsson & Grönberg, 2000) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าในการใช้สื่อกระตุ้นอารมณ์กลัวกับกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวและมีความตระหนักต่อโรคอยู่แล้ว กลับไม่ก่อให้เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด ที่เป็นเช่นนี้เพราะความกลัวที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลให้เกิดสภาวะไม่สมดุลในจิตใจ เนื่องจากเมื่อถูกกระตุ้นให้เกิดความกลัว จะเกิดความเครียดภายใน และทำให้เกิดอาการตอบสนองทางกายอีกด้วย เช่น ร่างกายหลั่งน้ำย่อย หัวใจเต้นแรง หายใจหอบถี่ เหงื่อออกมาก มือเย็น เป็นต้น ทั้งนี้ เมื่อมนุษย์เกิดความเครียด จะมีกลไกธรรมชาติทำการปรับสภาวะจิตใจให้กลับคืนสู่สภาวะปกติดั้งเดิมด้วย 2 วิธีคือ (1) จัดการกับความกลัวที่เกิดขึ้น (2) จัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดกลัว (Basil & Witte, 2012)

การใช้ความกลัวจึงส่งผลคือ อาจเบี่ยงเบนกลุ่มเสี่ยงให้หันไปจัดการกับอารมณ์ของตนเพื่อปรับลดความกลัว แทนที่จะปรับพฤติกรรมตนเองซึ่งเป็นสาเหตุที่แท้จริงของความเจ็บป่วย เช่น กลุ่มเสี่ยงที่กลัวมากยิ่งเครียดมากจึงอาจมุ่งไปสู่สิ่งที่ทำแล้วสบายใจ เช่น การหันไปสูบบุหรี่ ดื่มสุรา กินของหวาน หรือการไปตรวจโรคบ่อยๆ แต่ไม่ทำอะไรเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Salazar et al., 2013; นิยะนันท์ สำเภาเงิน, 2556) สื่อที่นำเสนอด้วยความรุนแรงน่ากลัวที่เข้าไปเพิ่มความเครียดและความกังวลใจมากขึ้น จึงอาจนำไปสู่การหาทางออกด้วยการทำบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ใช่การแก้ปัญหาที่สาเหตุที่แท้จริง ซึ่งส่งผลให้สุขภาพเลวลงอีกด้วย

การที่คนเราตระหนักว่าตนมีความเสี่ยงต่อโรคและพยายามหลีกเลี่ยง แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้เต็มที่ เมื่อถูกทำให้เกิดความกลัวจะยิ่งเกิดความรู้สึกเครียดและกังวลใจมากขึ้น เนื่องจากการที่เขาต้องการจะเปลี่ยนแปลงตนเองแสดงว่าเขาตระหนักถึงปัญหาแต่การที่ตนกลับต้องอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์รอบตัวได้ เมื่อได้รับการกระตุ้นความกลัวยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกเลวลง เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ดังนั้น การใช้ความกลัวกับกลุ่มเป้าหมายที่มีความตระหนักและกลัวโรคอยู่ แต่ยังไม่ใช่อะไรที่จะเขาสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ จึงมีแต่เพิ่มความอึดอัดขัดแย้งภายในใจในขณะเดียวกันก็ไม่สามารถ

เปลี่ยนพฤติกรรมได้แต่อย่างใด (นิเยนนท์ สำเภากเงิน, 2556) การเริ่มต้นปฏิบัติตนในแนวทางป้องกันโรค เป็นการเปลี่ยนนิสัยส่วนตัวที่ต้องการจังหวะเวลาที่บุคคลมีความพร้อมและจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายตัวส่งผลร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้หนึ่งมีปัจจัยหลักที่สนับสนุนการเปลี่ยนพฤติกรรมอาจมิได้หมายความว่าเขาจะเริ่มปฏิบัติในเวลาอันใกล้ แต่ยังคงชะลอการป้องกันอีกด้วย เช่น กรณีกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง นิเยนนท์ สำเภากเงิน (2556) พบว่าผู้ที่เคยชิน (familiarity) กับโรคมะเร็งและไม่รู้สึกลัวโรค (dread) แต่มีลักษณะมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองสูง (high self-efficacy) แม้ว่าถูกกระตุ้นความกลัวแต่กลับไม่ทำให้เกิดการป้องกันมากขึ้นแต่อย่างใด การที่ตัวแปรหลายตัวส่งผลร่วมกันกลับกลายเป็นอุปสรรคต่อการเริ่มพฤติกรรมป้องกันการป้องกัน ดังนั้นการกระตุ้นอารมณ์กลัวในบางกรณีจึงไม่สามารถรับรองผลได้ว่าจะเกิดผลเช่นไร การเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมในบางกรณีจึงมิได้เป็นกระบวนการที่เรียบง่าย เพียงเกิดจากการรับรู้ตัวอาการหรือผลที่รุนแรงและน่ากลัวของโรคแล้วจะเกิดการป้องกันในช่วงเวลาอันใกล้

