

อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสาร เพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง

นิยะนันท์ สำเภาเงิน*

ดวงกมล ขาติประเสริฐ*

Abstract

The objectives of this research was to study influences of risk perception on health behavior and to seek to develop communication guidelines for preventive behavior on non-contagious syndromes of risk group in 2 case studies; Colorectal Cancer and Heart Disease. The study was divided into 2 phases. The first phase was survey research comprising Correlation Analysis, Multiple Regression Analysis, and 3-way ANOVA on 800 cases (400 cases for each disease). The second phase was a qualitative research, collecting data by in-depth interview with 23 key informants and analyzing through grounded theory method. The result at the first phase finds that for both case studies, risk behaviors are affected by different factors. While Colorectal Cancer, risk behaviors are affected by, perceived familiarity and perceived dread by 3-way interaction effects with self-efficacy, risk behaviors for Heart Disease are affected by perceived self-efficacy, perceived control by myself, perceived loss, and perceived nearness. At the second phase, the study proposes self-efficacy message as a communication guideline, self-efficacy messages increases not only positive attitude but also preventive intention in both cases of high risk group.

* นิยะนันท์ สำเภาเงิน(นศ.ด. นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556) ปัจจุบันเป็นนักวิจัยประจำสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย มหาวิทยาลัยมหิดล และ 'ดวงกมล ขาติประเสริฐ (Ph.D. Mass Communication, University of Wisconsin-Madison, USA) ปัจจุบันดำรงตำแหน่งคณบดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งจากวิทยานิพนธ์เรื่อง "อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง" ของนิยะนันท์ สำเภาเงิน โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ขาติประเสริฐเป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและศึกษาแนวทางการสื่อสารที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิกได้ใหญ่และโรคหัวใจระยะที่ 1 ดำรงกรณีศึกษาละ 400 คน รวม 800 คน ประมวลผลด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์ถดถอยพหุ และการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปร ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคเมตาบอลิกได้ใหญ่ คือ ความคุ้นเคยและความน่ากลัว โดยมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับความสามารถในตน ส่วนตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหัวใจคือความสามารถในตน การควบคุมได้ด้วยตนเอง ความสูญเสียและความใกล้ชิดระยะที่ 2 สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเสี่ยงสูง 23 คน วิเคราะห์โดยวิธีสรุปจากข้อมูล พบว่าแนวทางการสื่อสารด้วยการส่งเสริมความสามารถในตนทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงทั้ง 2 โรคส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกและเกิดความรู้สึกรู้สึกดีใจอยากปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันมากกว่าแนวทางการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมความสามารถในตน

บทนำ

การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับปัจเจกบุคคลและสังคม ในระดับปัจเจกบุคคลผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ดังปรารถนา ทั้งยังมีอารมณ์มั่นคงสามารถรักษาความสัมพันธ์กับคนรอบข้างตลอดจนประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ในทางกลับกันความเจ็บป่วยนอกจากจะก่อให้เกิดภาระการรักษาในระยะยาวยังกระทบต่อสถานะอารมณ์และความสัมพันธ์ เช่น Okumura & Ito (2013) ระบุว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดมีภาวะไขมันสูง อาจเกิดภาวะเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มียาได้ต่ำ และยังส่งผลให้เกิดความทุกข์ ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ส่วนในระดับสังคมนั้นประชากร

ที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ Ekwueme et al. (2014) กล่าวว่า แรงงานที่ไม่เจ็บป่วยทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องแต่หากประชากรวัยทำงานกลายเป็นผู้ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคเมตาบอลิกตั้งแต่วัย 30-40 ปี จะก่อให้เกิดความสูญเสียโอกาสผลิตภาพและรายได้ตลอดช่วงชีวิต การดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพดีจึงเป็นเรื่องของทุกคนและจะช่วยลดความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศได้นับแสนล้านบาท (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556)

ที่ผ่านมาสังคมไทยขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคดังมีพฤติกรรมการกินผักผลไม้ในปริมาณเพียงพอต่อการป้องกันโรค (5 หน่วยมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน) เพียงร้อยละ 21.7 ลดลงจากร้อยละ 22.5 (สำนักโรคไม่ติดต่อและศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554: 727-732) สถิติดังกล่าวเป็นตัวอย่างให้เห็นว่าสังคมไทยยังมิได้ตระหนักถึงการป้องกันโรคไม่ติดต่อ นอกจากนี้ความไว้วางใจ (trust) ที่มีต่อเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ยังทำให้คนส่วนใหญ่มีความกลัวโรคน้อยลงและมีพฤติกรรมป้องกันต่ำ (Allen, Kennedy, Wilson-Glover, & Gilligan, 2007) ประกอบกับโรคไม่ติดต่อก่อตัวช้า (delayed effect) ทำให้รับรู้ความเสี่ยงต่ำ (underestimate) เพราะโดยทั่วไปมนุษย์จะประเมินความเสี่ยงที่เกิดฉับพลันสูงกว่าความจริง (overestimate) (Sandman, 1985) ดังนั้น การสื่อสารเพื่อให้ความรู้และเสริมสร้างทัศนคติของคนในสังคมวงกว้างจึงมีความจำเป็น การสื่อสารจะช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและปรับทัศนคติของปัจเจกบุคคล (Fishbein & Ajzen, 1975) และเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการเพิ่มประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพของคนในสังคม

ในขณะที่การศึกษาการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นแนวทางเน้นผู้ส่งสาร (sender-oriented approach) ใช้ทฤษฎีกลุ่มการสื่อสารมวลชน (Mass Communication Theories) แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication) การเสริมพลัง (Empow-

erment) (ดวงพร คำคุณวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภาเงิน, & สุนิดา ศิวปฐมชัย, 2550, 2551; ปาริชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กันภัย, พัฒนพงศ์ จาติเกตุ, & ปิยะนารถ จาติเกตุ, 2546) จึงจำเป็นในการศึกษาเชิงลึกทางจิตวิทยาการรับรู้ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับสารในบริบทสุขภาพเนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่มีความซับซ้อนและอ่อนไหวในการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Sowattanangoon, Kotchabhakdi, & Petrie, 2009)

การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงมักได้รับอิทธิพลจากอคติเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ทำให้มองว่าตนปลอดภัยกว่าคนอื่น (underestimate) ความเชื่อว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อโรคจึงทำให้ไม่ใส่ใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Davison, 1983; Renn, 2008) แม้ว่ามนุษย์ตระหนักดีว่าสิ่งที่ตนเลือกอาจก่อผลลัพธ์เชิงลบขึ้นในอนาคต แต่หากเป็นสิ่งที่เขาตัดสินใจเลือกเองเขาก็จะยินยอมรับสภาพได้มากกว่าสิ่งที่เขาถูกบังคับถึงประมาณ 1,000 เท่า ดังนั้นความสมัครใจ (voluntariness) จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Starr, 1969; Glickman, T. S., Gough, M., 1990) หลายพฤติกรรมเช่น สูบบุหรี่ กินอาหารไขมันสูง จึงเป็นสิ่งที่หลายคนยอมรับผลลัพธ์ได้เพราะเป็นสิ่งที่สมัครใจเลือกเอง ดังนั้นการสื่อสารเชิงบังคับให้ปฏิบัติตามโดยละเลยกระบวนการรับรู้ซึ่งเป็นต้นทางของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงจึงยากที่จะนำพาผู้รับสารสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การสื่อสารสุขภาพจึงจำเป็นต้องหันกลับมาทำความเข้าใจผู้รับสารในเชิงจิตวิทยามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่สังคมไทยมีสุขภาพะดึขึ้นแต่กำลังเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Ramachandran, Snehalatha, & Ma, 2013) ดังจะเห็นว่าโรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเป็นเวลาหลายปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553) ส่วนในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาคนไทยป่วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 5 เท่า และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า (พิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ และคณะ, 2556) จากสถานการณ์การสื่อสารสุขภาพและสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (มะเร็งลำไส้ใหญ่และโร

หัวใจ) ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและศึกษาหาแนวทางการสื่อสารเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคดังกล่าว

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นการตัดสินใจภายใต้สถานะความเสี่ยง (Decision making under risk) ซึ่งมีความไม่แน่นอน (uncertainty) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีในกลุ่มความเสี่ยง (risk) การรับรู้ความเสี่ยง (risk perception) และจิตวิทยาการตัดสินใจ (Decision Psychology) มาศึกษาการสื่อสารสุขภาพในแนวทางเน้นผู้รับสาร (audience oriented approach) เป็นการขยายมุมมองความเข้าใจการรับรู้ “ปัญหาสุขภาพ” ในฐานะ “ความเสี่ยง” และอาจนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารความเสี่ยงในระบบสุขภาพเพื่อสร้างความตระหนักและหันมาป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของสังคม

การสื่อสารสุขภาพตามแนวทางเน้นผู้รับสาร

การสื่อสารสุขภาพคือกระบวนการแลกเปลี่ยนสารสนเทศสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อสร้างสุขภาพของประชาชนในสังคมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การสื่อสารสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือที่ทรงอิทธิพลต่อการสร้างการรับรู้หรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้านสุขภาพ และสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของคนในสังคม

การสื่อสารสุขภาพเกิดจากการรวมกันของ “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ” โดยมีจุดเริ่มต้นจากกลุ่มบุคลากรสายสุขภาพต้องการถ่ายทอดข้อมูลทางการแพทย์ไปยังสาธารณชน เดิมถูกแบ่งกว้าง ๆ ออกเป็น 2 สาขา คือ การสื่อสารข้อมูลทางการรักษา (health care delivery) เพื่อแจ้งข้อมูลทางการรักษา (inform) กับ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) เพื่อมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรม (influence) แต่ปัจจุบันขอบเขตของการสื่อสารสุขภาพเริ่มไม่ชัดเจนเนื่องจากสภาพสังคมและสถานการณ์โรคเปลี่ยนไปจึงส่งผลให้การสื่อสารสุขภาพเริ่มปรับเปลี่ยนสู่แนวทางสหวิทยาการ (interdisciplinary approach)

(McKeever, 2014) อย่างไรก็ตามทั้งสองสายมีเป้าประสงค์ในการเพิ่มการตัดสินใจของปัจเจกบุคคลในการปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) ทั้งนี้สังคมความเสี่ยงแบบใหม่ทำให้สถานการณ์สุขภาพหันมาให้ความสำคัญกับการป้องกันมากขึ้น ทำให้การสื่อสารสุขภาพต้องการการปรับตัวเช่นกัน (U. Beck, 1992; Coreil, 2010; Leiss, 1996)

ที่ผ่านมาการสื่อสารข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพส่วนใหญ่มีความซับซ้อนทางเทคนิคแม้ถูกทำให้ดูง่ายแต่ยังคงต้องใช้ความเข้าใจทางสถิติคณิตศาสตร์และความรู้ทางการแพทย์ในการแปลความหมายเช่น “โอกาสเกิดโรคเกิดขึ้นได้ 1 ในแสนราย” “การดื่มไวน์ 1 แก้วต่อวันเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 6” (Leiss, 1996; นันทิกา สุนทรไชยกุล, 2550) ทำให้ผู้รับสารโดยทั่วไป (layperson) มีความรู้แต่ไม่เข้าใจเนื่องจากมีความเท่าทันต่ำในประเด็นสุขภาพ (low health literacy) และมีความถนัดน้อยในการแปลความหมายตัวเลข (low number literacy) (Webster & Heeley, 2010) เมื่อข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงความรู้ของผู้รับสารจึงไม่ทำให้คนหันมาป้องกันโรคเนื่องจากตามธรรมชาติของมนุษย์ไม่ตัดสินใจโดยใช้ข้อเท็จจริงเพียงอย่างเดียว (Renn, 2004) แต่มักใช้ความรู้สึกความเชื่อและอคติ โดยจะมองโลกแบบเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ว่าเรื่องเลวร้ายน่าจะเป็นกับคนอื่นมากกว่าตน (Davison, 1983) ดังนั้นแม้หลังการตรวจสุขภาพ พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงแต่คนส่วนใหญ่ก็ยังคงปฏิเสธความจริงและปฏิเสธการเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติการรับรู้ของมนุษย์จึงทำได้เพียงเพิ่มความรู้แต่ยังไม่สามารถกระตุ้นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเท่าที่ควร (Ayanian & Cleary, 1999; Claassen, Henneman, Kindt, Marteau, & Timmermans, 2010; Wu, 2007)

