

ลักษณะประชากร การรับรู้ความเสี่ยง และโครงสร้างทางปัญญาที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19

Demographics, Risk Perception and Cognition Influencing Health Behaviors in Preventing Covid-19 Endemic

Received: September 6, 2022 / Received in revised form: April 14, 2023 / Accepted: June 13, 2023

ดวงกมลชาติประเสริฐ Duang-Kamol Chartprasert

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Chulalongkorn University

เสริมศิริ นิลดำ Sermsiri Nindum

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย Chiang Rai Rajabhat University

บทคัดย่อ

ก ารมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 เป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนยุคปัจจุบัน งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยด้านลักษณะประชากร การรับรู้ความเสี่ยง และโครงสร้างทางปัญญาที่ส่งผลต่อการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนใน 5 ภูมิภาคจำนวน 400 คน ซึ่งสุ่มแบบจัดกลุ่มตามลำดับขั้น (Multistage Cluster Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์อำนาจจำแนกด้วยค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ (Multiple Linear Regression) ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรพยากรณ์การมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 5 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้แนวโน้ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการคิดพิจารณา การรับรู้ภัยร้าย และอายุ

คำสำคัญ: การรับรู้ความเสี่ยง, โครงสร้างทางปัญญา, พฤติกรรมสุขภาพ, โควิด-19, การสื่อสารสุขภาพ

ดวงกมลชาติประเสริฐ (Ph.D. Mass Comm., University of Wisconsin-Madison U.S.A., 1991) ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์
ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เสริมศิริ นิลดำ (นศ.ด.นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551, email: aj_sermsiri@yahoo.com) ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (Corresponding author)

Abstract

Having appropriate health behaviors to protect oneself from the endemic COVID-19 disease is important for today's people. The purpose of this research was to study demographic factors, risk perception and cognitive structures affecting influencing health behaviors in preventing Covid-19 endemic among Thai people by using a quantitative research method. The sample group was 400 Thai people in 5 regions randomly sampled by a multistage cluster sampling method. The questionnaires were used to collect data and the data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's Correlation Coefficient, and Multiple Linear Regression Analysis. The results showed that predictive variables of health behaviors in preventing Covid-19 endemic with statistically significant at the 0.05 level are perceived probability, health literacy, motivation to process, perceived hazard and age.

Keywords: Risk Perception, Cognition, Health Behavior, Covid-19, Health Communication

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ล่าสุดที่เริ่มต้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และแพร่กระจายความรุนแรงเป็นโรคระบาด (Epidemic) ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว โดยในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2020) ทำให้รัฐบาลทั่วโลกออกมาตรการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การสวมหน้ากาก การรักษาสุขอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การกักตัว การฉีดวัคซีน เป็นต้น ขณะที่เชื้อโควิด 19 ได้

พัฒนาสายพันธุ์ใหม่อย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยรายงานสถานการณ์โควิด-19 ระหว่างวันที่ 17-23 มกราคม 2565 หรือระยะเพียงหนึ่งสัปดาห์พบว่า ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อรายใหม่กว่า 21 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ที่สูงสุดนับตั้งแต่เริ่มการระบาดใหญ่ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยสะสมกว่า 346 ล้านคน และผู้เสียชีวิตกว่า 5.5 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2022) ซึ่งผลของการเกิดวิกฤตการณ์ทางสุขอนามัยครั้งนี้ส่งผลเสียในหลายมิติ ทั้งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งนับเป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของพลเมืองโลกครั้งใหญ่

สถานการณ์ในปี 2565 พบว่า จากมาตรการที่ภาคส่วนต่าง ๆ ได้ร่วมกันดำเนินการทั้งด้านกฎหมาย การณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มาตรการด้านสุขอนามัย ตลอดจนถึงมาตรการเร่งกระจายการฉีดวัคซีนของรัฐบาลเพื่อช่วยลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ ดังที่คาดหมายว่าหากประชาชนส่วนใหญ่เข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จะลดความเสียหายและผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เช่น ลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคโควิด-19 ลดความรุนแรงของโรค ลดการครองเตียงในโรงพยาบาล รวมถึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิต เหล่านี้จะนำไปสู่การสร้างภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย ทำให้ผู้ได้รับวัคซีนมีภูมิคุ้มกันเหมือนผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคโควิด-19 การมีภูมิคุ้มกันหมู่จะทำให้การแพร่ระบาดของโรคสงบลง เมื่อควบคุมการแพร่ระบาดได้การใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนจะได้อีกครั้งเข้าสู่ภาวะปกติ (ยง ภู่วรรณ, 2564)

หากทิศทางการแพร่ระบาดของโควิด-19 มีแนวโน้มลดลงและควบคุมได้ ทำให้เกิดความหวังที่อาจนำไปสู่การเป็น “โรคประจำถิ่น” (Endemic) ซึ่งหมายถึงโรคที่มีการติดเชื้อเฉพาะพื้นที่และสามารถคาดการณ์ได้ (Katzourakis, 2022) ในเชิงจิตวิทยาจะสามารถช่วยให้ผู้คนในสังคมปรับตัวทัศนคติ ลดความวิตกกังวลและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข นำไปสู่การร่วมกันฟื้นฟูภาคเศรษฐกิจและมิติอื่น ๆ ที่ถดถอยไปของประเทศในช่วงเวลาที่ผ่านมาให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ แต่ยังคงอยู่บนพื้นฐานของความระมัดระวัง ปลอดภัยทางสุขอนามัย ซึ่งหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้มีมาตรการบริหารจัดการเพื่อให้เข้าสู่

โรคประจำถิ่นมีมาตรการ 4 ด้าน คือ 1) ด้านสาธารณสุข อาทิ การเร่งฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น การปรับระบบการเฝ้าระวัง ฯลฯ 2) ด้านการแพทย์ อาทิ การปรับแนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรง รวมทั้งภาวะ Long COVID ฯลฯ 3) ด้านกฎหมายและสังคม อาทิ การบริหารจัดการด้านกฎหมายในทุกหน่วยงานให้สอดคล้องกับการปรับตัวเข้าสู่ยุคหลังการแพร่ระบาด การผ่อนคลายมาตรการทางสังคมทุกภาคร่วมดำเนินการมาตรการป้องกันตัวเองแบบครบวงจร ฯลฯ และ 4) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ที่มุ่งให้ทุกภาคส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโควิด-19 อย่างปลอดภัย และสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างครอบคลุมให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 2565) ดังที่กล่าวมาจึงเห็นได้ว่า แม้การระบาดของเชื้อโควิด-19 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่น แต่การควบคุมกำกับดูแลให้ภาคประชาชนมีทัศนคติและพฤติกรรมทางสุขอนามัยที่ถูกต้อง ยังคงเป็นมาตรการที่จำเป็น อย่างยิ่งเพื่อควบคุมไม่ให้โรคประจำถิ่นกลับมาเป็นโรคระบาดรุนแรงอีกครั้ง

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่มีพันธกิจเกี่ยวข้องกับสุขอนามัยของประชาชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนัก อันจะนำไปสู่การกระตุ้นให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคประจำถิ่นล่าสุดนี้ ทั้งนี้ในการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้น องค์ประกอบภายในผู้รับสารที่ผู้ส่งสารจำเป็นต้องพิจารณาเพื่อนำมากำหนดกลยุทธ์และวางแผนการสื่อสารในบริบทของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้นได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (Demographic Factors) ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception Factors) และปัจจัยโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Factors) เหล่านี้เป็นตัวแปรสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการออกแบบกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพดังนี้

จากการประมวลแนวคิดและงานวิจัยทางการสื่อสารสุขภาพที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า จากลักษณะประชากรของ