การส่งสารในแนวทางเข้าอารมณ์กลัวในบริบทสุขภาพ ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเสี่ยงและญาติมิตรเป็นกลุ่มที่กำลังประสบกับทุกข์จากความเจ็บป่วย ซึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง จึงเป็น “การเล่นกับอารมณ์” ที่คาดการณ์ผลลัพธ์ได้ยากเนื่องจากปัจจัยภายในและภูมิหลังที่แตกต่างกันของผู้รับสาร หลายกรณี ทำให้เกิดประสบการณ์ด้านลบและความทรงจำฝังลึก เบี่ยงเบนความสนใจไปที่เทคนิคการออกแบบสื่อ รวมทั้งอาจเกิดการหาทางออกเพื่อระบายอารมณ์ที่ไม่แก้ปัญหายั่งยืนทำลายสุขภาพ และในบางกรณี ความซับซ้อนของตัวแปรที่ส่งผลร่วมกันยังชะลอการเปลี่ยนพฤติกรรมอีกด้วย ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพด้วยการเข้าอารมณ์กลัวจึงควรตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้รับสารรวมทั้งอาจจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและเลือกใช้อย่างรอบคอบ

#### 4. จุดจับใจที่สนับสนุนให้เกิดการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คนบางกลุ่มสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้แต่คนส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนจากภายนอก แต่ไม่ว่ากรณีใด การเปลี่ยนแปลงต้องได้รับความร่วมมือจากปัจเจกบุคคลซึ่งตระหนักถึงความเสี่ยงหรือโรคที่อาจเกิดขึ้นกับตน ทั้งนี้เมื่อคนเราต้องการปรับเปลี่ยนตัวเองจะมองหาช่องทางที่อยู่ในวิสัยที่เขาทำได้และสร้างความพึงพอใจ เช่น มีพื้นฐานความรู้ ความชอบ ความถนัด มีอุปกรณ์เพียงพอ ไม่ขัดแย้งกับความรู้สึกของคนใกล้ชิดมากนัก และมีความเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ (Bandura, 1977a; Fishbein & Ajzen, 2010) เมื่อหลายปัจจัยประกอบกันเขาจะรู้สึกว่าเขาสามารถควบคุมสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ (controllability) ทางตรงข้าม หากเป็นเรื่องที่ยังไม่ได้ถูกค้นพบเป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ หรือเป็นเรื่องอาการและความรุนแรงของโรคจะเป็นเรื่องเฉพาะของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เป็นผู้ควบคุมโรคหรือหากเป็นสิ่งที่พระเจ้าหรือธรรมชาติกำหนดมาแล้ว เช่น ยีนและพันธุกรรม ยิ่งมองว่าพัน

จากความสามารถที่ตนจะสามารถรับมือกับข้อควบคุมได้หรืออยู่เหนือวิสัยที่ตนในฐานะคนธรรมดาจะเปลี่ยนแปลงอะไรได้นั่นเอง



### รูปที่ 2 โมเดลการรับรู้โรค NCDs ในฐานะความเสี่ยง

ตามที่ “ความเสี่ยง” มีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ (1) ภัยอันตราย (hazard) ในที่นี้คือโรค โดยอาการและความรุนแรงน่ากลัวของโรค (dread) เป็นสิ่งสะท้อนถึงอันตราย (2) แนวโน้มการเกิดโรค (probability) ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนความไม่แน่นอนที่อาจคุกคามสุขภาพ (uncertainty) (นิยะนันท์ สำเภากิน, 2556; 2557) แต่คนทั่วไปและผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพต่างก็มีมุมมองและวิธีคิดต่อความเสี่ยงแตกต่างกันคือ