สูตรสำเร็จในการสื่อสารสุขภาพคือการแจ้งข้อมูลทางการแพทย์ให้ผู้รับสารรู้ (inform) ตามแนวทางควบคุมโรคติดต่อ ประเด็นที่สื่อสาร (key message) เช่น สาเหตุปัจจัยเสี่ยง แนวโน้มการเกิด พาหะนำโรค อาการบ่งชี้วิธีการป้องกัน วิธีสังเกตอาการ การรักษาเบื้องต้น

เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้มักได้รับการยอมรับและปฏิบัติตาม เพราะคนทั่วไป “รู้สึก” ว่าสถานการณ์โรคติดต่อ (เช่น วัณโรค อหิวาตกโรค ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก อีโบล่า เป็นต้น) รุนแรงกว่าความจริง (overestimate) และเกรงว่าโรคจะคุกคาม ตนเองจึงรีบมาปฏิบัติตามอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันไว้ก่อนแต่เมื่อนำวิธีการดังกล่าวมาสื่อสารในกรณีของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง เป็นต้น) อันเกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลที่สะสมระยะยาวและไม่เกิดอาการทันที (delayed effect) จึงมองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่าไม่รุนแรง (underestimate) แนวทางและท่าทีการสื่อสารกับปัญหาสุขภาพจึงไม่สอดคล้องกัน (Leiss, 1996)

เมื่อการสื่อสารแนวทางเน้นเนื้อหาสุขภาพไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร ได้มีความพยายามนำการจูงใจ (persuade) เช่นการโฆษณาซึ่งคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับสารมาใช้ แต่ขาดความตระหนักว่าผู้รับสารด้านสุขภาพต่างจากผู้บริโภคและขาดการใส่ใจว่าแท้จริงแล้วกลุ่มเสี่ยงมีความรู้สึกนึกคิดอย่างไรเกี่ยวกับโรค จึงเน้นเทคนิคผลิตสื่อเช่นการปรับแต่งภาพให้ดูรุนแรงหรือสวยงามเกินจริง กลับทำให้ผู้รับสารด้านสุขภาพรู้สึกไม่เชื่อถือและยังเบนความสนใจไปหาเทคนิคมากกว่าการมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Leiss, 1996) นอกจากนั้นการใช้สูตรสำเร็จคือจู่โจมใจด้านความกลัว (fear appeal) ก่อผลเสียต่อสภาพจิตใจของกลุ่มเสี่ยง เช่น เครียดยิ่งกว่าเดิม สมองหุ่ยชะงัก ในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและตอบสนองช้าลง (Bottorff, Ratner, Johnson, Lovato, & Joab, 1998; Leshner, Vultee, Bolls, & Moore, 2010) นำไปสู่การประเมินความเสี่ยงผิดพลาดจึงละเลยการป้องกัน (Green, Grant, Hill, Brizzolara, & Belmont, 2003; Renn, 2008) นอกจากนี้ผลเสียที่เกิดกับผู้รับสารที่มีความอ่อนไหวเช่น รู้สึกกลัวโรค และรู้สึกกังวลใจในอนาคตของตนเองเป็นทุนเดิมยิ่งทำให้ไม่สามารถชักจูงกลุ่มเสี่ยงให้ป้องกันโรค (Muthusamy, Levine, & Weber, 2009; Okumura & Ito, 2013; Sowattanangoon, et al., 2009) การสื่อสารตามแนวทางการควบคุมโรคและการสื่อสารการตลาด

มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยง อาจเป็นแนวทางที่เข้ากันไม่ได้ (Slovic & McGregor, 1994)

เมื่อแนวทางการสื่อสารสุขภาพที่ใช้อยู่อาจไม่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป การศึกษาผู้รับสารที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในเชิงลึกทางจิตวิทยาการรับรู้ โดยนำมุมมองด้านความเสี่ยงมาศึกษาจึงอาจเพิ่มความเข้าใจ มุมมองของกลุ่มเสี่ยงว่ารับรู้ “โรค” อย่างไรในฐานะ “ความเสี่ยง” ที่คุกคามชีวิตในอนาคตซึ่งบุคคลไม่อาจคาดเดาและไม่อาจควบคุมได้อย่างสมบูรณ์ แต่ต้องยอมรับและจัดการกับมัน (Taghavifard, Damghani, & Moghaddam, 2009) และความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นอาจนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความเสี่ยงกับสุขภาพ

ความเสี่ยงคือภัยร้ายที่มีโอกาสจะเกิดในอนาคต โรคจึงเป็นเพียงหนึ่งในความเสี่ยงอันหลากหลายที่คุกคามมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงทั้งที่เกิดตามธรรมชาติและมนุษย์ประดิษฐ์ขึ้น ความเสี่ยงจึงมีทั้งที่เห็นได้ชัดและซ่อนเร้น (U. Beck, 1992; Slovic, 2000) อย่างไรก็ตามความเสี่ยงมีองค์ประกอบหลัก 2 ด้านคือ 1.) ภัยร้าย (hazard) ที่มีมิติด้านความรุนแรง (magnitude) ของผลลัพธ์ที่เกิดจากภัยร้าย 2.) ความไม่แน่นอน/แนวโน้ม (uncertainty/probability) ความเสี่ยงจึงเป็นภัยร้ายที่มีความไม่แน่นอน (uncertainty) ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสวัสดิภาพของมนุษย์ (Rimal & Lapinski, 2009; Sandman, 2012; Sjoberg, 1999, 2000)

การรับรู้ความเสี่ยง คือการประเมินแนวโน้มของภัยร้ายที่กำลังจะเกิดขึ้นประกอบด้วย 2 ด้านคือด้านที่มันเป็น (objective risk) กับด้านที่ถูกมนุษย์รู้สึกและให้ความหมาย (subjective risk) (Bradbury, 1989; Rayners & Cantor, 1987) กล่าวคือความเสี่ยงมีทั้งภาวะที่สังเกตได้ชัดได้ว่า ความรุนแรงเป็นเท่าไร (เช่นปริมาณสารพิษ ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด) และด้านความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อความเสี่ยงซึ่งถูกประกอบสร้างความหมาย (เช่น พระเจ้าลงโทษ กฎแห่งกรรม เป็นต้น) ดังนั้นไม่ว่าความ

เสี่ยงจะเกิดขึ้นจากภัยตามธรรมชาติหรือจากการกระทำของมนุษย์ มนุษย์จะ “รับรู้” จากภัยร้ายที่มีอยู่จริงๆ (existing hazard) ว่าจะกระทบต่อตนเองหรือไม่เพียงใด ความเสี่ยงจึงมีฐานะเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมซึ่งมีหลายมิติ (multifacet) จึงซับซ้อนเกินกว่าจะอธิบายโดยใช้กระบวนการที่สั้นเดียว (Renn, 1992)

ทฤษฎีการประเมินความเสี่ยง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 แนวทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและเทคนิคมองความเสี่ยงอย่างที่เป็นเป็น กลุ่มที่ 2 แนวทางเศรษฐศาสตร์ จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรมมองความเสี่ยงในแบบที่ปัจเจกบุคคลและสังคมให้ความหมาย ดังมีรายละเอียดโดยสังเขปต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 แนวทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและเทคนิค กลุ่มนี้มองว่าความเสี่ยงคือภัยที่กระทบต่อร่างกายมนุษย์ และระบบนิเวศในเชิงวัตถุวิสัย (objective hazard) เป็นสิ่งที่มีอยู่ (out there) ที่มีความคงที่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล สามารถนำข้อมูลเชิงปริมาณเหล่านั้นมาคำนวณได้ ตลอดจนควบคุมความเสี่ยงได้โดยนักวิทยาศาสตร์หรือผู้เชี่ยวชาญ (เช่น วิศวกรความปลอดภัย แพทย์ พยาบาล และนักการสาธารณสุข) กลุ่มนี้ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณทั้งจากการสังเกตและที่เป็นโมเดลในการระบุแนวโน้มการเกิดความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความถี่เชิงสัมพัทธ์ หรือ ค่าความเป็นไปได้ที่คำนวณได้ (estimated probabilities) ได้แก่ การวิเคราะห์ทางสถิติ (Actuarial Analysis) โมเดลเชิงเหตุและผล (Causal Model of Risks) การประเมินแนวโน้มความเสี่ยง (Probability Risk Assessment) การวิเคราะห์ความเสี่ยงในเชิงเทคนิคเหมาะกับการจัดการกับเทคโนโลยีเพื่อป้องกันภัยโดยสามารถใช้ในระบุ หลีกเลี่ยง หรือปรับเปลี่ยนสาเหตุที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่นสร้างมาตรฐานและปรับปรุงระบบเทคโนโลยีให้มีความเที่ยงตรง ปลอดภัยและบรรเทาความเสียหายที่เกิดจากความเสี่ยง (Renn, 2008:52) การมองความเสี่ยงอย่างอุดมคติว่ามนุษย์ควรกลัวอะไรและควรจัดการกับความเสี่ยงอย่างไร ตามทัศนะนี้จึงสนใจว่ามีความเสี่ยงอะไรที่ปรากฏ (What risk exist?) และเรา (ผู้เชี่ยวชาญ) ควรจัดการความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างไร (Lupton, 1999)

กลุ่มที่ 2 แนวทางเศรษฐศาสตร์ จิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรมโต้แย้งกลุ่มแรกว่าแท้จริงแล้วมนุษย์มิได้มองและประเมินค่า (judge) สิ่งต่างๆ และรับรู้ความเสี่ยงอย่างเป็นวัตถุวิสัย ในทางตรงกันข้ามมนุษย์มองและตัดสินสิ่งต่างๆ ด้วยความรู้สึกของตน เช่น ความชอบ (preference) และการมองว่าสิ่งใดเสี่ยงหรือไม่เสี่ยงได้รับอิทธิพลจากสังคมผ่านค่านิยม (value) (Dietz et al., 1996 อ้างใน Renn, 2008: 52) มุมมองความเสี่ยงในกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับจิตวิสัยของปัจเจกบุคคลและสังคมที่ประกอบสร้างความหมาย (subjective hazard) แนวทางและทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์คลาสสิกมองมนุษย์เป็น สิ่งมีชีวิตที่ตัดสินใจอย่างมีหลักการ มีหลักพื้นฐานในการประเมินคุณค่าระหว่างต้นทุนที่ต้องเสีย (cost) เปรียบเทียบกับกำไร (benefit) (Schmalhofer, 1987) อาทิ การเลือกซื้อสินค้าที่มนุษย์คาดหวังว่าสินค้ามีประโยชน์หรือคุณค่า (expected value) เมื่อประยุกต์ในการอธิบายความเสี่ยงจึงเปลี่ยนประโยชน์ (utility) ทางรูปธรรมเป็นนามธรรมคือความพึงพอใจ (satisfaction) เมื่อเขาประเมิน (judge) แล้วรู้สึกว่าคุณเสียหรือไม่พึงพอใจนั้นแสดงว่าสิ่งนั้นเป็นความเสี่ยงสำหรับเขา ดังนั้นอะไรที่ถูกจัดเป็นความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่ผู้นั้นพิจารณาเลือกตามคุณค่าของเขา (subjective choice) ทำให้คนที่มองความเสี่ยงด้วยความรู้สึกต่างกันจึงเลือกการจัดการความเสี่ยงด้วยวิธีแตกต่างกันไปตามฐานความเชื่อ (beliefs) ที่มีอยู่ (Renn, 2008)