ผู้รับสารที่หลากหลาย พบว่ามีตัวแปรสำคัญ 3 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรเพศ (McLean et al., 2009; Clough, 2011) เช่น ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะป้องกันและมีมาตรฐานการดูแลสุขอนามัยที่มากกว่าผู้ชาย (Clough, 2011) ขณะที่ผู้ชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าผู้หญิงในด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ (Rehman et al., 2018) ในด้านอายุ ที่พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อความจำและการตัดสินใจ (Joan et al., 2004; Yoon et al., 2005) ขณะที่สถานภาพทางการศึกษา (Margolis, 2013) เช่น พบว่า ระดับการศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Margolis R., 2013) ฯลฯ ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้นนี้พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องด้วย

ส่วนการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception) ของผู้รับสารเป็นแนวคิดสำคัญที่นิยมใช้ในการศึกษาการสื่อสารสุขภาพ เพราะเป็นการประเมินระดับความน่าจะเป็นต่อเหตุการณ์หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงอาจกระตุ้นให้บุคคลแสดงปฏิกิริยาแตกต่างกันไป ดังเช่น งานวิจัยในต่างประเทศช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบว่า ผู้ที่สวมหน้ากากและเชื่อมั่นในประสิทธิภาพจะลดการเว้นระยะห่างทางสังคมลง (Luckman et al., 2021) ขณะที่บุคคลมักคิดว่าตนเองมีโอกาสจะติดเชื้อน้อยกว่าคนอื่น (Veites et al., 2021) แต่หากติดเชื้อแล้วเชื่อว่ามีโอกาสเสียชีวิตสูง (Garfin et al., 2021) เป็นต้น เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงการรับรู้ความเสี่ยงของประชาชนต่อสถานการณ์ที่กำลังประสบอยู่ เพราะจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของประชาชนในบริบทความเสี่ยงนั้น ๆ

ขณะที่ปัจจัยโครงสร้างทางปัญญา (Cognition) เป็นกระบวนการทางปัญญาของบุคคลในการรับรู้ตีความและทำความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ในการวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ ปัจจัยโครงสร้างทางปัญญามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับสาร เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (Nutbeam, 2008) แรงจูงใจในการคิดพิจารณา (Motivation to Process)

(Petty & Cacioppo, 1979 อ้างใน Dillard, J. & Pfau, M. (2002) การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร (Credibility Judgement) (Dutta-Bergman, 2003 , Prybutok & Ryan, 2015) สิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) (Yaninee & Duang-kamol, 2020) ฯลฯ ปัจจัยทางความคิดของผู้รับสารเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับแรงจูงใจในการเปิดรับและวิธีคิดที่มีต่อข้อมูลข่าวสาร

เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังมีการศึกษาวิจัยตัวแปรด้านการสื่อสารสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับสารในสถานการณ์ดังกล่าวค่อนข้างน้อยมาก โดยจากการสำรวจที่ผ่านมายังไม่ปรากฏว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาในตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงและตัวแปรด้านปัจจัยทางโครงสร้างทางปัญญาในมิติต่างๆ ที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายในการประมวลปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยง และปัจจัยโครงสร้างทางปัญญาในด้านต่างๆ ของผู้รับสารในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งเป็นบริบทของการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อพยากรณ์ว่าปัจจัยหรือตัวแปรเหล่านั้นมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของโรคโควิด-19 ของประชาชนอย่างไร ซึ่งผลการศึกษจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันดูแลตนเองสำหรับโรคประจำถิ่นล่าสุดของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านลักษณะประชากร การรับรู้ความเสี่ยง และโครงสร้างทางปัญญาที่ส่งผลต่อการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้

1. ลักษณะความแตกต่างของบุคคลกับพฤติกรรมทางสุขภาพ

งานวิจัยในอดีตพบว่าลักษณะของบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งมักเป็นการศึกษาเงื่อนไขที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (Rehman et al., 2018; McLean et al., 2009) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 เพศ ในการอธิบายความแตกต่างทางพฤติกรรมของแต่ละเพศมักจะเชื่อมโยงกับกระบวนการคิด กลายบทบาททางเพศในสังคม ซึ่งโดยทั่วไปผู้หญิงจะถูกสอนให้แสดงความอ่อนไหวมากกว่าผู้ชายที่ต้องเข้มแข็ง (McLean et al., 2009) จากลักษณะทางธรรมชาติของทั้งสองเพศ ทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะป้องกันมากกว่าผู้ชาย และทำให้ผู้หญิงมีมาตรฐานการดูแลสุขภาพอนามัยที่มากกว่าผู้ชาย ซึ่งผู้ปกครองมักจะปลูกฝังให้เด็กหญิงรักษาความสะอาดตั้งแต่เด็ก (Clough, 2011) ในด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ Rehman et al., (2018) พบว่า ผู้ชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าผู้หญิง เช่น ผู้ชายสูบบุหรี่บ่อย ขณะที่ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะใส่ใจสุขภาพมากกว่า โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่ไขมันสูง รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง และต้องการลดน้ำหนัก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับด้านความสุข ผู้ชายจำนวนมากขึ้นเชื่อว่าพวกเขามีความสุขในชีวิตมาก

1.2 อายุ จำนวนอายุมักสอดคล้องกับการมีประสบการณ์ในชีวิต ทำให้วัยผู้ใหญ่มักนำประสบการณ์หรือความรู้ในอดีตมาประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้มากกว่าวัยเด็ก ซึ่งในด้านสุขภาพสามารถเกิดปัญหาได้ตลอดชีวิต เช่น จากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้คนที่ส่งผลต่อสุขภาพในอนาคต หรือความเสื่อมโทรมของร่างกายที่มักทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย ดังนั้นในการวินิจฉัยทางการแพทย์มักให้ความสำคัญกับช่วงอายุร่วมกับการพิจารณาความเสี่ยงต่อโรค โดยงานวิจัยที่ผ่านมาบ่งชี้ว่าอายุที่เปลี่ยนแปลงส่งผลต่อความจำและการตัดสินใจ (Yoon et al., 2005) ทำให้ในการเปลี่ยนแปลงหรือแทรกแซงพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุ เนื่องจากมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Zanjani et al., 2006) ขณะที่วัย

ผู้ใหญ่จะถูกกระตุ้นพฤติกรรมที่รักษาสุขภาพและป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Joan et al., 2004)

1.3 สถานภาพทางการศึกษา เป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดโอกาสเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล อันนำไปสู่การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ โดย Margolis R. (2013) ได้วิจัยความแตกต่างทางการศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของชาวอเมริกันกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50-75 ปี จากพฤติกรรมเลิกบุหรี่และการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้นต่อสุขภาพมากขึ้น

2. การรับรู้ความเสี่ยง (Risk perception) ทางสุขภาพ

การรับรู้ความเสี่ยง (Risk perception) หมายถึง การประเมินระดับความน่าจะเป็นต่อเหตุการณ์หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงอาจกระตุ้นให้บุคคลแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ เช่น การหาข้อมูลเพิ่มเติม การป้องกัน หรือหนีจากภัยคุกคาม เป็นต้น (Sandman, 2012) ผลกระทบต่อการรับรู้ความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1. การรับรู้ภัยร้าย (perceived hazard) เป็น

การรับรู้ความรุนแรงของอันตราย ซึ่งมักเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเชิงตัวเลข เช่น จำนวนผู้เสียชีวิต ทำให้บุคคลทราบถึงความอ่อนไหว และโอกาสจากการรวมตัวเลขข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อันนำไปสู่การประเมินผลกระทบและการตัดสินใจ (Peters et al., 2006) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภัยร้าย ได้แก่