คนทั่วไป (laypersons) มองความเสี่ยงว่าเป็นภัยที่น่าจะทำอันตรายต่อตนเองหรือสร้างความยากลำบากในการดำรงชีพ การรวมกลุ่ม และความอยู่รอด คนทั่วไปรับรู้ความเสี่ยงโดยใช้ความคิดความรู้สึก ผัสสะทั้ง 5 ความเสี่ยงในความหมายของคนทั่วไปจึงประกอบด้วยปัจจัยสำคัญยิ่งคือ “ความรู้สึกกลัว” ว่าอาจเกิดกับตน (Recchia, 1999) ตลอดจนความรู้ที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา สัญชาติญาณและญาณหยั่งรู้ในการประเมินความเสี่ยงในฐานะ “ความจริง” ที่ปรากฏอยู่รอบตัว กระบวนการนี้เป็นไปอย่างเรียบง่ายและเป็นหนึ่งเดียวกับวิถีชีวิต ด้วยเหตุนี้ การรับรู้ความเสี่ยงของคนทั่วไปจึงเป็นระบบเตือนภัยที่มนุษย์มีอยู่ ดังนั้น “ความเสี่ยง” ในความหมายของ “คนทั่วไป” จึงมีลักษณะเป็น “ภาพรวม” และเป็น “อัตวิสัย” ทั้งนี้ การรับรู้ความเสี่ยงของคนทั่วไปก็เพื่อประเมินว่าตนเองมีความเป็นไปได้จะถูกรอคคุกคาม หรือไม่เพื่อจะได้พิจารณาหาทางป้องกันแก้ไขต่อไป

ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (health experts) แยกความรู้สึกส่วนตัวและประเมินความเสี่ยงโดยแยกจากความรู้สึกและบริบททางสังคมวัฒนธรรม จึงมองความเสี่ยงเป็นรูปธรรมที่วัดได้ ใช้เกณฑ์และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการวัดระดับความรุนแรงของโรคออกมาเป็นรูปธรรมโดย ดังนั้นความเสี่ยงในความหมายของผู้เชี่ยวชาญคือ “ปัจจัยเสี่ยง” (Lupton, 1999) ความเสี่ยงในความหมายของผู้เชี่ยวชาญจึงปราศจากความรู้สึกส่วนตัวและมักเป็นการประเมินความเสี่ยงของผู้อื่นไม่ใช่ตนเอง มุมมองของทั้งสองกลุ่มจึงตรงข้ามกันดังสรุปในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 สรุปลักษณะของการรับรู้ความเสี่ยงระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกับคนทั่วไป

กลุ่มคน	การรับรู้ความเสี่ยง*			
	ปรัชญา/ฐานคิด	วิธีการ	เครื่องมือ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	- วัตถุประสงค์	- แบบวิทยาศาสตร์ แยกความรู้สึกส่วนตัว - วัดได้ชัด เป็นรูปธรรม - แยกปัจจัยเสี่ยงออกจากกัน	- มนุษย์สร้างขึ้น และมีความซับซ้อน	ผู้อื่น
คนทั่วไป	- อัตวิสัย	- แบบธรรมชาติและเต็มไปด้วยความรู้สึก - วัดไม่ได้แน่นอน - พิจารณาหลายปัจจัยและประเมินเป็นภาพรวม	- เป็นธรรมชาติได้แก่สมอง, ผัสสะทั้ง 5, สัญชาติญาณ, ญาณหยั่งรู้, ความรู้ที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา	- ตนเอง/ คนใกล้ชิด