ส่วนทฤษฎีจิตวิทยาการรับรู้อธิบายเพิ่มเติมว่า ในหลายสถานการณ์ที่ควรตัดสินใจด้วยเหตุผล แต่คนส่วนใหญ่กลับยอมรับความเสี่ยงทั้งที่คาดว่าจะพบกับประโยชน์เพียงเล็กน้อย Renn พบว่าเป็นเพราะกรอบความคิดหรือภาพชุดความหมาย (semantic image) หรืออคติ (bias) เป็นฐานคิดที่ทรงพลังในการขึ้นการตัดสินใจให้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับชุดความหมายที่บุคคลยึดถือโดยมนุษย์ทำการสร้างแบบแผนความเชื่อโดยอ้างอิงกับธรรมชาติของความเสี่ยง สาเหตุของความเชื่อ ประโยชน์ที่เกี่ยวข้องและบริบทของการ

ยอมรับความเสี่ยง (Renn and Rohrman, 2000 cited in Renn, 2008) ดังนั้นจึงสร้างชุดความหมายขึ้น 5 แบบ คือ

1. ความเสี่ยงในฐานะเหตุร้ายที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (Risk as a pending danger.) ในเชิงทฤษฎีทางเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมต่างยอมรับว่าความเสี่ยงมีความเป็นไปได้ตลอดเวลาแม้ว่าแนวโน้มจะมีค่าต่ำมาก

2. ความเสี่ยงในฐานะพรหมลิขิต (Risk as a stroke of fate.) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภัยธรรมชาติมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงมิได้ แต่เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดไว้แล้วตามชะตากรรมจึงอยู่เหนือความควบคุมของมนุษย์

3. ความเสี่ยงในฐานะสิ่งเร้าใจ (Risk as a personal thrill.) เป็นสิ่งจูงใจให้ตนเองก้าวข้ามสถานการณ์ที่ท้าทายเพื่อทดสอบความเข้มแข็งของตนและเพื่อได้รับประสบการณ์ขณะพลั้งระรอกหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น กีฬา เป็นต้น

4. ความเสี่ยงในฐานะเกมพนัน (Risk as a gamble.) เป็นการรับรู้ความเสี่ยงแบบเกมสัจของโอกาส (games of chance) ซึ่งมีแนวโน้มเกิดได้ทั้งสูญเสียและได้รางวัล เช่น การถูกล็อตเตอรี่

5. ความเสี่ยงในฐานะตัวชี้วัดภัยที่แฝงเร้น (Risk as an indicator of insidious danger: slow agents.) กรอบความคิดนี้มองว่าภัยร้ายเป็นสิ่งที่มิอยู่แต่ต้องอาศัยเวลานานจึงจะเห็นผล (เช่นการสะสมของสารกัมมันตรังสีในร่างกาย และสารปรุงแต่งอาหาร) ซึ่งต้องใช้เวลาในการค้นพบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงกับผลลัพธ์ที่ยังไม่ถูกพบ (latent effects)

ชุดความหมายเหล่านี้ทำหน้าที่เสมือนลิ้นชักที่อยู่ในตู้เก็บเอกสารเมื่อมนุษย์เผชิญข้อมูลใหม่เกี่ยวกับความเสี่ยง เช่น จากสื่อมวลชน จะพยายามจับคู่ข้อมูลใหม่นั้นเข้ากับลิ้นชักที่สอดคล้องกัน แนวทางจิตวิทยาการรับรู้จึงเชื่อว่าการรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์ขึ้นกับว่าทฤษฎีที่ถูกผลิตขึ้นโดยสื่อในสังคมนั่นเอง ที่ส่งสมกรอบการรับรู้ฝังไว้ในสมองมนุษย์อย่างค่อยเป็นค่อยไป (Renn, 2006, 2008) มุมมองนี้จึงเชื่อว่า อคติเหล่านี้เองช่วยอธิบายว่าทำไมหลายสถานการณ์มนุษย์จึงปฏิเสธข้อมูลแนวโน้มแม้ว่ามีหลักฐานที่หนักแน่น (Renn, 2008: 55)

ทฤษฎีในกลุ่มสังคมและวัฒนธรรมเป็นทฤษฎีที่มีรากฐานจากทฤษฎีสังคมวิทยาและมานุษยวิทยามีความเชื่อ

พื้นฐานว่ามนุษย์มิได้เปิดรับสิ่งต่างๆ ในโลกด้วยตาเนื้อ แต่เปิดรับโดยผ่านตัวกรองทางวัฒนธรรมซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ตามความหมายที่สังคมและวัฒนธรรมกำหนด ความหมายเหล่านี้ผ่านการหล่อหลอมจากปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว กลุ่มเพื่อน คนในกลุ่มสนใจ หรือเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ทฤษฎีสังคมและวัฒนธรรมจึงมิได้ปฏิเสธแนวทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและเทคนิค แต่มองความเสี่ยงว่าความเสี่ยงประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ความเสี่ยงที่มีอยู่จริงทางกายภาพ เช่น พายุ แผ่นดินไหว หรือโรคภัยไข้เจ็บ เป็นต้น และ
2. ความรู้สึกหรือความหมายทางสังคมเป็นความเสี่ยงที่สังคมมนุษย์สร้างขึ้น (Risk is socially constructed.) เช่น ความท้าทาย ความรัก การปล่อยวาง เป็นต้น

ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันคือการรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์เกิดจากการรู้เห็นภัยร้ายที่มีอยู่จริงๆ แล้วเกิดการสร้างความหมายเพิ่มเข้าไปโดยได้รับอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมการศึกษาความเสี่ยงที่มนุษย์รับรู้จึงจำเป็นต้องใช้สองแนวทางร่วมกันเพื่อเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงอย่างรอบด้าน

ตัวแปรจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวแปรทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้เข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพในเชิงลึกจากการทบทวนวรรณกรรมพบตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้จะเสนอตัวแปรที่สำคัญที่ช่วยให้เข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับองค์ประกอบทั้ง 2 ด้านของความเสี่ยงดังนี้

ภัยร้าย (Hazard) คือองค์ประกอบของความเสี่ยงด้านที่สะท้อนความร้ายแรงของโรค (severity) และเป็นภัยต่อบุคคล ตัวแปรที่สอดคล้องคือ

1. **ความน่ากลัว (Dread)** ความกลัวเป็นความรู้สึกของแต่ละคนซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน เช่น กรอบวัฒนธรรม ประสบการณ์ ทักษะคติ ดังนั้นแต่ละคนจึงกลัวสิ่งที่แตกต่างกันและสิ่งที่คนรู้สึกกลัวก็คือ

สิ่งที่ผู้นั้นมองว่าเป็นความเสี่ยงนั่นเอง (Morgan, 2009) สิ่งที่เห็นได้ชัดจากภายนอกกว่ามีความรุนแรงและชัดเจนกว่าทำให้มนุษย์กลัวกว่าสิ่งที่ซ่อนเร้นสัมผัสได้ยากกว่า (เช่น กลัวเครื่องบินตกมากกว่ากลัวความดันโลหิตสูง) สอดคล้องกับวรรณกรรมด้านสุขภาพที่พบว่ามนุษย์กลัวโรคที่กระตุ้นความรู้สึกรุนแรง (sensation or dramatic) เช่น มีอาการทรุดหนัก การรักษาไม่ผลข้างเคียงชัดเจนและทำให้ตายอย่างทุกข์ทรมานมากกว่าโรคอื่นเช่น โรคมะเร็งมีแนวโน้มสร้างความกลัวให้แก่น้อยกว่ามากเกินความจริง ในขณะที่โรคที่สร้างความทุกข์ทรมานน้อยกว่า เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เป็นต้น โรคกลุ่มหลังจึงมักถูกรับรู้ต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดอยู่ในใจคนและไม่อยากป่วยมากที่สุดทั้งที่โรคหัวใจเป็นโรคที่มีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูงกว่ามะเร็ง (Covello & Peters, 2002; Hamilton & Lobel, 2012; Reiner, Sonicki, & Tedeschi-Reiner, 2010) การรับรู้ความน่ากลัวของคนส่วนใหญ่ที่ผิดไปจากความจริงจึงทำให้บุคคลตกอยู่ในความประมาทกับบางโรคและอาจป้องกันบางโรคมกเกินความจำเป็น (Keeler & Block, 1996)

2. ประโยชน์ (Benefit) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของมนุษย์และยังเข้าไปมีบทบาทร่วมกับปัจจัยอื่นอย่างมาก (Fischer & Frewer, 2009) การที่บุคคลใดประเมินว่าสิ่งหนึ่งมีประโยชน์สำหรับตนเองเขาจะพิจารณาว่า “ได้หรือเสีย” หากมองเห็นประโยชน์อย่างชัดเจน (clear benefit) เพียงใดก็ยิ่งส่งผลต่อการยอมรับความเสี่ยงได้มากขึ้น (Gregory & Mendelsohn, 1993) ดังนั้นการเลือกเพียงหนึ่งจากกลุ่มทางเลือกที่มีอยู่จึงมักเลือกโดยรับรู้ส่วนประสมระหว่างความเสี่ยงกับผลประโยชน์นั่นเอง และการยอมรับความเสี่ยงจะเป็นไปได้ง่ายกว่าในกรณีที่ความเสี่ยงนั้นมีผลประโยชน์ชัดเจนกว่า เช่น การขับรถนั้นมีความเสี่ยงสูงที่สุดในสังคมปัจจุบันแต่ความเสี่ยงถูกประเมินต่ำกว่าความจริงเนื่องจากประโยชน์ที่บุคคลได้รับจากการเดินทางด้วยรถยนต์นั้นสูงกว่าและเห็นได้ชัดเจนกว่า (Schmidt, 2004)

ดังนั้นแม้ว่าสิ่งนั้นมีความเสี่ยงอยู่บ้างแต่หากเขา

เห็นว่ามิใช่ประโยชน์ชัดแจ้งสิ่งนั้นจะถูกรับรู้ว่าเสี่ยงน้อยลง หรือมองว่าไม่ใช่ความเสี่ยง (Lin & Peterson, 2007) ในทางกลับกันหากเขามองไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจนนัก แต่เล็งเห็นได้ว่าสูญเสียชัดเจน (clear lost) (เช่น เงิน ค่ารักษา ต้องแข่งงัดกับตัวเอง การเสียโอกาสในอาชีพ ความเครียด ความอาย เสียความเชื่อมั่นในตนเอง และความสุขในชีวิต เป็นต้น) สิ่งนั้นจะถูกรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงสำหรับเขา การรับรู้ความเสี่ยงจึงได้รับอิทธิพลจากประโยชน์ที่บุคคลนั้นรับรู้ (perceived individual benefits) ว่ามีระดับความชัดเจนมากเพียงใด ทั้งนี้ประโยชน์ และการสูญเสียของแต่ละคนมีความหมายแตกต่างกัน ตามคุณค่าที่แต่ละคนให้ (Renn, 2008)

แนวโน้ม (Probability) คือ องค์ประกอบของความเสี่ยงด้านที่สะท้อนความไม่แน่นอน (uncertainty) ตัวแปรที่สอดคล้องได้แก่

3. ความใกล้ (Nearness) โดยทั่วไปการมองว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดกับตนเองเกิดไม่มากนัก เนื่องจากมนุษย์มีอคติเข้าข้างตัวเอง (optimistic bias) เป็นตัวกรอง ในทางตรงข้ามคนส่วนใหญ่จึงมักคิดว่าเหตุการณ์ร้ายมีแนวโน้มเกิดกับคนอื่นมากกว่าตน (third-person effect) แต่หากเป็นเหตุการณ์ที่กลับคิดว่าตนเองน่าจะมีโอกาสมากกว่าคนอื่น เช่นการถูกล้อตเตอรี่ ทั้งที่ข้อเท็จจริงอาจมีแนวโน้มไม่แตกต่างกัน (Davison, 1983)การคิดเข้าข้างตนเองจึงทำให้เกิดการประเมินว่าตนเองไม่น่าเป็นกลุ่มเสี่ยง แต่ในความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลลัพธ์ความเสี่ยงที่อยู่ใกล้ตัวมาก และสามารถสัมผัสด้วยตนเองได้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเรามีบุคคลใกล้ชิดป่วยและเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น การรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ อาจทำให้มองว่าตนมีแนวโน้มป่วยตามไปด้วย (Robb, Miles, & Wardle, 2007)