1) การรับรู้ความน่ากลัว (perceived dread)

ความน่ากลัว (Dread) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่ติดตัวมนุษย์มาโดยกำเนิดจากสัญชาตญาณและสภาพแวดล้อม ซึ่งสิ่งที่เร้าให้เกิดความกลัว คือ ความเสี่ยง (Morgan et al., 2009) หากมนุษย์เห็นว่าสิ่งใดมีความรุนแรงต่อตนเอง มนุษย์จะป้องกันตนเองและหนีจากภัยคุกคามนั้นอย่างรวดเร็ว ในด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ได้อธิบายปัจจัยที่ตั้งใจลดความกลัวของผู้รับสาร ได้แก่ ความรุนแรงของภัย ความเสี่ยงต่อภัย ประสิทธิภาพของพฤติกรรมที่แนะนำ (เชิงป้องกัน) และความสามารถของบุคคลในการกำหนด

พฤติกรรม (Maddux & Rogers, 1983) ทำให้ในการออกแบบสารเพื่อสร้างความหวาดกลัวควรมีทั้งข้อมูลภัยคุกคามและประสิทธิภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวและการป้องกันก่อนจะเกิดภัย (Myrick et al., 2021)

2) การรับรู้การสูญเสีย (perceived loss) ใน

กระบวนการตัดสินใจ บุคคลมักจะพิจารณาประโยชน์จากสิ่งที่ได้รับและสูญเสีย (gain-loss) ซึ่งในด้านสุขภาพ การวิจัยของ Reinhardt & Rossmann (2021) พบว่า การรับรู้การสูญเสียมีอิทธิพลต่อทัศนคติการฉีดวัคซีนและความตั้งใจที่จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในกลุ่มคนหนุ่มสาวมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะเลือกตัดสินใจจากประโยชน์มากกว่าการสูญเสีย

2.2. การรับรู้แนวโน้ม (perceived probability)

คือ การประเมินความน่าจะเป็นจากความสามารถของแต่ละบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลทราบความเป็นไปได้ว่าตนจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้หรือไม่ จะต้องใช้เวลาและความพยายามมากน้อยเพียงใด โดยการรับรู้แนวโน้ม มีตัวแปรที่สอดคล้อง ดังนี้

1) การรับรู้ความใกล้ (perceived nearness)

โดยทั่วไปคนส่วนใหญ่มักประเมินขนาดของความเสี่ยงอย่างมีอคติ หากความเสี่ยงนั้นให้ผลในทางบวกจะคิดเข้าข้างตัวเอง (Optimistic bias) แต่หากให้ผลเชิงลบจะมองโลกในแง่ดีเกินเหตุ (Unrealistic Optimism) คิดว่าผู้อื่นมีโอกาสเกิดภัยมากกว่าตนเอง (Vieites et al., 2021) ซึ่ง van der Pligt (2001) ยืนยันแนวคิดนี้ว่า แม้ผู้คนจะตระหนักถึงความเสี่ยงของพฤติกรรม แต่อาจตอบสนองแตกต่างกันเมื่อนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมของตนเอง เช่น ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากเข้าใจว่าการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดโรค แต่ไม่เชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม หากรับรู้ถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพนั้นอยู่ใกล้ชิดมากก็มีความเป็นไปได้ที่จะประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยง เช่น การสืบทอดโรคทางกรรมพันธุ์ (Lipkus et al., 1996)

2) การรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity)

โดยทั่วไปมนุษย์มักกลัวสิ่งที่ไม่รู้จักและไม่เคยพบเจอมาก่อน ทำให้ไม่สามารถประเมินสถานการณ์และเตรียมพร้อมรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความคุ้นเคย หมายถึง การมี

ประสบการณ์ส่วนตัวมาก่อนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น จากประสบการณ์ตรง การฝึกอบรม การศึกษาข้อมูลจากสื่อ เป็นต้น (Smith et al., 2011) เมื่อคุ้นเคยกับปัญหามากขึ้น จะสามารถปรับตัวได้มากขึ้น แม้ว่าสิ่งนั้นจะเป็นอันตราย ทำให้ผู้ที่คุ้นเคยกับความเสี่ยเป็นอย่างดีมักจะมองว่าตนมีความเสี่ยน้อยกว่าผู้ที่ไม่คุ้นเคย เช่น สังคมอาจยอมรับการใช้ยาฆ่าแมลงไม่ได้ แต่ในทางตรงกันข้ามการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในสวนส่วนบุคคลอาจเสี่ยน้อยกว่า เนื่องจากเต็มใจและได้ประโยชน์ (Stone, 2014)

3) การรับรู้การควบคุมได้ (perceived controllability) คือ การรับรู้ความมั่นคงและอำนาจของตนในการจัดการกับปัญหา ซึ่งการตกอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถควบคุมได้อาจนำไปสู่อันตราย โดยสถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเองจะทำให้รู้สึกถึงความเสี่ยที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ได้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมของตนเอง ส่งผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรม (Ajzen, 1991)

4) การรับรู้ความสามารถในตน (self-efficacy) ในการรับรู้ความเสี่ยทางด้านสุขภาพ ผู้คนที่มีความสงสัยในความสามารถของตนมักประเมินค่าความเสี่ยสูงเกินไป เนื่องจากอาจขาดทักษะการตีความในเชิงความหมายและการอ่านตัวเลขทางสถิติ (Kostopoulou & Schwartz, A. 2021 ; Garfin et al., 2021) อีกทั้งในบางสถานการณ์ บุคคลอาจแสดงพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยไม่ได้จริง เช่น การดูถูกแหล่งที่มาของข้อมูลหรือการหาเหตุผลเข้าข้างพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพของตนเอง

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความเสี่ยเป็นการพยายามแสวงหาวิธีการที่ทำให้ตนเองสบายใจ โดยจัดการกับความอ่อนแอภายในตัวบุคคลต่อสิ่งเร้าภายนอก เพื่อหลีกเลี่ยงภัยอันตราย ทำให้การตัดสินใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงเพียงอย่างเดียว ยังอาศัยความเชื่อ ประสบการณ์ และอิทธิพลจากคนรอบข้าง

3. ปัจจัยโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive factors) กับพฤติกรรมทางสุขภาพ

ในกระบวนการรับสารของบุคคลนั้นมีปัจจัยทางปัญญาหลายประการที่สัมพันธ์กับการรับรู้ ตีความ และทำความเข้าใจต่อสารที่ได้รับ สำหรับในการสื่อสารสุขภาพมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ การที่บุคคลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าใจและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อควบคุมและส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น (Nutbeam, 1998) ซึ่ง Zarcadoolas et al., (2005) แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน (fundamental literacy) ความรอบรู้ทางวิทยาศาสตร์ (science literacy) การรอบรู้ด้านพลเมือง (civic literacy) และความรอบรู้ทางวัฒนธรรม (cultural literacy) นอกจากระดับความรอบรู้ของบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่จะให้ข้อมูลที่เหมาะสมและคอยตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหาอยู่เสมอ (Kanj & Mitic, 2009)

ดังนั้น บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเองและลดความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เจ้านด้านสุขภาพได้มาก ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยต่อโรคและมีพฤติกรรมป้องกันโรคน้อยลง (Nutbeam, 2008)

3.2 แรงจูงใจในการคิดพิจารณา (Motivation to Process)

ในการสื่อสารเพื่อการรณรงค์หรือนำมาไวเริ่มต้นที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะประมวลสารที่ได้รับมาหรือไม่ โดยมีตัวแปรจำนวนมากที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการพิจารณาสาร อาทิ