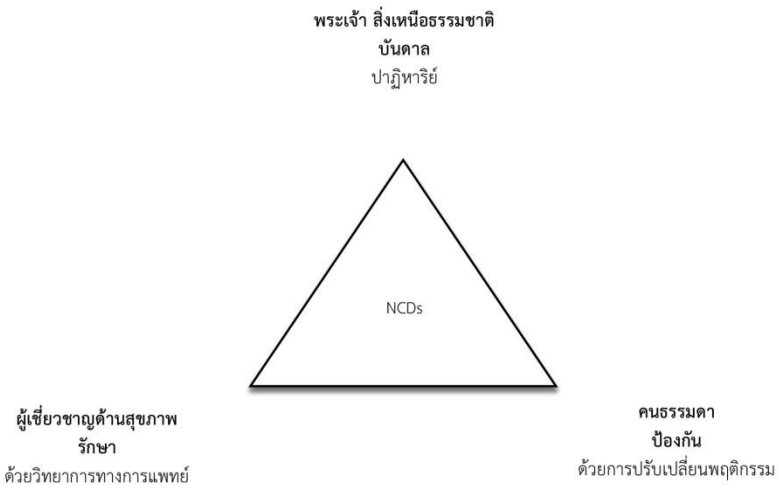
\* ข้อสังเกต การแบ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นไปเพื่อความชัดเจนและง่ายต่อการทำความเข้าใจ โดยในความเป็นจริงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและคนทั่วไปอาจมิได้มีการรับรู้ต่างกันอย่างสิ้นเชิงเช่นนี้แต่มีลักษณะเป็น “แนวโน้ม”

“การรับรู้ความเสี่ยง” ของคนสองกลุ่มนี้เป็นไปในทางตรงข้ามทั้งปรัชญา ความหมาย ความเชื่อ วิธีการ เครื่องมือและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กรอบการอ้างอิง (frame of reference) ในการมองความเสี่ยงด้านสุขภาพแบบชั่วคราวข้ามนี้เอง ทำให้ตีความหมายความเสี่ยงแตกต่างกัน กลายเป็นจุดเริ่มต้นของความไม่เข้าใจกัน และเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการสื่อสาร ดังนั้นเมื่อใดที่สองฝ่ายนี้มีปฏิสัมพันธ์กันจึงไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงได้โดยง่าย เช่น เมื่อแพทย์ พยาบาลหรือนักส่งเสริมสุขภาพแจ้งผลตรวจสุขภาพที่เป็นตัวเลข เช่น ค่าสถิติที่ปราศจากความหมายให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงทราบ เขาจึงอาจไม่เชื่อและเข้าใจตัวเองว่าตนน่าจะปลอดภัยจึงปฏิเสธความจริง ไม่เห็นความสำคัญ เพิกเฉยต่อข้อมูลนั้นรวมทั้งคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่มักเป็นแนวทางบังคับหรือสั่งการเพื่อควบคุมโรคอย่างเด็ดขาด จึงอาจทำให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยปฏิเสธความร่วมมือในการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นต้น (Leiss, 1996)

ความแตกต่างดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ (health experts) ซึ่งมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคอาการและความรุนแรงของโรคจึงมองว่า โรคสามารถวัดได้ตรวจพบปัจจัยเสี่ยงได้ ประเมินความรุนแรงได้และเป็นสิ่งที่ตนเองควบคุมได้จึงสามารถปฏิบัติต่อโรค (ที่เกิดกับผู้อื่น) โดยทำการรักษาได้โดยปราศจากความรู้สึกส่วนตัว ในขณะที่คนทั่วไป (laypersons) ไม่มีความรู้ในการจัดการกับอาการของโรค แต่รับรู้อาการและความเสี่ยงโรคได้ด้วยประสาทสัมผัส จึงมีวิธีคิดและมุมมองที่มีต่อโรคในฐานะความเสี่ยงซึ่งเต็มไปด้วยความรู้สึกจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติต่อโรคต่างกัน (Lupton, 1999) สองส่วนที่เหลือต่างก็เห็นการควบคุมคือสิ่งที่ธรรมชาติกำหนดแล้วมาเป็นเรื่องของสิ่งเหนือธรรมชาติ กรรม หรือพระเจ้าบันดาล ปาฏิหาริย์ ส่วนอาการและความรุนแรงซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงความน่ากลัวนั้นเป็นเรื่องที่ต้องทำการควบคุมรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดังนั้นทั้งสองส่วนนี้จึงเป็นเรื่องที่เหนือการควบคุมของคนทั่วไป ดังนั้นเมื่อคนธรรมดาทั่วไปจะกระทำสิ่งใดเพื่อป้องกันโรค จะพบว่าสิ่งที่เขาสามารถทำการควบคุมการเกิดโรคไม่ติดต่อมิให้เกิดขึ้นในอนาคต คือการปรับพฤติกรรมส่วนตัวของตนเอง ไม่ใช่การรักษา ดังนั้น ปัจจัยด้านความรุนแรงและน่ากลัวของโรคจึงไม่สามารถผลักดันให้กลุ่มเสี่ยงตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเองแต่สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญกว่าคือ มุมมองส่วนตัวที่ว่าเขามีความสามารถในการควบคุม (perceived controllability) พฤติกรรมป้องกันโรคเหล่านั้นได้หรือไม่