การประเมินแนวโน้มเกิดกับตนเกิดจากข้อมูลสองด้านประกอบกันคือสิ่งที่วัดได้กับรู้สึกได้ ดังที่ Robb et al. ระบุว่า สิ่งบ่งชี้ให้คนมองว่าตนเองอาจจะป่วยมีทั้งอาการทางกาย พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ และความรู้สึก โดยคนบางกลุ่มอาจมองที่อาการจึงประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยง (Robb, et al., 2007;

Tilbert et al., 2011; Wienstein, 1984) สอดคล้องกับ Lipkus et al. ที่สรุปว่ากลุ่มตัวอย่างชาวแอฟริกันอเมริกันตัดสินใจว่าตนเองน่าจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งลำไส้เนื่องจากพวกเขามีกรรมพันธุ์ร้อยละ 20 มีพฤติกรรมส่วนตัวไม่ดีต่อสุขภาพร่างกายร้อยละ 17 และมีเหตุผลด้านปัจจัยทางร่างกายของตนเอง (physiologic factors) ร้อยละ 12 ทั้งนี้ เหตุผลที่สำคัญและมีผู้ตอบมากที่สุดคือพวกเขามี “ความรู้สึกบางอย่าง” ว่าตนเอง “น่าจะเป็น” ถึงร้อยละ 35 ดังนั้นหากเขาเข้าข้างตนเองว่าตนไม่น่าจะป่วย ก็แสดงว่าเขาไม่รับรู้ถึงความเสี่ยงนั้น ทั้งนี้ไม่ว่าบุคคลจะมีความใกล้ชิดวัดได้หรือรู้สึกได้เพียงใด การยอมรับว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงอยู่ที่ “ความรู้สึก” เป็นสำคัญ (Lipkus et al., 1996)

4. ความคุ้นเคย (Familiarity) ตามปกติมนุษย์กลัวและอาจมีทัศนคติเชิงลบในสิ่งที่ไม่รู้จัก (unknown) และใหม่ (new) ครั้นเมื่อสิ่งนั้นปรากฏในการรับรู้ของเราหรือพบเห็นได้บ่อยๆ จะเริ่มเกิดความรู้สึกคุ้นเคยจนมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นดีขึ้นเนื่องจากปรับตัวหรือเคยชินจนมองว่าเป็นเรื่องปกติ แม้ว่าสิ่งนั้นอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การได้รับควันพิษจากกองขยะหรือควันบุหรี่จากบุคคลอื่น (Schmidt, 2004) ในขณะที่การปรากฏของเหตุการณ์อันตรายที่นานๆ จะเกิดสักครั้งทำให้คนเราตกใจและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกกลัว ดังนั้นเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มเกิดน้อย (low probability) แต่เมื่อเกิดครั้งหนึ่งจะปรากฏอย่างฉับพลันภายในระยะเวลาอันสั้นและเกิดการทำลายล้างอย่างรุนแรง เช่นเครื่องบินตก คลื่นยักษ์สึนามิ โรงงานนิวเคลียร์ระเบิด เป็นต้น มักทำให้คนส่วนใหญ่มองว่ารุนแรงเกินจริง (overestimate) (Sandman, 1985; Clerke, 1988 cited in Cameron, 2008) ในทางตรงกันข้ามกับเหตุการณ์เล็กๆ ที่ไม่น่าสนใจและดูเหมือนเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อยหรือมีแนวโน้มการเกิดสูง (high probability) และมีผลลัพธ์ที่มีลักษณะซ่อนเร้นจนยากจะสังเกตเป็นความเสี่ยงที่คนส่วนใหญ่คุ้นเคยจนไม่รู้สึกกลัวและประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความจริง (underestimate) ตัวอย่างความเสี่ยงกลุ่มนี้มักเป็นความแก่ ความเจ็บป่วย และความตาย ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่คนส่วนใหญ่รู้สึกคุ้นเคยจนเรียนรู้

ที่จะปรับตัวอยู่ร่วมกับมันได้จึงยอมรับได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภัยเช่นอุบัติเหตุ (Schmidt, 2004)

เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มโรค พบว่าโรคระบาดใหม่ที่มีปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดแต่คิดเชื่อเร็วมีอาการรุนแรงทำให้ถึงแก่ความตายอย่างรวดเร็ว เช่น โรคไวรัส ไข้หวัดนก อีโบล่า จะสร้างการรับรู้ว่ามีอันตรายสูงกว่าโรคที่มีความรู้ชัดเจนและอาการไม่รุนแรงมากนัก เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน โรคหอบหืด เป็นต้น (Covello & Peters, 2002) คนส่วนใหญ่จึงกระตือรือร้นที่จะป้องกันโรคเกิดใหม่ที่รุนแรงที่ยังไม่มียังความรู้แน่ชัดและตนเองไม่มีประสบการณ์มากนัก (Recchia, 1999; Schmidt, 2004) ความถี่ของการมีประสบการณ์รู้เห็นเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บจึงส่งผลต่อการรับรู้และอาจก่อความกังวลใจว่าตนเองจะเป็นกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ในแง่พฤติกรรมป้องกัน พบว่าความคุ้นเคยส่งผลทั้งสองทิศทางคือ ยิ่งคุ้นเคยยิ่งป้องกันและยิ่งคุ้นเคยยิ่งไม่ป้องกัน (Recchia, 1999)

5. การควบคุมได้ (Controllability) มนุษย์ไม่ต้องการตกอยู่ในสภาวะที่ตนเองควบคุมไม่ได้เนื่องจากรู้สึกถึงความไม่มั่นคง ไร้อำนาจ และไร้ประโยชน์ (Schmidt, 2004) มนุษย์จึงกลัวในสิ่งที่ตนเองไร้ทักษะการควบคุมมากกว่ากลัวสิ่งที่ตนมีทักษะการควบคุม (Lin & Peterson, 2007) ดังนั้น หากในสถานการณ์ความเสี่ยงใดมนุษย์มองว่าตนเองควบคุมได้จะเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้มากกว่าความเสี่ยงที่ถูกรับรู้ว่าจะต้องถูกควบคุมโดยผู้อื่นหรือสิ่งอื่น คนส่วนใหญ่จึงรับรู้สิ่งที่ตนเป็นผู้ควบคุมเองจะมีความเสี่ยงไม่มากนักแต่ความเสี่ยงนั้นจะถูกมองว่าน่ากลัวหรือรุนแรงกว่าหากเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง (เช่น พันธุกรรม ความบังเอิญ โชคร้าย หรือผู้อื่นทำ) เพราะทำให้มนุษย์รู้สึกถึงความไม่แน่นอนมากกว่าจึงพยากรณ์ได้ยากกว่าสถานการณ์ที่ตนควบคุมเอง (Zuckerman, Knee, Kieffer, Rawsthorne, & Bruce, 1996) ดังนั้น เมื่อใดมีสิ่งอื่นที่เข้ามาบีบบทบาทในการควบคุมสถานการณ์ภัยคุกคาม เราจะมีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในสภาวะไร้อำนาจเพราะเป็นผู้ถูกกระทำ ความรู้สึกเช่นนี้จึงทำให้มนุษย์มองว่าการมีสิ่งเหนือการ

ควบคุมคือสถานการณ์ตนเองตกอยู่ในภาวะเสี่ยงทำให้เกิดความรู้สึกกังวลใจ กลัว หรือซึมเศร้า (Mardiyo, Songwathana, & Petpichetchian, 2011; Schmidt, 2004)

ความเสี่ยงที่มีลักษณะปกติธรรมดา เช่น พฤติกรรมในวิถีชีวิตเช่น การกินอาหารรสชาติหวาน มัน เค็ม แม้ว่าก่อโรคเรื้อรังในระยะยาวแต่เป็นความเสี่ยงที่มนุษย์รับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่ำกว่าความจริง เนื่องจากเข้าใจตนเองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยที่อยู่ในการควบคุมของตน ตรงกันข้ามกับความเสี่ยงระดับสังคม (เช่น การรั่วไหลของสารเคมี) กลับถูกคนส่วนใหญ่มองว่ามีความเสี่ยงสูงกว่าความจริง เพราะความเสี่ยงระดับสังคมถูกมองว่าอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนทำให้คาดการณ์ได้ยากว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด รุนแรงเพียงใด และจะมาถึงตนเองหรือไม่ ลักษณะความไม่แน่นอนจากการกระทำของคนอื่นที่คาดเดาได้ยากนี้ทำให้มนุษย์มองว่าเป็นความเสี่ยงเนื่องจากอยู่นอกเหนือการควบคุมของตน (Sjoberg, 2000)

อย่างไรก็ตามการควบคุมได้ไม่จำเป็นต้องเป็นการควบคุมที่แท้จริง (real control) แต่ขึ้นกับว่าเขามองว่าตนเองควบคุมได้หรือไม่ บุคคลที่ “รับรู้” ว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ได้ (perceived control) นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การเกิดพฤติกรรมป้องกันจึงมิได้ขึ้นกับโรคนั้นมีความรุนแรงเท่านั้นแต่อยู่ที่คนนั้นมองว่าตัวเองสามารถควบคุม (perceived control) สถานการณ์ที่ตนเองเผชิญได้หรือไม่ ดังนั้นการสร้างการรับรู้ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความเชื่อว่าพฤติกรรมป้องกันนั้นอยู่ในวิสัยที่ตนเองสามารถควบคุมได้ (perceived control) จึงมีแนวโน้มให้เกิดการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (K. H. Beck & Frankel, 1981)

6. การรับรู้ความสามารถในตน (Self-efficacy) คือการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมายและมองว่าตนเองสามารถก้าวข้ามความยากลำบากในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดในสถานการณ์เฉพาะ เป็นหนึ่งในตัวแปรหลักของทฤษฎี Social Cognitive Theory ที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมว่าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัย คือพฤติกรรม (behavior) สิ่งแวดล้อม

(environment) และความคิดของบุคคล (cognition) คือ พฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความคิดและสิ่งแวดล้อมเช่นเดียวกับที่ความคิดและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม (Bandura, 1986)

โดยทั่วไปเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลจนพัฒนาความตั้งใจ (intention) ในการปฏิบัติ/เปลี่ยนพฤติกรรม แต่ความตั้งใจนั้นอาจไม่เกิดการปฏิบัติจริง Bandura พบว่า การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือไม่นั้นเป็นผลจากความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติสิ่งนั้นได้สำเร็จหรือไม่ (self-efficacy) (AbuSabha & Achterberg, 1997) การรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ตนน่าจะทำได้ พฤติกรรมนั้นสำเร็จแม้จะต้องประสบกับอุปสรรค จึงทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมช่องว่างระหว่างความตั้งใจที่มีอยู่กับพฤติกรรม (intention-behavior gap) และบรรลุสู่การปฏิบัติ ดังนั้นการที่มนุษย์ทำกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จได้นั้นจึงเกิดจากความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุม (controllability) พฤติกรรมและสิ่งที่เกี่ยวข้องได้ โดยผู้ที่รับรู้ถึงความสามารถในตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าคนที่ไม่มี ความเชื่อเช่นนั้น และจะมีการกำกับตนเอง (self-determine) ให้ไปสู่เป้าหมายนั้นได้ในที่สุด และความคิดว่าตนเองสามารถทำได้ในสิ่งที่สะท้อนความรู้สึกในการควบคุมสถานการณ์ที่ท้าทายโดยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนบริบทที่ตนประสบให้เข้ากับพฤติกรรมใหม่