1) ความเกี่ยวข้อง (Involvement) ตัวแปรสำคัญที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อแรงจูงใจในการคิดพิจารณา ข้อมูลข่าวสารของบุคคลคือ ความเกี่ยวข้องส่วนบุคคล (Personal Involvement/Relevance) นั่นคือ การที่เรื่องนั้น ๆ มีผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบกับชีวิตของ

บุคคลโดยตรง โดยแบ่งออกเป็นความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลสูงและต่ำ ทั้งนี้ความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการพิจารณาสารได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องส่วนบุคคล และเมื่อสารนั้นมีความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลสูงจะส่งผลให้บุคคลสามารถจำแนกคุณภาพข้อโต้แย้งที่มีน้ำหนักจากข้อโต้แย้งที่ไม่มีน้ำหนักได้ดีกว่า เมื่อสารนั้นมีความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลต่ำ (Petty & Cacioppo, 1979 อ้างใน Dillard, J. & Pfau, M. (2002)

2) ความต้องการทางปัญญา (Need for Cognition) หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะชอบและทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิด ต้องการที่จะจัดระบบและบูรณาการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันอย่างมีโครงการและมีความหมาย ต้องการที่จะเข้าใจและหาเหตุผลให้กับปรากฏการณ์ที่ได้ประสบ (ทิพย์นภา หวนสุริยา, 2547) จากความหมายดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการประมวลข้อมูลข่าวสาร โดยตัวแปรความต้องการทางปัญญานี้จำแนกเป็นบุคคลที่มีความต้องการทางปัญญาสูง (High need for cognition) คือ ผู้ที่มีแนวโน้มตามธรรมชาติที่จะสืบค้น แสวงหา คิด และตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับเพื่อหาเหตุผลที่จะอธิบายสิ่งต่าง ๆ ความสัมพันธ์ของสิ่งเหล่านั้นและเหตุการณ์ในโลก จึงมักชื่นชอบการคิดหาเหตุผลหรือคิดแก้ปัญหา ขณะที่ผู้ที่มีความต้องการทางปัญญต่ำ (Low need for cognition) มักพึ่งพาสิ่งชี้แนะภายนอก เช่น ผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีชื่อเสียง สิ่งชี้แนะอย่างง่าย ฯลฯ จึงมักชื่นชอบสิ่งเร้าที่ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางปัญญา รวมทั้งผู้ที่มีความต้องการทางปัญญต่ำจะไม่คิดพิจารณาสารเพิ่มจนกว่าจะมีแรงจูงใจอื่น ๆ มากกระตุ้นให้คิด เช่น เมื่อเรื่องนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตน และเมื่อได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง (อิริินทร์ เฉลิมนนท์, 2543) โดยบุคคลที่มีความต้องการทางปัญญาสูง ก็จะมีแรงจูงใจที่จะพิจารณาสารโน้มน้าวใจอย่างรอบคอบมากกว่าบุคคลที่มีความต้องการทางปัญญต่ำ

3.3. การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร (Credibility Judgement)

การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสารคือการประเมินความน่าเชื่อถือและความเชี่ยวชาญของผู้ส่งสารซึ่งแหล่งสารที่น่าเชื่อถือส่งผลต่อการโน้มน้าวความคิดของผู้รับสาร (Hovland & Weiss, 1951) ที่จะรับข้อมูลมากกว่าต่อต้าน (Wilson & Sherrell, 1993) จากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร มักประเมินจากความเชี่ยวชาญของภูมิลักษณ์และประสบการณ์ เช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ องค์กรทางการแพทย์ และรัฐบาล (Dutta-Bergman, 2003) จากเว็บไซต์ที่มีการออกแบบอย่างเป็นมืออาชีพและมีการอัปเดตข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (Prybutok & Ryan, 2015) นอกจากนี้ยังปัจจัยอื่น ๆ ที่มักใช้พิจารณาความน่าเชื่อถือได้แก่ ลักษณะการเขียน เช่น มีการอ้างอิงข้อมูลทางการและทางวิทยาศาสตร์ การใช้ไวยากรณ์ทางภาษาและการพิมพ์ถูกต้อง (Eysenbach & Köhler, 2002) และ อิทธิพลจากบุคคลอื่น เช่น อ่านคำวิจารณ์ของผู้ใช้รายอื่น (Liao and Fu, 2014)

3.4 สิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)

สิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติ คือ สิ่งที่ส่งสัญญาณกระตุ้นให้ผู้คนเปลี่ยนพฤติกรรม อาจเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อาการเจ็บป่วย การทำงานผิดปกติของร่างกาย หรือความรู้สึกไม่สบาย และปัจจัยภายนอก เช่น คำแนะนำจากผู้อื่น ผลวิจัยทางการแพทย์ ป้ายให้ข้อมูลความปลอดภัยหรือสุขอนามัย สื่อรูปแบบต่าง ๆ

Meillier et al., (1997) พบว่าสิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากอิทธิพลทางสังคม และประสบการณ์ เช่น เจ็บป่วยของตนเองหรือคนใกล้ชิด ความกดดันทางสังคม รวมถึงอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงความเป็นไปได้จากเดิม เช่น การเปลี่ยนคู่มือหรือเหตุการณ์ในชีวิตอื่น ๆ

นอกจากนี้ ในงานวิจัยของ Yaninee & Duangkamol (2020) ซึ่งได้ศึกษากระบวนการแบบรวบรัดที่ใช้ตัดสินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพซึ่งอาจชี้ให้เห็นความสำคัญของตัวชี้นำด้านต่าง ๆ ด้วย กระบวนการตัดสิน