การสื่อสารที่เร้าอารมณ์กลัวให้เกิดขึ้น โดยมีการนำเสนออาการและความรุนแรงของโรคมายังผู้รับสารจะเป็นการสื่อสารที่ผิดฝาดผิดตัว แต่หากมุ่งเสนอการควบคุมแนวโน้มการเกิดโรคโดยเน้นที่ประเด็นการควบคุมได้ด้วยตนเองและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนให้เกิดขึ้น อาจทำให้เขาเห็นช่องทางให้คนธรรมดาทั่วไปที่สามารถทำการป้องกันโรค NCDs ได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมืออันซับซ้อน

การเลือกจุดจับใจที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของคนทั่วไป จึงอาจไม่จำเป็นต้องใช้วิธีกระตุ้นความกลัวเสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มบุคคลที่รับรู้ความเสี่ยงเป็นกลุ่มที่ตระหนักว่าตนมีความเสี่ยงตลอดจนมักมีความรู้สึกกลัวโรคอยู่แล้ว การเลือกนำเสนอประเด็นที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของผู้รับสาร จะทำให้เขาเล็งเห็นว่าตนควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงได้ด้วยตนเองอาจเป็นอีกวิธีหนึ่ง que เพิ่มแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมป้องกันเนื่องจากปัจจัยแวดล้อมและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้รับสารมีหลากหลายปัจจัยและการมองโรค NCDs ในฐานะความเสี่ยงทำให้สามารถระบุได้ว่าคนธรรมดาทั่วไปสนใจที่ “แนวโน้ม” การเกิดโรค มิใช่ “อาการและความรุนแรง” การส่งสารจึงอาจไม่จำเป็นต้องเลือกใช้เพียงแนวทางการสร้างความกลัวด้วยเนื้อหาสารและเทคนิควิธีสร้างความกลัวด้วยอาการและความรุนแรงแม้ว่าโรคจะมีอาการร้ายแรงเพียงใด เนื่องจากขัดแย้งกับธรรมชาติในการรับรู้ของคนธรรมดาทั่วไป (laypersons) ที่จะสามารถควบคุมได้เองและยังเพิ่มความเครียดให้มากขึ้นอีกด้วย



รูปที่ 3 “ผู้กระทำ” และ “การกระทำ” ที่มีต่อโรค NCDs

การปฏิบัติการสื่อสารสุขภาพใดๆ เพื่อมุ่งให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ขาดความสมดุลจึงควรทำความเข้าใจมุมมองของมนุษย์ในการรับรู้โรคในฐานะความเสี่ยงและควรตระหนักถึงผลลัพธ์ของจุดจับใจด้านความกลัวดังได้กล่าวไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้รับสารที่ “รู้สึก” ว่าตนมีความเสี่ยงต่อโรค ไม่จำเป็นต้องเน้นความรุนแรงและความน่ากลัวของโรคแต่ควรกระตุ้นที่ปัจจัยภายในของปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่นำไปสู่การเกิดความตั้งใจเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง เช่น การรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเอง (perceived self-efficacy) เช่น หลังจากนำพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการส่งเสริมมาอยู่ให้เป็นกิจกรรมที่

วัดได้และเห็นชัดเป็นรูปธรรม (เช่น ออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ววันละ 30 นาทีสัปดาห์ละ 3-4 วัน) แล้วสื่อสารเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ได้จริง ตลอดจนสร้างความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ในระยะยาวแม้มีอุปสรรค เช่น แดดร้อนหรือฝนตกเขาก็ยังคงพฤติกรรมการเดินเร็ววันละ 30 นาทีในที่ร่มได้ เช่น ในสำนักงานหรือในห้างสรรพสินค้า เป็นต้น ทั้งนี้ การมุ่งสู่เป้าหมายอาจจำเป็นต้องได้รับกำลังใจและการสนับสนุนอย่างแข็งขันจากคนใกล้ชิดของเขาด้วย (Crosby, Salazar, & DiClemente, 2013) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ขัดแย้งกับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและปัจจัยทางจิตวิทยาอื่นๆ เนื่องจากปัจจัยภายในและภายนอกต่างก็ส่งผลต่อกัน เช่น ความรู้สึก (feeling) ค่านิยม (value) ทศนคติ (attitude) และความชอบ (preference) เป็นต้น (Bandura, 1977a; Fishbein & Ajzen, 2010; นิยะนันท์ สำเนาเงิน, 2557)