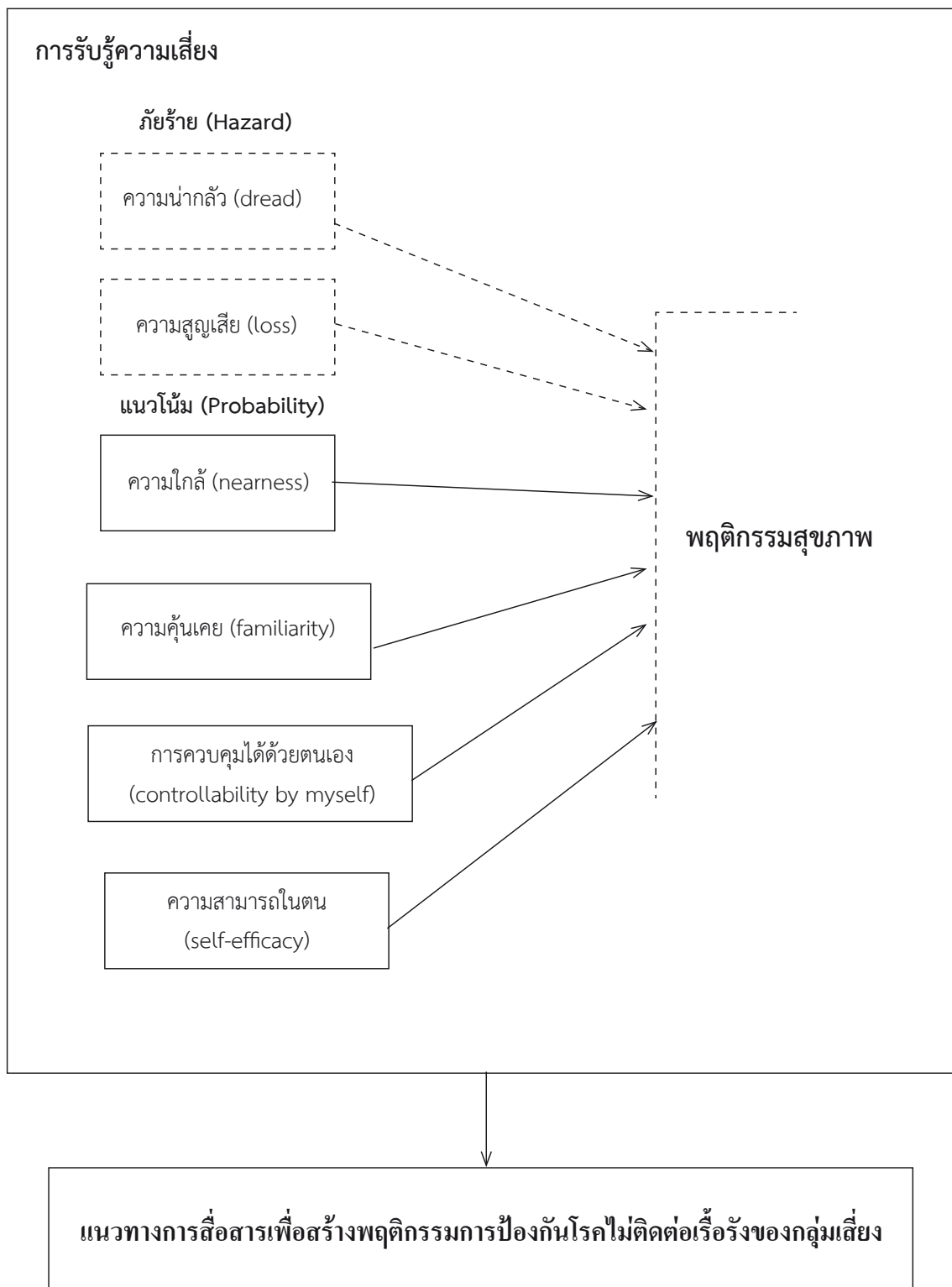
ระดับ self-efficacy คือสิ่งที่อธิบายความแตกต่างของการแสดงพฤติกรรมว่าเหตุใดคนที่มีความรู้สึก (feel) ความคิด (think) เหมือนกันจึงทำหรือไม่ทำพฤติกรรมที่ส่งเสริม กล่าวคือคนที่มีความเชื่อมั่น self-efficacy สูง จะไม่ติดอยู่กับความคิดด้านลบ เช่นสงสัยว่าตนจะสำเร็จหรือไม่ แต่สามารถตัดสินใจได้อย่างมีคุณภาพและทำสำเร็จในทุกสถานการณ์ นอกจากนี้ยังไม่ซึมเศร้า (depression) กังวลใจ (anxiety) และรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อกระบวนการตัดสินใจดำเนินมาถึงขั้นตอนการเตรียมความพร้อมจะทำพฤติกรรม self-efficacy จะมีบทบาทหลักในการจูงใจ ดังนั้น ระดับ self-efficacy จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริม (enhance) หรือกีดขวาง (impede) แรงจูงใจที่มีอยู่ บุคคลที่มีระดับ self-efficacy สูง จึงเลือกทำกิจกรรมที่ท้าทาย

เนื่องจากเขาดังเป้าหมายไว้สูงและทำตามเป้าหมายนั้น สมองจะวางกรอบการกระทำภายใต้ระดับ self-efficacy ที่มีอยู่ โดยผู้มี self-efficacy สูง จะใช้ความพยายามและเกาะติดกับสิ่งนั้นมากกว่าคนที่มีความ self-efficacy ต่ำ และถึงแม้ว่ามีเหตุต้องประสบความล้มเหลวก็ยังคงรักษาเป้าหมายไว้ได้ คนที่มีความ self-efficacy สูง จึงฟื้นตัวได้เร็วกว่าคนเหล่านี้จึงไม่เลิกล้มแผนการต่าง ๆ ลงง่าย ๆ แต่จะเลือก ค้นหา และสร้างบริบทใหม่ ๆ เสมอ (Schwarzer, Babler, Kwiatek, Schröder, & Zhang, 1997)

self-efficacy เป็นตัวแปรที่สอดคล้องกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมให้สำเร็จในสถานการณ์จริง กล่าวคือ คนที่ประเมินว่าตนเองสามารถทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เดินแอโรบิคครั้งละ 30 นาทีสัปดาห์ละ 3 วันได้สำเร็จ ก็จะมองว่าตนเองควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสำเร็จตามเป้าหมาย แม้ในสถานการณ์จริงอาจมีอุปสรรคเข้ามาขัดขวาง คนที่มองเช่นนั้นจึงมีแนวโน้มลงมือทำอย่างสม่ำเสมอ self-efficacy จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุด (precondition) ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ ทั้งนี้ยังมีบุคคลมี self-efficacy สูงยังเกิดพฤติกรรมมาก ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีความ self-efficacy ต่ำ ยังเกิดพฤติกรรมน้อย ดังผลวิจัยจำนวนมากรายงานว่า ผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงต่อพฤติกรรมที่ศึกษา มีแนวโน้มทำพฤติกรรมนั้นมากกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำกว่า เช่น พฤติกรรมการกินอาหารตามหลักโภชนาการ (AbuSabha & Achterberg, 1997) ส่วนการศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกายในกลุ่มคนที่มีความพร้อมในการปฏิบัติต่างกันตามทฤษฎี Transtheoretical Model (Prochaska & DiClemente, 1983) พบว่ากลุ่มลงมือทำแล้ว (Actors) และผู้รักษาพฤติกรรมไว้ได้ (maintainers) มีความถี่ระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) สูงกว่ากลุ่มที่ยังไม่ลงมือทำ คือกลุ่มที่ยังไม่เห็นปัญหา (Precontemplation) และกลุ่มที่เห็นปัญหาแล้วแต่กำลังพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับพฤติกรรม (Contemplation) (deVries & Backbier, 1994) จากทฤษฎีและงานวิจัยดังที่กล่าวมาจึงชี้ให้เห็นว่า self-efficacy เป็นตัวแปรที่ทรงพลังในการส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันจากรวมกรรมที่กล่าวมาจึงสรุปเป็นกรอบการวิจัยได้ดังนี้

กรอบการวิจัย



วิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อเก็บข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงจากกลุ่มเสี่ยงผู้อยู่ในสังคมเมือง คือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล 800 คน (กลุ่มเสี่ยงโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ 400 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ 400 คน) ที่มีปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอย่างน้อย 1 ปัจจัย ประมวลผลด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) และการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปร (3-way ANOVA) เพื่อให้ได้ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นนำตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดไปใช้เป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริม การป้องกันโรค ระยะที่ 2 สัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวทางดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการเก็บ ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงสูง 23 คน (โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 10 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ 13 คน) เพื่อศึกษาทัศนคติและ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและใช้วิธีวิเคราะห์ และสรุปจากข้อมูล (Grounded Theory Method)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. การรับรู้แนวโน้ม (probability) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันมากกว่าการรับรู้ภัยร้าย (hazard) เนื่องจากตามปกติมนุษย์รับรู้ภัยร้ายโดยมีอคติเข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ว่าเหตุการณ์ร้ายๆ ไม่น่าจะเกิดกับเราแต่น่าจะเกิดกับคนอื่นมากกว่า (third-person effect) แต่หากเป็น เหตุการณ์ดี ๆ ก็จะมองว่าน่าจะเกิดกับตนมากกว่าคนอื่น อคติเช่นนี้ทำให้คนคิดว่าโรค (ในฐานะภัยร้าย) ถูกมองว่า เป็นเรื่องของผู้อื่น จึงมองว่าโรคเป็นสิ่งที่แยกจาก ตัวเอง กรอบความคิดเช่นนี้ทำให้คนมองว่าโรคมียังได้ เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคามความเป็นอยู่ดีของตน จึงตกอยู่ในความประมาทและไม่ป้องกันตนเองจาก โรค (Davison, 1983) แต่เมื่อถูกกระตุ้นว่าโรคนี้ มี “แนวโน้ม” เกิดกับเขาในอนาคตเท่า ๆ กับคนอื่น ๆ ในสังคม ทำให้เขาประเมินว่าโรคจะเกิดกับตนเองหรือไม่

ทำให้มนุษย์รู้สึกถึงความไม่แน่นอน (uncertainty) หรือ ความรู้สึกขาดความมั่นคงปลอดภัยจากการที่ชีวิตกำลัง ถูกคุกคามจากโรค จึงเริ่มมองว่าเป็นเรื่องของตนเอง และเล็งเห็นว่าโรคอาจคุกคามตนเองจึงพยายามปฏิบัติตน ในเชิงป้องกัน การมองว่าโรคมีโอกาสเกิดกับตนเองได้ นี้เอง ทำให้เปลี่ยนการรับรู้เดิมที่ว่าโรคเป็นเรื่องของ คนอื่นกลายเป็นมองว่าเป็นเรื่องของตนจึงก่อให้เกิด พฤติกรรมป้องกันโรค

2. การรับรู้แนวโน้มด้านการควบคุมได้ (perceived controllability) (ประกอบด้วย 2 ตัวแปรคือ 1. การควบคุมได้ ด้วยตนเอง (control by myself) และ 2. ความสามารถ ในตน (self-efficacy) ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากส่งผลมากที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพจาก ความสัมพันธ์ทั้งในกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคหัวใจ พบว่า perceived controllability สัมพันธ์กับกลุ่มพฤติกรรม สุขภาพมากกว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากทำให้ มนุษย์มีความรู้สึกว่าตนเองมีอิสรภาพและอำนาจในการเลือกทำ ด้วยความสมัครใจ (voluntary choice) และนำมาซึ่ง ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเพราะตนเป็นผู้ควบคุมโรค ด้วยตนเอง ในขณะที่พฤติกรรมที่ถูกคนอื่นควบคุมจะ ทำให้ถูกมองว่าตนไร้เสรีภาพหรือถูกบังคับ (involuntary choice) จึงก่อความรู้สึกไร้อำนาจ (powerlessness) (Schmidt, 2004; Slovic, 2000) ประกอบกับอคติเข้าข้าง ตนเอง (optimistic bias) ที่ว่าสถานการณ์ที่ตนเป็น ผู้ควบคุมเองจะสำเร็จมากกว่าสถานการณ์ที่ถูกผู้อื่นเป็น ผู้กระทำจึงทำให้การรับรู้แนวโน้มด้านการควบคุมได้ ส่งผลต่อการปฏิบัติมากกว่าตัวแปรอื่น ดังเห็นได้จาก ทั้ง 2 กรณีศึกษา พบว่าตัวแปรด้านการควบคุมได้สัมพันธ์ กับพฤติกรรมที่อยู่ในความควบคุมของผู้อื่นต่ำกว่าสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่วนตัว (การกินอาหารไขมันต่ำ การกิน ผักผลไม้ และการออกกำลังกาย) แสดงให้เห็นว่า การที่ มนุษย์ตระหนักว่าพฤติกรรมที่อยู่ในความควบคุมของ ผู้อื่นเช่น การรับสารก่อมะเร็ง/การรับสารพิษ การกิน อาหารปรุงแต่ง/ถนอมอาหารเป็นสิ่งที่ยากต่อการควบคุม ของตน จึงทำให้เขาหันมาเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ตน ควบคุมได้เอง แสดงว่าการที่บุคคลจะเลือกทำพฤติกรรม

เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมิได้ขึ้นกับความรุนแรงของโรค แต่ขึ้นกับว่าเขามองว่าพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นสิ่งที่เขาเป็นผู้ควบคุมได้เองหรือไม่ (Fishbein & Ajzen, 2010) ทั้งนี้ หากเขารับรู้ความสามารถในตนเองว่าตนเองมีความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสำเร็จตามเป้าหมาย เขาก็มีแนวโน้มลงมือทำแม้ว่ามีอุปสรรคใด ๆ ขัดขวาง (Bandura, 1986; Fishbein & Ajzen, 2010) ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรครับรู้ ทำนองเดียวกันแสดงว่าไม่ว่าโรคจะถูกมองว่าร้ายแรงมากหรือน้อยเพียงใดแต่หากเขารับรู้ความสามารถในตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้เขาก็จะทำการป้องกัน

3. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรคยังรับรู้แนวโน้มด้านความใกล้ (perceived nearness) ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงคือกลุ่มรับพิษเข้าร่างกาย (ดื่มสุรา สูบบุหรี่ รับเชื้อรา รับสารเคมี เครียด) มากยิ่งขึ้น และยังกินอาหารไขมันต่ำน้อยลง หมายความว่า การที่กลุ่มเสี่ยงมองตนเองว่าเป็นผู้ที่มิแนวโน้มป่วยเป็นโรคทำให้กลุ่มเสี่ยงกลับยังมีพฤติกรรมเสี่ยงแบบต่างๆ มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ระดับความสัมพันธ์ของกรณีโรคหัวใจมีค่าสูงกว่ากรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แสดงว่ากลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจมีความกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอนาคตมากกว่ากลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และปฏิบัติตนเสี่ยงมากกว่ากลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แสดงว่าโรคการรับรู้ด้านลบยิ่งก่อให้เกิดผลเชิงลบทางจิตวิทยาและทางพฤติกรรม คือยิ่งก่อความเครียดและนำไปสู่พฤติกรรมระบายนความเครียดที่เสี่ยงต่อโรคมกยิ่งขึ้น ที่เป็นเช่นนี้เป็นไปได้ว่าการรับรู้เรื่องราวด้านลบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ของตนเองก่อให้เกิดสภาวะไม่สมดุลในจิตใจ (cognitive dissonance) หรือเกิดความตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากเมื่อมนุษย์ถูกกระตุ้นด้วยข้อมูลด้านความเสี่ยง (โรค) ที่มีความไม่แน่นอน (uncertainty) ทำให้มนุษย์พยายามคาดการณ์อนาคตว่าจะเกิดกับตนหรือไม่ จึงก่อให้เกิดการรบกวนสภาวะจิตใจที่สมดุลตามธรรมชาติ แต่เมื่อรับรู้เรื่องเจ็บไข้ได้ป่วยและ “รู้สึก” ว่าเป็นความเป็นไปได้ที่จะเกิดกับตนจึงทำให้เกิดสภาวะความไม่สมดุลในใจ (cognitive dissonance) เช่น ความกังวลใจ ความเครียด และความกลัวเกี่ยวกับการป่วยในอนาคต

ดังนั้นเพื่อลดความไม่สมดุลนี้จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากสภาวะไม่สมดุลโดยการหามาตรการต่างๆ เพื่อนำจิตใจกลับคืนสู่ภาวะสมดุลเช่นเดิม (Festinger, 1957) ทั้งนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นความเสี่ยงที่ใช้เวลานานจึงจะเกิดโรค (delayed effect) มักเกิดในวัยสูงอายุแต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยหนุ่มสาวถึงวัยกลางคน อาจมองพฤติกรรมเสี่ยงว่าได้ประโยชน์ในภาพรวม (overall utility) และมองว่าไม่ใช่เรื่องของช่วงวัยของตนเอง (low involvement) จึงให้ความสำคัญที่จับต้องได้ในปัจจุบันเป็นเกณฑ์ (subjective value) มากกว่าคำนึงถึงภัยร้ายที่ยังไม่รู้ชัดเจนกว่าโรคจะเกิดกับตนหรือไม่ในอนาคต อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดเพื่อคลายความเครียดยังเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ อีกมาก เช่นความเชื่อ (beliefs) ค่านิยมส่วนตัว (personal values) และบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อน (social norms) เป็นต้น

4. การรับรู้ความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจมีลักษณะตรงกันข้ามกันคือตัวแปรที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกคือประสบการณ์ส่วนตัวและประสบการณ์ผ่านสื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งสะท้อนความแพร่หลายของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในสังคมปัจจุบัน (familiarity) และความรู้สึกว่าโรคมือการรุนแรงและน่ากลัว (dread) ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็ง ในขณะที่กลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจเป็นตัวแปรในกลุ่มกระตุ้นเหตุผลคือ ความสามารถในการตน (self-efficacy) การควบคุมได้ด้วยตนเอง (control by myself) ความสูญเสีย (loss) และความใกล้ (nearness) ที่เป็นเช่นนี้เพราะลักษณะของโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความไม่แน่นอนสูง (uncertainty) และการแพทย์ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดว่า มะเร็งเกิดจากอะไร และอาการโรคมะเร็งมีความรุนแรงจึงกระตุ้นความรู้สึกกลัวมากกว่าโรคอื่นๆ การที่มะเร็งมีลักษณะความไม่แน่นอนสูงและน่ากลัวส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงการขาดความมั่นคงและใช้อารมณ์ในการตัดสินใจป้องกันโรค กล่าวคือเมื่อรู้สึกว่าตนเป็นโรคมะเร็งกันมากและโรคมีความร้ายแรงจึงป้องกันไว้ก่อนไม่ว่ามาตรการป้องกันนั้นจะเป็นพฤติกรรมอะไร ตรงกันข้ามกับกรณี

โรคหัวใจเนื่องจากโรคหัวใจเป็นโรคที่มีความแน่นอนสูง (high certainty) คือมีความรู้ที่เชื่อถือได้จำนวนมากที่อธิบายชัดเจนว่าสาเหตุมาจากอะไรป้องกันรักษาได้ด้วยพฤติกรรมใด

นอกจากนี้ เป็นไปได้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รู้สึกว่าตนเองมีความเกี่ยวข้องในระดับต่ำ (low involvement) ดังที่ตัวแปรการรับรู้ความใกล้ชิด (nearness) และการรับรู้ความสูญเสีย (loss) ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยังไม่มีความรู้สึกว่าเป็นเรื่องของตนเองและไม่รู้สึกว่าจะส่งผลเสียต่อตนเอง แสดงว่ายังไม่มองว่าตนเองมีความเสี่ยง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีแรงจูงใจต่ำในการคิดด้วยหลักเหตุผล ดังนั้นเส้นทางรอง (peripheral route) หรืออารมณ์ความรู้สึกจึงเข้ามามีอิทธิพลต่อการประมวลข้อมูล ส่วนกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจรู้สึกว่าจะตนเองมีความเกี่ยวข้องมาก (high involvement) ดังที่ตัวแปรการรับรู้ความใกล้ชิด (nearness) มีอิทธิพลสูงสุดในกลุ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแสดงถึงรู้สึกว่าจะตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงทำให้มองว่าการป่วยเป็นโรคหัวใจจึงเป็นเรื่องของตนเองโดยตรงและยังรู้สึกว่าจะตนเองสูญเสียบางอย่าง (loss) ส่งผลให้มีแรงจูงใจสูงในการพิจารณาไตร่ตรองข้อมูล จึงใช้เส้นทางหลัก (central route) หรือหลักเหตุผลในการประเมินข้อมูลความเสี่ยง (Petty & Cacioppo, 1981, 1984) ทั้งนี้ การที่กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มิได้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันในสถานการณ์จริงมากนัก แสดงว่า อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นน่าจะก่อให้เกิดภาวะความรู้สึกไม่สบายใจหรือกังวลใจ (cognitive dissonance) โดยความรู้สึกนี้ยังไม่นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันจริง ๆ มากนัก (intention-behavior gap) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (self-efficacy) (Bandura, 1986)

5. กรณีศึกษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่าความคุ้นเคย (familiarity) และความน่ากลัว (dread) มีปฏิสัมพันธ์ร่วมับความสามารถในตน (self-efficacy) โดยกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนสูง (high efficacy) ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อย (low familiarity) ที่มีประสบการณ์น้อย (low dread) มีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีความกลัวมาก (high dread) ที่รับรู้ความสามารถในตนสูง (high

efficacy) และที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อย (low familiarity) นั้น แสดงว่าระดับความกลัวส่งผลต่อพฤติกรรมของคนกลุ่มนี้ คือคนที่กลัวน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก เนื่องจากคนมั่นใจในตนเองสูงจะมองตัวเองว่าเขาสามารถทำอะไรก็สำเร็จ แม้จะมีอุปสรรคหรือล้มเหลวก็สามารถฝ่าฟันและฟื้นตัวได้เร็ว (Bandura, 1986) ทำให้มองการเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องง่ายสำหรับตนเอง ดังนั้นคนที่ไม่ค่อยกลัวจึงมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า นอกจากนี้อาจเนื่องจากเขามองว่าเขาควบคุมการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตัวได้และรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถสูง ดังนั้น เมื่อใดตนจะลุกขึ้นมาเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก็มองว่าตนสามารถทำได้จึงยังคงทำตัวเสี่ยงอยู่ นอกจากนี้ที่มะเร็งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมส่วนตัว จึงอาจทำให้คนที่มีความมั่นใจสูงมองพฤติกรรมเหล่านั้นเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง ดังที่ Sjöberg (2000) กล่าวว่าความเสี่ยงส่วนตัว (private risks) เป็นความเสี่ยงที่มนุษย์รับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่ำกว่าความจริง (underestimate) เพราะพฤติกรรมส่วนตัวธรรมดา ๆ นี้เองที่ก่อให้เกิดอคติเข้าข้างตนเองว่าตนเองควบคุมได้และจะหยุดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองเมื่อใดก็ได้ ดังนั้นกล่าวได้ว่าการรับรู้ความกลัวในระดับน้อยในกลุ่มคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคต่ำทำให้ไม่รู้สึกถึงอาการความรุนแรงของโรคนัก ทำให้คนที่รับรู้ความสามารถในตนเองสูงเกิดความประมาทจึงปฏิบัติตนเสี่ยงกว่าคนที่รับรู้ความกลัวมาก

นอกจากนี้กรณีข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถในตนสูงกลับกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยและกลัวน้อย ดังนั้นในกรณีที่ต้องสื่อสารกับคนที่เชื่อในความสามารถของตนสูงจึงควรสื่อสารความน่ากลัวมากขึ้นและอาจนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้

โดยสรุปคือทั้ง 2 กรณีศึกษา พบว่าตัวแปรความสามารถในตน (self-efficacy) เป็นตัวแปรที่มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแปรดังกล่าวเป็นแนวทางสร้างข้อความส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อศึกษาหาแนวทาง

สื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย
การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) สำหรับกรณี

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ข้อความส่งเสริมความสามารถในตน
(self-efficacy message) เป็นดังนี้

“ชีวิตหมดสนุก”