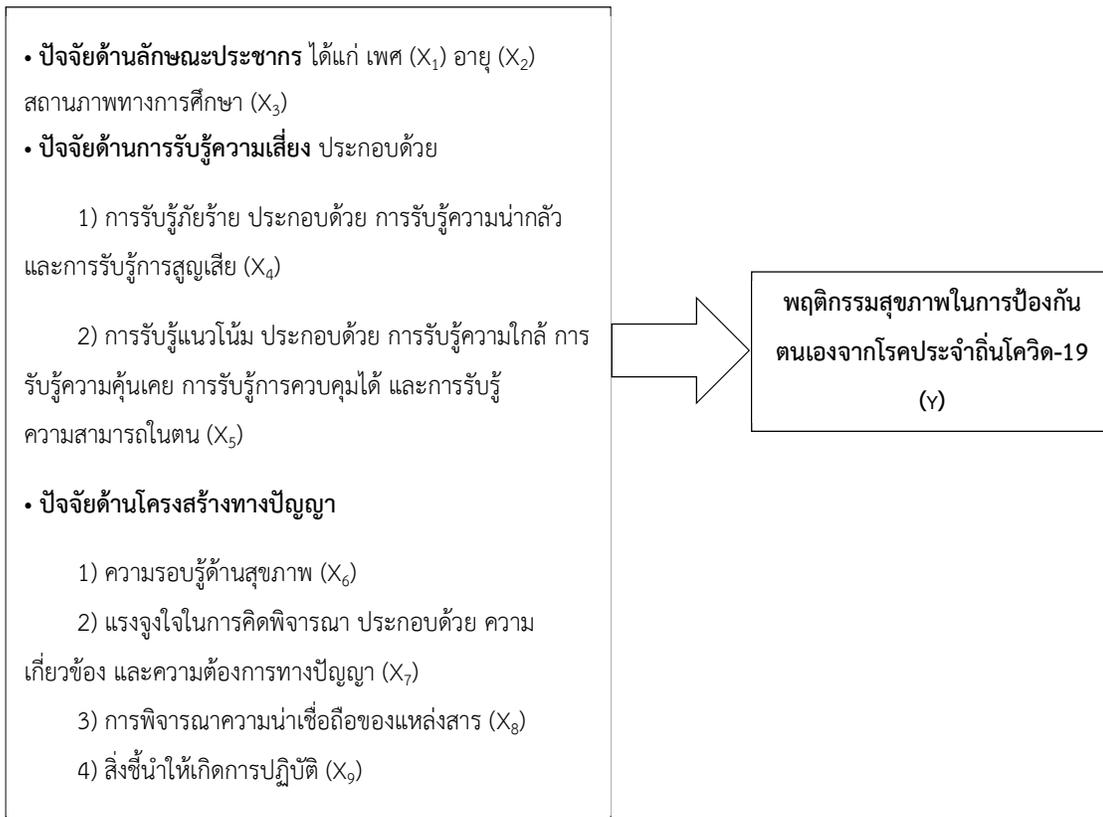
ความน่าเชื่อถือมี 5 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) กลุ่มความมีชื่อเสียงของผู้ให้ข้อมูล (Reputation heuristic) 2) กลุ่มความมีอำนาจในการให้ข้อมูล (Authority heuristic) 3) กลุ่มความขัดแย้งกับความคาดหวังของผู้รับสาร (Expectancy violation heuristic) 4) กลุ่มความมุ่งมั่นในการโน้มน้าวใจ (Persuasive intense heuristic) และ 5) กลุ่มกระแสของผู้อื่น (Bandwagon / Endorsement heuristic)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีการประมวลตัวแปรต่าง ๆ เพื่อจะช่วยให้เข้าใจได้ว่า บุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงและตอบสนองด้านสุขภาพในช่วงหลังการระบาดโควิด-19 อย่างไร สถานการณ์และการผ่อนปรนของภาครัฐ หรือการประกาศให้โรคระบาดกลายเป็นโรคประจำถิ่นจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป

หรือไม่ ซึ่งอาจจะมีพฤติกรรมสอดคล้องหรือตรงข้ามกับแนวทางปฏิบัติที่ผ่านมา

กรอบแนวคิด

จากการประมวลตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ได้แก่ กลุ่มตัวแปรลักษณะทางประชากร โดยเฉพาะเพศ อายุ และสถานภาพการศึกษา ขณะที่กลุ่มตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง ประกอบด้วย การรับรู้ภัยร้าย และการรับรู้แนวโน้ม ส่วนกลุ่มตัวแปรปัจจัยโครงสร้างทางปัญญา ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการคิดพิจารณา การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร และสิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาคำครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณด้วยวิธีการสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีรายละเอียดวิธีการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคำครั้งนี้คือ ประชาชนสัญชาติไทย ณ เดือนธันวาคม ปี พ.ศ.2564 มีจำนวน 66,171,439 คน (กรมการปกครอง, 2565) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เมื่อคำนวณจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane (อ้างในวิเชียร เกตุสิงห์, 2543) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจัดกลุ่มตามลำดับขั้น (Multistage Cluster Sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อสุ่มเลือกตัวแทนจังหวัดจาก 5 ภูมิภาค ละ 2 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ (เชียงใหม่และลำปาง) ภาคอีสาน (ขอนแก่นและอุดรธานี) ภาคกลาง (กรุงเทพฯ และปทุมธานี) ภาคใต้ (สงขลาและตรัง) และภาคตะวันออก (กาญจนบุรีและตาก) จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อสุ่มเลือกตัวแทนจังหวัดๆ ละ 2 อำเภอ จากนั้นดำเนินสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคำครั้งนี้คือ แบบสอบถามพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพการศึกษา จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงโรคโควิด-19 พัฒนามาจากงานวิจัยของ Sandman (2012) แบ่งเป็น การรับรู้ความน่ากลัว การรับรู้การสูญเสีย การรับรู้ความใกล้ การรับรู้ความคุ้นเคย การรับรู้การควบคุมได้ การรับรู้ความสามารถในตน รวม 21 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนามาจาก Nutbeam (2008) จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการคิดพิจารณาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พัฒนามาจากแนวคิดของ Petty & Cacioppo (1979 อ้างใน Dillard, J. & Pfau, M., 2002) แบ่งเป็นความเกี่ยวข้องและความ

ต้องการทางปัญญา จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 5 การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พัฒนามาจากงานวิจัยของ Wilson & Sherrell (1993) จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 สิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พัฒนามาจากงานวิจัยของ Yaninee & Duang-kamol (2020) จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 7 พฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ โดยมีตัวเลือกในการตอบทั้งแบบเลือกตอบ (check list) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด โดยไม่ให้มีค่ากลาง (no mid-point) เพื่อให้เห็นทิศทางของคำตอบหรือปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ได้อย่างชัดเจน

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิทยาศาสตร์ จำนวนรวม 3 ท่านเพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของคำถาม และความสอดคล้องของข้อความตามแนวคิดของตัวแปรในการศึกษานี้ และได้รับการรับรองการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ 115/2565 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ หลังจากนั้นมีการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองเก็บข้อมูล (try out) กับประชาชนทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้เกณฑ์ $r > 2$ (ทิพย์สิริ กาญจนวาสี และศิริชัย กาญจนวาสี, 2559) ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.21-0.66 และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach มีค่าเท่ากับ 0.87 จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เมื่อรวบรวมแบบสอบถามโดยมีกลุ่มเป้าหมายใน 8 จังหวัดด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและแบบตามสะดวก เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบได้ครบสมบูรณ์แล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบการวิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยวิธีการสถิติหาจำนวนความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อนำเสนอข้อมูลเชิงบรรยาย วิเคราะห์อำนาจจำแนกรายข้อด้วยค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ (Multiple Linear Regression) แบบปกติ

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถสรุปได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะประชากร การรับรู้ความเสี่ยง ปัจจัยทางโครงสร้างปัญญาต่อโรคประจำถิ่นโควิด-19 และพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

1.1 ลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง โดยเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.5) และเพศชาย (ร้อยละ 48.5) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 51 ปี (ร้อยละ 41.0) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 32.0) ด้านสถานภาพการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 57.5) รองลงมาคือ ไม่เกินมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 34.0)

1.2 การรับรู้ความเสี่ยง ผลการศึกษาจำแนกได้ 2 ด้านคือ

1) การรับรู้ภัยร้าย ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ด้าน ผลการศึกษาโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภัยร้ายของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.29) แต่ละด้านมีผลโดยสรุปดังนี้

- การรับรู้ความน่ากลัว พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความน่ากลัวของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.27) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การรับรู้ความน่ากลัวระดับมากที่สุดคือ โรคโควิด-19 สามารถติดต่อได้ทุกเพศทุกวัย (ค่าเฉลี่ย 3.50) รองลงมาคือ โรคโควิด-19 มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง (ค่าเฉลี่ย 3.50)

- การรับรู้การสูญเสีย พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้การสูญเสียจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.31) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การรับรู้การ

สูญเสียระดับมากที่สุดคือ โรคโควิด-19 น่าจะทำให้ประสบปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างยากลำบาก (ค่าเฉลี่ย 3.52) รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นกลุ่มคนที่มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มอื่น (ค่าเฉลี่ย 3.28)

2) การรับรู้แนวโน้ม ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ผลการศึกษาโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แนวโน้มของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.23) แต่ละด้านมีผลโดยสรุปดังนี้