## 5. บทสรุปและสังท้าย

การเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นกับปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยภายนอกและภายในอันหลากหลาย อาทิ ค่านิยมทางสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาพพุดความหมาย อคติเข้าข้างตนเอง ความเกี่ยวข้อง ความเคยชิน มีความเป็นไปได้ในการควบคุมโรค และเกิดจากความเชื่อในความสามารถในตนเองว่าตนเองสามารถป้องกันโรค พฤติกรรมจึงไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นด้วยการกระตุ้นอารมณ์เพียงชั่วคราวซึ่งมีที่มาจากการล่อหลอมจากสังคมและการสะสมประสบการณ์ความรู้และทัศนคติในระยะยาวจนกระทั่งถึงเวลาที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล

การสื่อสารทำหน้าที่เป็นสิ่งเร้าจากภายนอก ที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่สอดคล้องกับการป้องกันโรค ตลอดจนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่การสื่อสารประเด็นสุขภาพ (health message) ที่มีศักยภาพในการโน้มน้าวใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาจไม่จำเป็นต้องใช้ความกลัวเป็นจุดจับใจเท่านั้น เนื่องจากการนำความกลัวมาเป็นจุดจับใจในสารจัดเป็นการสื่อสารในเชิงลบซึ่งสุ่มเสี่ยงต่อความสำเร็จในการสื่อสาร เช่น ลดความเชื่อถือต่อสาร และเบี่ยงเบนความสนใจไปที่เทคนิคการผลิตสื่อ เป็นต้น หลายกรณีไม่นำไปสู่การป้องกันโรคและก่อให้เกิดผลเสียเชิงอารมณ์และพฤติกรรมของผู้รับสารอีกด้วย ดังนั้นการสื่อสารกับกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่สมดุล จึงอาจไม่จำเป็นต้องเน้นอาการและความรุนแรง แต่ควรสื่อสารเชิงบวก โดยส่งเสริมที่ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลสูงต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ในวิสัยของคนทั่วไปสามารถปฏิบัติได้คือ การรับรู้การควบคุมได้ (perceived controllability) และ การรับรู้ความสามารถแห่งตน (perceived self-efficacy)

แนวทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของคนทั่วไปและอยู่ในวิสัยที่สามารถปฏิบัติได้จริงจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีความเป็นไปได้ ลดความรู้สึกด้านลบและส่งเสริมกำลังใจในการปฏิบัติในระยะยาว อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ด้านการสื่อสาร

สุขภาพในประเทศไทยอาจยังไม่เพียงพอที่จะระบุได้ว่าควรใช้จุดจับใจเช่นไรในบริบทสุขภาพใด จึงยังต้องการการแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับตัวแปรทางจิตวิทยาการรับรู้ความเสี่ยงอันจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบประเด็นสุขภาพที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้รับสารในบริบทสังคมไทยต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- นิยะนันท์ สำเภากเงิน. (2556). อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง. ปรินญาณิเทศศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นิยะนันท์ สำเภากเงิน. (2557). อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา*, 2557(2), 38-58.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social Learning Theory*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Basil, M., & Witte, K. (2012). Health risk message design using the extended parallel process model. In H. Cho (Ed.), *Health Communication Message Design: Theory and Practice* (pp.41-58). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Beck, U. (1992). *Risk Society*. London: Sage Publications.
- Bratt, O., Damber, J. E., Emanuelsson, M., Kristoffersson, U., Lundgren, R., Olsson, H., & Grönberg, H. (2000). Risk perception, screening practice and interest in genetic testing among unaffected men in families with hereditary prostate cancer. *European Journal of Cancer*, 36(2), 235-241. doi:10.1016/s0959-8049(99)00272-5
- Claassen, L., Hennerman, L., Kindt, I., Marteau, T. M., & Timmermans, D. R. M. (2010). Perceived risk and representations of cardiovascular disease and preventive behavior in people diagnosed with familial hypercholesterolemia: A Cross-sectional Questionnaire Study. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 33-43.
- Cook, K. S., Yamagishi, T., Cheshire, C., Cooper, R., Matsuda, M., & Mashima, R. (2005). Trust building via risk taking: A cross-societal experiment. *Social Psychology Quarterly*, 68(2), 121-142.