หากวันหนึ่งคุณป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ คุณจะพบแต่ความยุ่งยากในชีวิต เช่น การกิน การนั่ง/ ขับรถ การขับถ่าย เสียความเชื่อมั่นในตนเอง เสียเวลาทำงาน/โอกาสก้าวหน้าในอาชีพ เสียเงินค่ารักษาพยาบาล สูญเสียโอกาสทำในสิ่งที่ชอบ เช่น กีฬาและการเดินทางท่องเที่ยว ...ถ้าคุณไม่ออกกำลังกาย ไม่กินผักผลไม้ กินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ และคุณมีญาติเป็นมะเร็ง ...และยังมีอาการ เช่น รู้สึกอึดอัด มีลมแน่นท้อง ไม่ถ่าย ไม่ผายลม อาหารไม่ย่อย ท้องเสียสลับท้องผูก ท้องไม่โล่ง เจ็บหรือรู้สึกบวมในท้องบ่อยๆ เป็นตะคริวในท้อง ถ่ายปนเลือด เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าอุจจาระมีขนาดเล็กกลิ้งกว่าปกติ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ คุณมีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

พฤติกรรมที่คนทั่วไปทำได้และคุณก็สามารถทำได้ง่ายๆ เช่นกัน คือ

- เพิ่มธาตุพืชผักผลไม้หลากสีในอาหารว่างและอาหารมื้อหลักรวมกันวันละ 5-6 ท็อป
- กินผักพื้นบ้านไทย เช่น ชะพลู ย่านาง ผักปลัง เพาะ ผักแพว กระถิน ผักเม็ก เป็นต้น
- กินอาหารไขมันต่ำ 5-7 วันต่อสัปดาห์ เช่น ปลา ไข่ ไขมันไร้หนัง ยำสลัด อบแห้ง ลวกต้ม นึ่ง ตุ่น แกงไม้ใส่กะทิ ขนุนไม่ใส่นมเนย
- ใช้กำลังกายต่อเนื่องจนหัวใจเต้นแรงขึ้น แต่ไม่ถึงกับหอบเป็นเวลา 10-30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ขึ้นบันไดหลายชั้น ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ป้องกันได้ด้วยตัวคุณ

ข้อความส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจแบบมีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน
(self-efficacy message) เป็นดังนี้

“ตายไม่รู้ตัว!!”

หากคุณมีญาติเป็นโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง และถ้าคุณเป็นคนไม่ออกกำลังกาย ไม่กินผักผลไม้ กินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ มีภาวะความดันโลหิตสูง มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นเบาหวาน มีความเครียดสูง เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าเย็น เท้าบวมและเคยเจ็บหน้าอกหรือหน้ามีดขณะมีความเครียดโกรธหรือขณะออกแรง...คุณมีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและอาจหัวใจวายตายเฉียบพลัน

พฤติกรรมที่คนทั่วไปทำได้และคุณก็สามารถทำได้ง่ายๆ เช่นกัน คือ

- เพิ่มธาตุพืชผักผลไม้หลากสีในอาหารว่างและอาหารมื้อหลักรวมกันวันละ 5-6 ท็อป
- กินอาหารไขมันต่ำ 5-7 วันต่อสัปดาห์ เช่น ปลา ไข่ ไขมันไร้หนัง ยำ สลัด อบแห้ง ลวกต้ม นึ่ง ตุ่น แกงไม้ใส่กะทิ ขนุนไม่ใส่นมเนย
- ใช้กำลังกายต่อเนื่องจนหัวใจเต้นแรงขึ้น แต่ไม่ถึงกับหอบเป็นเวลา 10-30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ขึ้นบันไดหลายชั้น ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ

โรคหัวใจป้องกันได้ด้วยตัวคุณ

จากการวิเคราะห์สรุปข้อมูล พบว่ากรณีศึกษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจมีลักษณะสอดคล้องกันคือสื่อที่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) มีอิทธิพลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมป้องกันและมีความตั้งใจจะปฏิบัติตาม คือ ทำให้เกิดความรู้สึกได้รับกำลังใจรู้สึกเป็นผู้ควบคุมสุขภาพของตนเองรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วม รู้สึกเป็นเรื่องที่

เกี่ยวกับตนเองยืนยัน/เสริมความมั่นใจสิ่งที่ทำอยู่ รู้สึกเป็นกันเองมองว่าวิธีป้องกัน “ง่าย” และ “ได้ผล” ทำให้เกิดคลายความกังวลใจ รู้สึกเชื่อมั่นมากขึ้นว่าคุณสามารถทำได้และอยากปฏิบัติตาม

ข้อความส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message) มีดังนี้

“ชีวิตหมดสนุก”

หากวันหนึ่งคุณป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ คุณจะพบแต่ความยุ่งยากในชีวิตเช่นการกิน การนั่ง/ขับรถ การขับถ่าย เสียความเชื่อมั่นในตนเอง เสียเวลาทำงาน/โอกาสก้าวหน้าในอาชีพ เสียเงินค่ารักษาพยาบาล สูญเสียโอกาสทำในสิ่งที่ชอบ เช่น กีฬาและการเดินทางท่องเที่ยว ... ถ้าคุณไม่ออกกำลังกาย ไม่กินผักผลไม้ ไม่กินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ และมีญาติเป็นมะเร็ง ... มีอาการเช่น รู้สึกอึดอัด มีลมแน่นท้อง ไม่ถ่าย ไม่ผายลม อาหารไม่ย่อย ท้องเสียสลับท้องผูก ท้องไม่โล่ง เจ็บหรือรู้สึกบวมในท้องบ่อย ๆ เป็นตะคริวในท้อง ถ่ายปนเลือด เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าอุจจาระมีขนาดเล็กกลิ้งกว่าปกติ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ คุณมีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

- เพิ่มธาตุพืชผักผลไม้หลากหลายในอาหารว่างและอาหารมื้อหลักรวมกันวันละ 5-6 ทัพพี
- กินผักพื้นบ้านไทย เช่น ชะพลู ย่านาง ผักปลัง เพกา ผักแพว กระถิน ผักเม็ก เป็นต้น
- กินอาหารไขมันต่ำ 5-7 วันต่อสัปดาห์ เช่น ปลา ไข่ไก่ ไขมันไร้หนัง ยำสลัด อบแห้ง ลวก ต้ม นึ่ง ดูนั้ แกงไม้ใส่กะทิ ขนมไม้ใส่เนย
- ใช้กำลังกายต่อเนื่องจนหัวใจเต้นแรงขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบเป็นเวลา 10-30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ขึ้นบันไดหลายชั้น ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ

ข้อความส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจแบบไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message)

“ตายไม่รู้ตัว!!!”

หากคุณมีญาติเป็นโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่น โรคหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง และถ้าคุณเป็นคนไม่ออกกำลังกาย ไม่กินผักผลไม้ กินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ มีภาวะความดันโลหิตสูง มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นเบาหวาน มีความเครียดสูง เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าเย็น เท้าบวมและเคยเจ็บหน้าอกหรือหน้ามืด ขณะมีความเครียดโกรธหรือขณะออกแรง...คุณมีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและอาจหัวใจวายตาย

เรียบหลักการป้องกันโรคหัวใจ

- เพิ่มธัญพืชผักผลไม้หลากสีในอาหารว่างและอาหารมื้อหลักรวมกันวันละ 5-6 ทับพี
- กินอาหารไขมันต่ำ 5-7 วันต่อสัปดาห์ เช่น ปลา ไข่ไก่ ไขมันไร้หนัง ยาสลัด อบแห้ง ลวก ต้ม นึ่ง ตุ่น แกงไม่ใส่กะทิ ขนมนมไม่ใส่นมเนย
- ใช้กำลังกายต่อเนื่องจนหัวใจเต้นแรงขึ้นแต่ไม่ถึงกับหอบเป็นเวลา 10-30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ขึ้นบันไดหลายชั้น ขี่จักรยาน เดินแอโรบิก ว่ายน้ำ

ในขณะที่สื่อที่ไม่มีข้อความกระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message) พบว่ากรณีศึกษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจก็มีลักษณะสอดคล้องกันคือ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกในทางตรงกันข้าม คือ ไม่สร้างความรู้สึกลึกซึ้งไม่เกี่ยวข้องกับตนเองเป็นการแจ้งให้รู้เท่านั้น ไม่ได้ชักชวนให้ปฏิบัติ รู้สึกไม่มีส่วนร่วมทำให้ไม่อยากจะรู้หรือรู้สึกห่างเหินเป็นทางการแบบตำราหรือสื่อในโรงพยาบาล ทำให้มองว่าวิธีป้องกัน “ยาก” ทำให้มองโรคว่า “รุนแรง” ห้วนสั้นเหมือนถูกบังคับจึงไม่อยากจะปฏิบัติตาม

โดยสรุปแม้ว่า แนวทางการสื่อสารที่กระตุ้นความสามารถในตน (self-efficacy message) ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กรณีศึกษาเกิดทัศนคติเชิงบวกและทำให้รู้สึกอยากปฏิบัติตามมากกว่าแนวทางการสื่อสารที่ไม่กระตุ้นความสามารถในตน (no self-efficacy message) แต่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่างก็ยอมรับว่าแม้ตนเองรู้สึกดีอยากปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่นำไปปฏิบัติในชีวิตจริงที่มีข้อจำกัดเป็นไปได้อย่างยากมาก จึงปฏิบัติได้เพียงบางอย่างเช่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินเท่านั้น เนื่องจากวิถีชีวิตมีข้อจำกัดหลายอย่างที่เป็อุปสรรคต่อการปฏิบัติให้ได้อย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน เช่น ทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ

ของคนในครอบครัว บุคลิกภาพ ทัศนคติของตนเอง รูปร่าง โรคประจำตัว ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่อาศัย เป็นต้น ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเมื่อมนุษย์ตกอยู่ในสถานการณ์จริงไม่สามารถรับไปใช้ได้ทั้งหมด ในทันทีเพราะมีปัจจัยจำนวนมากเข้ามามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติ ได้แก่ เวลาที่มีปัจจัยส่วนบุคคล (Internal factors) เช่น ทัศนคติ (attitudes) ประสบการณ์ (experiences) และบรรทัดฐานของคนใกล้ชิด (social norms) (Bandura, 1986; Fishbein & Ajzen, 2010; Rogers, 2003)

ข้อเสนอแนะในการสื่อสารสุขภาพและการวิจัย

1. การที่พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรคได้รับอิทธิพลจากตัวแปรด้านแนวโน้มมากกว่าตัวแปรด้านภัยร้ายชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ลักษณะภัยร้ายของโรคไม่ใช่ประเด็นที่นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันได้มากเท่าการรับรู้แนวโน้ม ดังนั้นการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันจึงควรเน้นตัวแปรด้านแนวโน้มมากกว่าด้านภัยร้าย แต่หากจำเป็นต้องเลือกใช้ด้านภัยร้าย เช่น ความน่ากลัวในการสร้างพฤติกรรมป้องกันก็เป็นแนวทางที่นักสื่อสารสุขภาพต้องใช้ความระมัดระวังและใช้ร่วมกับตัวแปรที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมทั้งนี้

ความน่ากลัวจะมีหรือไม่มีประสิทธิภาพต่อการป้องกันโรคในบริบทใดยังต้องการการศึกษาวิจัยต่อไป

2. การสื่อสารสุขภาพเชิงป้องกันควรสื่อสารในเชิงบวกเนื่องจากตัวแปรความกลัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนความน่ากลัวมีผลในเชิงป้องกันเฉพาะในกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนเองสูงไม่ใช่ในกลุ่มผู้รับรู้ความสามารถในตนเองต่ำเป็นต้น เพราะการที่บุคคลจะเลือกทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมิได้ขึ้นกับการรับรู้ความน่ากลัวของโรคเพียงอย่างเดียวแต่ขึ้นกับว่าเขาเองว่าพฤติกรรมป้องกันนั้นเป็นสิ่งที่เขาเป็นผู้ควบคุมได้เองหรือไม่ จึงควรใช้แนวทางสื่อสารเชิงบวกโดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเองและเพิ่มการรับรู้ด้านการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากทำให้รู้สึกมีอำนาจเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์สุขภาพของตนเองและเพิ่มความรู้สึกที่ดีต่อตนเองว่าสามารถป้องกันโรคร้ายแรงได้

3. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กับโรคหัวใจเป็นโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงที่คล้ายคลึงกันแต่การเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความซับซ้อนกว่ากรณีโรคหัวใจ อาจทำให้ไม่สามารถสื่อสารด้วยวิธีเดียวกัน เนื่องจากกรณีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) เป็นเงื่อนไขสำคัญ

เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับประสบการณ์ (familiarity) และความน่ากลัว (dread) การสื่อสารเชิงป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงไม่ควรใช้ความน่ากลัวอย่างเดียวโดยปราศจากตัวแปรความคุ้นเคยและความสามารถในการตนของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนโรคหัวใจนั้น ความสามารถในการตนมีอิทธิพลสูงสุดต่อการเกิดพฤติกรรมแต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ในลักษณะเป็นเงื่อนไขกับตัวแปรอื่นจึงสามารถใช้สื่อสารได้อย่างตรงไปตรงมา ทั้งนี้ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลร่วมจากตัวแปรอื่นที่มีได้ศึกษาในงานวิจัยนี้ซึ่งยังต้องการศึกษาค้นคว้าต่อไปอาจได้แนวทางการสื่อสารเชิงป้องกันที่ชัดเจนและลุ่มลึกขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมจำนวนมากทั้งทางตรงและทางอ้อมและเป็นสิ่งที่ได้รับการส่งเสริมระยะยาว แต่การวิจัยนี้เป็นเพียงการศึกษาตัวแปรเพียงกลุ่มหนึ่งและศึกษาแบบครั้งเดียว (cross sectional study) หากศึกษาตัวแปรชุดอื่นและใช้ทฤษฎี เช่น Cultivation Theory และ Social Learning ร่วมกับการศึกษาแบบติดตามกลุ่ม (cohort study) อาจพบผลการศึกษาน่าสนใจยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ดวงพร คำณวนวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภเงิน, และ สุนิดา ศิวปฐมชัย. (2550). *วิจัยและพัฒนการสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), นนทบุรี.
- _____. นิยะนันท์ สำเภเงิน, และ สุนิดา ศิวปฐมชัย. (2551). *การสื่อสารสุขภาพท้องถิ่น : แนวคิด การดำเนินงาน และการขยายผล*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), นนทบุรี.
- นันทิกา สุนทรไชยกุล. (2550). หน่วยที่ 4 *การสื่อสารความเสี่ยงสำหรับงานสาธารณสุข*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กันภัย, พัฒนพงศ์ จาติเกตุ, และ ปิยะนารถ จาติเกตุ. (2546). *การสื่อสารสุขภาพ: ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ*. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553). *แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

ภาษาอังกฤษ

- AbuSabha, R., & Achterberg, C. (1997). Review of Self-Efficacy and Locus of Control for Nutrition- and Health-Related Behavior. **Journal of the American Dietetic Association**, 97(10), 1122-1132.
- Allen, J. D., Kennedy, M., Wilson-Glover, A., & Gilligan, T. D. (2007). African-American men's perceptions about prostate cancer: Implications for designing educational interventions. **Social Science & Medicine**, 64(11), 2189-2200.
- Ayanian, J. Z., & Cleary, P. D. (1999). Perceived Risks of Heart Disease and Cancer Among Cigarette Smokers. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, 281(11), 1019-1021.
- Bandura, A. (Ed.). (1986). **Social Foundations of Thought and Action**. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, K. H., & Frankel, A. (1981). A Conceptualization of Threat Communications and Protective Health Behavior. **Social Psychology Quarterly**, 44(3), 204-217.
- Beck, U. (1992). **Risk Society: Towards a New Modernity**. New Delhi: Sage.
- Bottoff, J. L., Ratner, P. A., Johnson, J. L., Lovato, C. Y., & Joab, S. A. (1998). Communicating cancer risk information: the challenges of uncertainty. **Patient Education and Counseling**, 33(1), 67-81.
- Bradbury, J. A. (1989). The Policy Implication of Differing Concepts of Risk. **Science, Technology, and Human Values**, 14(4), 380-399.
- Claassen, L., Henneman, L., Kindt, I., Marteau, T. M., & Timmermans, D. R. M. (2010). Perceived risk and representations of cardiovascular disease and preventive behaviour in people diagnosed with familial hypercholesterolemia: a cross-sectional questionnaire study. **Journal of Health Psychology**, 15(1), 33-43.
- Coreil, J. (2010). **Social and Behavioral Foundations of Public Health** (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Covello, V. T., & Peters, R. G. (2002). Women's Perceptions of the Risks of Age-Related Diseases, Including Breast Cancer: Reports from a 3-Year Research Study. **Health Communication**, 14(3), 377-395.
- Davison, W. P. (1983). The Third-Person Effect in Communication. **Public Opinion Quarterly**, 47(1), 1-15.
- deVries, H., & Backbier, E. (1994). Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke: **The Ø-pattern. Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory**, 23(2).
- Ekwueme, D. U., Guy Jr, G. P., Rim, S. H., White, A., Hall, I. J., Fairley, T. L., et al. (2014). Health and Economic Impact of Breast Cancer Mortality in Young Women, 1970–2008. **American Journal of Preventive Medicine**, 46(1), 71-79.
- Festinger, L. (1957). **A Theory of Cognitive Dissonance**. California: Stanford University Press.
- Fischer, A. R. H., & Frewer, L. J. (2009). Consumer familiarity with foods and the perception of risks and benefits. **Food Quality and Preference**, 20, 576-585.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). **Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research**. Reading, MA: Addison-Wesley.
- & Ajzen, I. (2010). **Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach**. New York: Psychology Press.
- Green, J., Grant, M., Hill, K., Brizzolara, J., & Belmont, B. (2003). Heart disease risk perception in college men and women. **J Am Coll Hlth**, 51, 207 - 211.
- Gregory, R., & Mendelsohn, R. (1993). **Perceived Risk, Dread, and Benefits**. *Risk Analysis*, 13(3), 259-264.
- Hamilton, J., & Lobel, M. (2012). Passing years, changing fears? Conceptualizing and measuring risk perceptions for chronic disease in younger and middle-aged women. **Journal of Behavioral Medicine**, 35(2), 124-138.

- Leiss, W. (1996). Three phases in risk communication practice. In H. Kunreuther & P. Slovic (Eds.), **Challenge in risk assessment and risk management: annals of the American academy of political and social science, special issue on risk** Thousand Oaks: Sage.
- Leshner, G., Vultee, F., Bolles, P. D., & Moore, J. (2010). When a Fear Appeal Isn't Just a Fear Appeal: The Effects of Graphic Anti-tobacco Messages. [Article]. **Journal of Broadcasting & Electronic Media**, 54(3), 485-507.
- Lin, I., & Peterson, D. D. (2007). **Risk Communication in Action: The Tools of Message Mapping**. Cincinnati, Ohio: National Risk Management Research Laboratory Office of Research and Development, United States Environmental Protection Agency.
- Lipkus, I. M., Rimer, B. K., Lyna, P. R., Prandhan, A. A., Conaway, M., & Woods-Powell, C. T. (1996). **Colorectal screening patterns and perceptions of risk among African-American users of a community health center**. 21, 409-427.
- Lupton, D. (1999). **Risk**. London: Routledge.
- Mardiyono, Songwathana, P., & Petpichetchian, W. (2011). Concept of Analysis of Perceived Control. **Nurse Media Journal of Nursing**, 1(2 Juli 2011), 225-243.
- McKeever, B. W. (2014). The Status of Health Communication: Education and Employment Outlook for a Growing Field. **Journal of Health Communication**, 1-16.
- Muthusamy, N., Levine, T. R., & Weber, R. (2009). Scaring the Already Scared: Some Problems With HIV/AIDS Fear Appeals in Namibia. [Article]. **Journal of Communication**, 59(2), 317-344.
- Okumura, Y., & Ito, H. (2013). Out-of-pocket expenditure burdens in patients with cardiovascular conditions and psychological distress: a nationwide cross-sectional study. **General Hospital Psychiatry**, 35(3), 233-238.
- J. T. (1981). **Attitude and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches**. Dubuque, IA: William C. Brown.
- & Cacioppo, J. T. (1984). The Effects of Involvement on Responses to Argument Quantity and Quality: Central and Peripheral Routes to Persuasion. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46 (January), 69-81.
- Prochaska, J. Q., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 51(3), 390-395.
- Ramachandran, A., Snehalatha, C., & Ma, R. C. W. (2013). Diabetes in South-East Asia: An update for 2013 for the IDF Diabetes Atlas. **Diabetes Research and Clinical Practice**(0).
- Rayners, S., & Cantor, R. (1987). How Fair Is Safe Enough? The Cultural Approach to Societal Technology Choice. **Risk Analysis**, 7(1), 3-13.
- Recchia, V. (1999). **Risk Communication and Public Perception of Technological Harzards** (Vol. First Volume).
- Reiner, J., Sonicki, Z., & Tedeschi-Reiner, E. (2010). Public perceptions of cardiovascular risk factors in Croatia: The PERCRO survey. [Article]. **Preventive Medicine**, 51(6), 494-496.
- Renn, O. (1992). Concepts of Risk: A Classification. In S. Krimsky & D. Golding (Eds.), **Social Theories of Risk**. Connecticut: Praeger.
- (2004). Perception of Risks. **The Geneva Papers on Risk Insurance**, 29(1), 102-114.
- (2006). **Risk Governance Towards an Integrative Approach**. Geneva: International Risk Governance Council.
- (2008). Concepts of Risk: An Interdisciplinary Risk Concepts: Part 1. **GAIA**, 17(1), 50-66.
- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. **Bulletin of the World Health Organization**, 87: 4, 245-324.

- Robb, K. A., Miles, A., & Wardle, J. (2007). Perceived Risk of Colorectal Cancer: Sources of Risk Judgment. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, 16(4), 694-702.
- Rogers, E. M. (2003). **Diffusion of Innovations 5th ed.** New York: Free Press.
- Sandman, P. M. (2012). Responding to Community Outrage: Strategies of Effective Risk Communication. **American Industrial Hygiene Association: AIHA**.
- Schmalhofer, F. (1987). Expert Systems as Cognitive Tools for Human Decision Making. **NATO ASI Series**, 35, 269-289.
- Schmidt, M. (2004). Investigating risk perception: a short introduction Chapter 3 in. In M. Schmidt (Ed.), **Loss of agro-biodiversity in Vavilov centers, with a special focus in risks of genetically modified organisms (GMOs)**. Vienna, Australia.
- Schwarzer, R., Babler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The Assessment of Optimistic Self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese Versions of the General Self-efficacy Scale. **Applied Psychology**, 46(1), 69-88.
- Sjoberg, L. (1999). Risk Perception by The Public and by Experts: A Dilemma in Risk Management. **Human Ecology Review**, 6(2), 1-9.
- Sjoberg, L. (2000). Factors in Risk Perception. **Society for Risk Analysis**, 1-11.
- Slovic, P. (2000). **The Perception of Risk**.
- Slovic, P., & McGregor, D. J. (1994). **The Social Context of Risk Communication**. Unpublished manuscript, Eugene, OR.
- 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.
- Taghavifard, M. T., Damghani, K. K., & Moghaddam, R. T. (2009). **Decision Making Under Uncertainty and Risky Situations**.
- Tilbert, J. C., James, K. M., Sinicrope, P. S., Eton, D. T., Costello, B. A., Carey, J., et al. (2011). Factors influencing Cancer Risk Perception in High Risk Populations: Asystematic Review. **Heredity Cancer in Clinical Practice**, 9(2), 1-15.
- Webster, R., & Heeley, E. (2010). **Perceptions of risk: understanding cardiovascular disease**. Risk Manag Healthc Policy, 3, 49-60.
- Wienstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. **Health Psychology**, 3, 431-457.
- Wu, L. H. (2007). **Knowledge, perceived risks and preventive behavior of coronary heart disease in Chinese Hong Kong women**. University of California, San Francisco.
- 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.