- การรับรู้ความใกล้ พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความใกล้ของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.20) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การรับรู้ความใกล้ระดับมากที่สุดคือ บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีโอกาสติดเชื่อทุกคน (ค่าเฉลี่ย 3.43) รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุดคือ โรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื่อในอากาศได้ (ค่าเฉลี่ย 3.12)

- การรับรู้ความคุ้นเคย พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความคุ้นเคยของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.33) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การรับรู้ความคุ้นเคยระดับมากที่สุดคือ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับคนมีชื่อเสียงที่ติดเชื่อโรคโควิด-19 จากสื่อมวลชนสม่ำเสมอ (ค่าเฉลี่ย 3.29) รองลงมาคือ พบเห็นหรือรับรู้ข่าวว่ามีคนรู้จักติดเชื่อโรคโควิด-19 (ค่าเฉลี่ย 3.26)

- การรับรู้การควบคุมได้ พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้การควบคุมได้ของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.20) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การรับรู้การควบคุมได้ระดับมากที่สุดคือ การติดเชื่อโรคโควิด-19 มาจากพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ค่าเฉลี่ย 3.13) รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสม่ำเสมอทำให้โอกาสติดเชื่อโรคโควิด-19 มีน้อยลง (ค่าเฉลี่ย 3.04)

- การรับรู้ความสามารถในตน พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถในตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.19) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การรับรู้ความสามารถในตนที่ระดับมากที่สุดคือ เชื่อว่าตนเองรู้วิธีป้องกันการติดเชื่อโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.20) รองลงมาคือ เชื่อว่าตนเอง

สามารถปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดเสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 (ค่าเฉลี่ย 2.98)

1.3 ปัจจัยทางโครงสร้างปัญญาต่อโรคประจำถิ่นโควิด-19 พบผลดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.00)

2) แรงจูงใจในการคิดพิจารณาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ผลการศึกษาโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการคิดพิจารณาอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.00) โดยแต่ละปัจจัยมีผลโดยสรุปดังนี้

- ความเกี่ยวข้อง พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลกับสถานการณ์โรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.25)

- ความต้องการทางปัญญา พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการทางปัญญาในการพิจารณาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.75)

3) การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสารเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.20)

4) สิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.27)

1.4 พฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.28) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า พฤติกรรมที่อยู่ในระดับมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าขณะที่ยังอยู่นอกเคหะสถาน (ค่าเฉลี่ย 3.30) รองลงมาคือ การสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไม่ มี

น้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น หายใจเหนื่อยหอบ ลิ้นไม่รับรู้รสชาติ (ค่าเฉลี่ย 3.26)

2. การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19

ในการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ตัวแปรที่เลือกมาวิเคราะห์ทั้งด้านลักษณะประชากร การรับรู้ความเสี่ยง และปัจจัยโครงสร้างทางปัญญา พบผลการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรพยากรณ์และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของประชาชนที่แตกต่างกัน โดยมีตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ได้แก่ เพศ (X_1) อายุ (X_2) การรับรู้ภัยร้าย (X_6) การรับรู้แนวโน้ม (X_5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (X_8) แรงจูงใจในการคิดพิจารณา (X_7) และสิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติ (X_9) โดยตัวแปรการรับรู้แนวโน้ม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีค่าเท่ากับ 0.698 รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภัยร้าย สิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติ แรงจูงใจในการคิดพิจารณา เพศ และอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.677, 0.501, 0.377, 0.241, 0.201, 0.145 ตามลำดับ

ส่วนตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ตัวแปรสถานภาพทางการศึกษาและการพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร โดยตัวแปรสถานภาพทางการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด มีค่าเท่ากับ -0.341 รองลงมาคือ การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.299 ดังผลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรพยากรณ์และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	Y
เพศ (X ₁)	1	0.130	0.052	0.411	0.342	-0.172	-0.355	-0.190	0.102	0.201*
อายุ (X ₂)		1	0.301*	0.054*	0.087*	0.335	0.251	0.491	0.133*	0.145**
สถานภาพทางการศึกษา (X ₃)			1	0.502	0.518	0.103	0.133*	0.142*	-0.441	-0.341*
การรับรู้ภัยร้าย (X ₄)				1	-0.310	0.382	0.140	0.060	0.329	0.501*
การรับรู้แนวโน้ม (X ₅)					1	0.055*	0.529	0.237	0.431	0.698**
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (X ₆)						1	0.302*	-0.202	0.066	0.677*
แรงจูงใจในการคิดพิจารณา (X ₇)							1	0.034*	0.463	0.241**
การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร (X ₈)								1	0.348*	-0.299*
สิ่งซึ่งทำให้เกิดการปฏิบัติ (X ₉)									1	0.377*
พฤติกรรมสุขภาพ (Y)										1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.2 ผลการวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 9 ตัวแปร มีค่าเท่ากับ 0.856 มีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (F=

50.320, $p < 0.000$) และกำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์มีค่าเท่ากับ 0.690 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 9 ตัวแปร ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 69.0 ส่วนค่าน้ำหนักสำคัญของตัวแปรเกณฑ์และการทดสอบนัยยะสำคัญทางสถิติสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	b	β	SEb	t	p-value
Constant	-0.698		0.510	1.162	0.089
เพศ (X ₁)	0.028	0.028	0.049	0.671	0.058
อายุ (X ₂)	0.035	0.094	0.120	1.131	0.050
สถานภาพทางการศึกษา (X ₃)	0.044	0.131	0.103	0.399	0.083
การรับรู้ภัยร้าย (X ₄)	0.086	0.455	0.201	2.104	0.045
การรับรู้แนวโน้ม (X ₅)	-0.166	0.674	0.099	2.862	0.041
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (X ₆)	0.722	0.583	0.055	4.626	0.032
แรงจูงใจในการคิดพิจารณา (X ₇)	0.468	0.502	0.153	2.405	0.050
การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร (X ₈)	-0.093	-0.107	0.029	-5.320	0.059
สิ่งซึ่งทำให้เกิดการปฏิบัติ (X ₉)	0.348	0.486	0.205	0.204	0.067

โดยที่ $R = 0.856$, $R^2 = 0.701$ และ $R^2_{adj} = 0.690$

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวแปรการรับรู้แนวโน้ม (X_5) ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (Y) มากที่สุดโดยมีค่าน้ำหนักคะแนนมาตรฐานเท่ากับ 0.674 รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (X_6) แรงจูงใจในการคิดพิจารณา (X_7) สิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติ (X_8) การรับรู้ภัยร้าย (X_4) สถานภาพทางการศึกษา (X_3) อายุ (X_2) เพศ (X_1) และการพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร (X_9) โดยมีค่าน้ำหนักคะแนนมาตรฐานเท่ากับ 0.583, 0.502, 0.486, 0.455, 0.131, 0.094, 0.028, -0.107 ตามลำดับ

ผลการศึกษาข้างต้นยังพบว่า ตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 5 ตัวแปรตามลำดับ ได้แก่ การรับรู้แนวโน้ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการคิดพิจารณา การรับรู้ภัยร้าย และอายุ

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาที่พบว่ามี 5 ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญคือ การรับรู้แนวโน้ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการคิดพิจารณา การรับรู้ภัยร้าย และอายุ สามารถอภิปรายผลตามแนวคิดที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