- Crosby, R. A., Salazar, L. F., & DiClemente, R. J. (2013). Social cognitive theory applied to health behavior. In R. J. DiClemente, L. F. Salazar, & R. A. Crosby (Eds.), *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Davison, W. P. (1983). The third-person effect in communication. *Public Opinion Quarterly*, 47(1), 1-15.
- DiClemente, R. J., Redding, C. A., Crosby, R. A., & Salazar, L. F. (2013). Stage models for health promotion. In R. J. DiClemente, L. F. Salazar, & R. A. Crosby (Eds.), *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. Burlington, MA: Jones & Bartlett.
- Douglas, M., & Wildavsky, A. (1982). *Risk and culture: The essay on the selection of technological and environment dangers*. Los Angeles and London: University of California Press.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Gregory, C. O., Blanck, H. M., Gillespie, C., Maynard, L. M., & Serdula, M. K. (2008). Perceived health risk of excess body weight among overweight and obese men and women: Differences by sex. *Preventive Medicine*, 47(1), 46-52.
- Leiss, W. (1996). Three phases in risk communication practice. In H. Kunreuther & P. Slovic (Eds.), *Challenge in risk assessment and risk management: annals of American academy of political and social science, special issue on risk*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lin, I., & Peterson, D. D. (2007). *Risk communication in action: The tools of message mapping*. Cincinnati, Ohio: National Risk Management Research Laboratory Office of Research and Development, United States Environmental Protection Agency.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. New York: Routledge.
- Mardiyono, Songwatana, P., & Petpichetchian, W. (2011). Concept of analysis of perceived control. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2 Jul 2011), 225-243.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1984). The effect of involvement on responses to argument quantity and quality: Central and peripheral routes to persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(January), 69-81.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Recchia, V. (1999). *Risk communication and public perception of technological hazards*. Retrieved from paper.ssrn.com/taf?ABSTRACT\_ID=200573
- Renn, O. (2008). Concept of risk: An interdisciplinary risk concept part 1. *GAIA*, 17(1), 50-66.
- Rozin, P. (1990). Sociocultural Influences on human food selection. In E. D. Capaldi (Ed.), *Why we eat what we eat: The Psychological of eating*. Washington DC: American Psychology Association.
- Salazar, L. F., Crosby, R. A., Noar, S. M., Walker, J. H., & DiClemente, R. J. (2013). Models based on perceived threat and fear appeals. In R. J. DiClemente, L. F. Salazar, & R. A. Crosby (Eds.), *Health Behavior fo Public Health: Principles, Foundations, and Applications*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Sandman, P. M. (2012). *Responding to community outrage: Strategies of effective risk communication*: AIHA.
- Schmidt, M. (2004). Investigating risk perception: A short introduction. In M. Schmidt (Ed.), *Loss of Agro-biodiversity in Vavilov centers, with a special focus in risks of genetically modified organism (GMOs)*. Vienna, Austria.
- Schwarzer, R., BaBler, J., Kwiatek, P., Schroder, K., & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the general efficacy scale. *Applied Psychology*, 46(1), 69-88.
- Sjoberg, L. (2000). Factors in risk perception. *Sociaety for Risk Analysis*, 20, pp.1-11.
- Slovic, P. (2000). *The perception of risk*. London: Earthscan.
- Sowattanagoon, N., Kotchabhakdi, N., & Petrie, K. J. (2009). The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 84(3), 245-251.
- WHO. (2002). *World health report*. Geneva: World Health Organization.
- Zuckerman, M., Knee, C. R., Kieffer, S. C., Rawsthorne, L., & Bruce, L. M. (1996). Beliefs in realistic and unrealistic control: Assessment and implications. *Journal of Personality*, 64, 435-464.