“การรับรู้แนวโน้ม” (perceived probability) สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองได้มากเป็นอันดับแรก โดยเป็นตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของการรับรู้ความเสี่ยงในด้านมิติของการประเมินความน่าจะเป็นจากความสามารถของแต่ละบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลทราบความเป็นไปได้ว่าตนจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้หรือไม่ จะต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างน้อยเพียงใด (Sandman, 2012) เมื่อเทียบเคียงกับกรณีศึกษาอื่น จึงกล่าวได้ว่า เมื่อประชาชนประเมินระดับความน่าจะเป็นต่อเหตุการณ์หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และ

การที่ภาครัฐมีนโยบายให้เป็นโรคประจำถิ่น ทำให้ประชาชนมีการประเมินความน่าจะเป็นของตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ความใกล้ (perceived nearness) และการรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity) ของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด แม้ว่าโรคโควิด-19 จะเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน แต่การสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงและผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิต สภาพสังคมและเศรษฐกิจของโลก ทำให้ประชาชนเฝ้าติดตามข่าวสาร ได้รับรู้ถึงความใกล้ของความเสี่ยงและเกิดความคุ้นเคยกับโรคโควิด-19 จากข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ในทุกช่องทาง สอดคล้องกับ Smith et al. (2011) ที่ว่า การมีประสบการณ์ การศึกษาหรือเปิดรับข่าวสารจากสื่อจะทำให้บุคคลคุ้นเคยและปรับตัวกับปัญหาได้มากขึ้นแม้ว่าสิ่งนั้นจะเป็นอันตราย ดังนั้น การรับรู้แนวโน้มของประชาชนจึงมีความสัมพันธ์ทำให้ประชาชนคุ้นเคยและเตรียมพร้อมในการปรับตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

ปัจจัยทางโครงสร้างทางปัญญาที่พบว่าสามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ได้เป็นอันดับสองคือ ตัวแปร “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ซึ่งพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก หมายถึง บุคคลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าใจและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อควบคุมและส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น (Nutbeam, 1998) ผลการศึกษานี้จึงยืนยันผลการศึกษาของ Nutbeam (2008) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเองและลดความน่าเชื่อถือของข้อมูลเท็จด้านสุขภาพได้มาก ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีโอกาสเสี่ยง

“แรงจูงใจในการคิดพิจารณา” (Motivation to Process) เป็นตัวแปรทางโครงสร้างทางปัญญาที่พบว่าสามารถพยากรณ์การมีพฤติกรรมสุขภาพจากโรคโควิด-19 ในลำดับที่สาม โดยตัวแปรทั้งด้านความเกี่ยวข้อง

(Involvement) และความต้องการทางปัญญา (Need for Cognition) ล้วนส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนกระทั่งปัจจุบันทำให้ประชาชนล้วนได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ทั้งนี้ประชาชนส่วนใหญ่ต่างเป็นผู้มีความเกี่ยวข้องสูง (high involvement) เพราะล้วนได้รับผลกระทบไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง อาทิ การติดเชื้อเจ็บป่วย เสียชีวิต การสูญเสียทางเศรษฐกิจและโอกาส ความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต ฯลฯ ความสนใจเปิดรับข่าวสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นเพราะตนเองหรือคนใกล้ชิดมีความเกี่ยวข้องสูง ดังที่ Petty & Cacioppo (1979) อ้างใน Dillford & Pflu, (2002) กล่าวว่า ความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการพิจารณาสารได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องส่วนบุคคล และเมื่อสารนั้นมีความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลสูงจะส่งผลให้บุคคลสามารถจำแนกคุณภาพข้อโต้แย้งที่มีน้ำหนักจากข้อโต้แย้งที่ไม่มีน้ำหนักได้ดีกว่าเมื่อสารนั้นมีความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลต่ำ

ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อการพยากรณ์การมีพฤติกรรมสุขภาพจากโรคโควิด-19 ในลำดับที่สี่คือ “การรับรู้ภัยร้าย” (perceived hazard) เพราะตัวแปรนี้สะท้อนถึงการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายของสถานการณ์ ดังที่ภาครัฐและสื่อมวลชนมักจะรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้ติดเชื้อเป็นรายวัน การให้ข้อมูลเชิงตัวเลขเป็นประจำต่อเนื่องย่อมส่งผลต่อการรับรู้ภัยร้ายหรือการสูญเสียในด้านต่าง ๆ เป็นหลัก สอดคล้องกับ Peters et al. (2006) พบว่า การให้ข้อมูลเชิงตัวเลข เช่น จำนวนผู้เสียชีวิต ทำให้บุคคลทราบถึงความอ่อนไหว และโอกาสจากการรวมตัวเลขข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อันนำไปสู่การประเมินผลกระทบและการตัดสินใจของการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังเช่นงานวิจัยของ Reinhardt & Rossmann (2021) ที่พบว่า การรับรู้การสูญเสียมีอิทธิพลต่อทัศนคติการฉีดวัคซีนและความตั้งใจที่จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยเฉพาะในคนวัยหนุ่มสาว

“อายุ” (Age) เป็นตัวแปรลักษณะประชากรตัวแปรเดียวที่พบว่า สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของประชาชนได้ ทั้งนี้พบว่า กลุ่มประชาชนที่อายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไปมีการรับรู้ความเสี่ยงและสิ่งชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากประชาชนที่อายุต่ำกว่า 30 ปี จึงมีแนวโน้มว่า ผู้ที่มีอายุมากถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะคิดพิจารณาंना ประสพการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมาประกอบการตัดสินใจได้มากกว่ากลุ่มช่วงวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจในพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคระบาดรุนแรง สอดคล้องกับผลสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ชาวอเมริกันเริ่มมีพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหลายอย่าง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มองว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อน้อย แต่ถ้าติดเชื้อแล้วอาจมีผลรุนแรง (Garfin et al., 2021) และผู้สูงอายุมีความตั้งใจจะฉีดวัคซีน (Reinhardt & Rossmann, 2021) และเว้นระยะห่างทางสังคมและสวมหน้ากากมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า (Joslyn et al., 2021)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า “การรับรู้แนวโน้ม” และ “การรับรู้ภัยร้าย” เป็นตัวแปรในผู้รับสารที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ดังนั้น ในการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพจึงควรวางแผนสื่อสารโดยคำนึงถึงมิติของประชาชนผู้รับสารในด้านการรับรู้ความใกล้ (perceived nearness) และการรับรู้ความคุ้นเคย (perceived familiarity) ที่ผลการศึกษานี้พบว่า เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้แนวโน้มของประชาชนว่าตนเองจะปรับเปลี่ยนไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพได้หรือไม่ ซึ่งหากเป้าหมายของการสื่อสารนั้นต้องการให้ประชาชนตระหนักในความเสี่ยงแม้โรคโควิด-19 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง กลยุทธ์ของการสื่อสารต้องคำนึงถึงการสร้างหรือกระตุ้นประสบการณ์ (experience) เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชน การรายงานข่าวที่ไม่มุ่งเน้นเชิงตัวเลข ฯลฯ

2. “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ของประชาชนเป็นปัจจัยที่พบว่ามีอำนาจในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ แต่การรอบรู้ทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพทางการศึกษา ดังนั้น กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเพื่อให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยงของโรคประจำถิ่นโควิด-19 จึงไม่ควรมุ่งเน้นจำแนกผู้รับสารตามปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้รับสารเท่านั้น แต่ต้องมุ่งเน้นการคัดกรองคุณภาพข้อมูลและออกแบบการนำเสนอข้อมูลที่เหมาะสมกับประชาชนที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน

3. “แรงจูงใจในการคิดพิจารณา” เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องส่วนบุคคลและความต้องการทางปัญญาดังนั้น ในการออกแบบสารเพื่อการสื่อสารสุขภาพ ควรออกแบบเนื้อหาสำหรับผู้รับสารที่มีความเกี่ยวข้องและความต้องการทางปัญญาแตกต่างกัน เช่น การออกแบบจุดดึงดูด (Appeal) ในสาร การอ้างแหล่งข้อมูล น้ำหนักข้อโต้แย้งในสาร การเลือกใช้สื่อ ฯลฯ เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน

4. ลักษณะประชากรที่สำคัญในการวางแผนกำหนดเนื้อหาการสื่อสารสุขภาพหรือสื่อความเสี่ยงทางสุขภาพให้มีเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายคือ “อายุ” โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านช่วงวัยของผู้รับสารที่ให้ความสนใจและต้องการข่าวสารแตกต่างกัน ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชนแต่ละช่วงวัยเกิดพฤติกรรมที่ควรเน้นตามวิถีชีวิตหรือไลฟ์สไตล์คนแต่ละกลุ่มด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่นในองค์ประกอบและกระบวนการสื่อสารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคประจำถิ่นโควิด-19 ของประชาชน เช่น ตัวแปรด้านผู้ส่งสาร ตัวแปรเนื้อหาสาระและช่องทางการสื่อสาร ปัจจัยด้านบริบทและสถานการณ์ ฯลฯ

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพและตัวแปรที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เนื่องจากวิกฤตการณ์ด้านสุขอนามัยมีความถี่และความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมการปกครอง. (2565). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร. วันที่เข้าถึงข้อมูล 10 สิงหาคม 2565, แหล่งที่มา <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
- ทิพย์นภา หวนสุริยา. (2547). อิทธิพลของกลุ่มที่มีองค์ประกอบความเป็นกลุ่มน้อยที่สุดต่อความลำเอียง ระหว่างกลุ่มที่วัดโดยตรงและโดยนัยและการประเมินคุณภาพผลงาน ของสมาชิกกลุ่มตนเองและกลุ่มอื่นในผู้ที่มีความต้องการทางปัญญาสูงและต่ำ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สาขาจิตวิทยาสังคม.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2543). คู่มือการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. (2565). มาตรการเตรียมพร้อม “โควิด” เข้าสู่โรคประจำถิ่น. วันที่เข้าถึงข้อมูล 15 สิงหาคม 2565, แหล่งที่มา <https://www.facebook.com/informationcovid19/>

ภาษาอังกฤษ

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Clough, S. (2011). Gender and the hygiene hypothesis. *Social science & medicine* (1982), 72(4), 486–493.

- Dilford, J. & Pflu, M. (2002). *The Persuasion Handbook: Developments in Theory and Practice*. Sage Publication.
- Dutta-Bergman, M. (2003). Trusted online sources of health information: differences in demographics, health beliefs, and health-information orientation. *Journal of medical Internet research*. 5(3), e21.
- Eysenbach, G., & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ (Clinical research ed.)*. 324(7337), 573–577.
- Garfin, D. R., Fischhoff, B., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2021). Risk perceptions and health behaviors as COVID-19 emerged in the United States: Results from a probability-based nationally representative sample. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. 27(4), 584–598.
- Hovland, C. I., & Weiss, W. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly*. 15, 635–650.
- Joan S. Tucker, David J. Klein, & Marc N. (2004). Elliott, Social Control of Health Behaviors: A Comparison of Young, Middle-Aged, and Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*. 59(4), 147–P150,
- Joslyn, S., Sinatra, G. M., & Morrow, D. (2021). Risk perception, decision-making, and risk communication in the time of COVID-19. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. 27(4), 579–583.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). *Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk*. *Econometrica*. 47(2), 263–291.
- Kanj, M., & Mitic, W. (2009). 7th Global Conference on Health Promotion, “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap”, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009.
- Katzourakis, A. (2022). *COVID-19: endemic doesn't mean harmless*. nature. Retrieved March 1, 2022, from <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00155-x>
- Kostopoulou, O., & Schwartz, A. (2021). To unpack or not? Testing public health messaging about COVID-19. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. 27(4), 751–761.
- Liao, Q. V., & Fu, W.-T. (2014). Age differences in credibility judgments of online health information. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction*. 21(1), 1–23.
- Lipkus, I. M., Rimer, B. K., Lyna, P. R., Pradhan, 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. *Journal of community health*. 21(6), 409–427.
- Luckman, A., Zeitoun, H., Isoni, A., Loomes, G., Vlaev, I., Powdthavee, N., & Read, D. (2021). Risk compensation during COVID-19: The impact of face mask usage on social distancing. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. 27(4), 722–738.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469–479.
- Margolis R. (2013). Educational differences in healthy behavior changes and adherence among middle-aged Americans. *Journal of health and social behavior*, 54(3), 353–368.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*. 29(6), 496–505. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>

- Meillier, L. K., Lund, A. B., & Kok, G. (1997). Cues to action in the process of changing lifestyle. *Patient education and counseling*. 30(1), 37–51.
- Morgan, M., Fischhoff, B., Bostrom, A., & Atman, C. (2001). *Risk Communication: A Mental Models Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Myrick, J., & Nabi, R. *Fear Arousal and Health and Risk Messaging*. Oxford Research Encyclopedia of Communication. Retrieved May 24 , 2022, from <https://oxfordre.com/communication/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-266>
- Nutbeam D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 13(4), 349–364,
- Nutbeam D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. In *Social science & medicine* (1982), 67(12), 2072–2078.
- Öhman, A. (2008). *Fear and anxiety: Overlaps and dissociations*. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions*, 709–728.
- Peters, E., Västfjäll, D., Slovic, P., Mertz, C. K., Mazzocco, K., & Dickert, S. (2006). Numeracy and decision making. *Psychological science*. 17(5), 407–413.
- Petty, R.E., Cacioppo, J.T. (1986). *The Elaboration Likelihood Model of Persuasion*. In: *Communication and Persuasion*. Springer Series in Social Psychology. Springer, New York, NY.
- Prybutok, G., & Ryan, S. (2015). Social media: The key to health information access for 18- to 30-year-old college students. *Computers, Informatics, Nursing*. 33(4), 132-141.
- Rehman, R., Zafar, A., Mohib, A., & Baig, M. (2018). A Gender-based Comparison in Health Behaviors and State of Happiness among University Students. *Cureus*, 10(3), e2342.
- Reinhardt, A. & Rossmann, C. (2021). Age-related framing effects: Why vaccination against COVID-19 should be promoted differently in younger and older adults. *Journal of Experimental Psychology Applied*. 27. 669–678.
- Sikes P. (1991) “Nature Took Its Course”? Student Teachers & Gender Awareness. *Gender and Education*. 3(2), 145-162.
- Smith, E. C., Burkle, F. M., Jr, & Archer, F. L. (2011). Fear, familiarity, and the perception of risk: a quantitative analysis of disaster-specific concerns of paramedics. *Disaster medicine and public health preparedness*. 5(1), 46–53.
- Stone, D. (2014). *Risk Perception: Encyclopedia of Toxicology* (Third Edition). Retrieved March 6, 2022, from <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386454-3.00981-7>
- van der Pligt J. (2001). *Vulnerability and Perceived Susceptibility*, Psychology of International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, h Retrieved May 1, 2022, from <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03807-9>.
- Vieites, Y., Ramos, G. A., Andrade, E. B., Pereira, C., & Medeiros, A. (2021). Can self-protective behaviors increase unrealistic optimism? Evidence from the COVID-19 pandemic. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. 27(4), 621–631.
- Wilson, E. J., & Sherrell, D. L. (1993). Source Effects in Communication and Persuasion Research: A Meta-Analysis of Effect Size. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(2), 101–112.

- World Health Organization (WHO). (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. Retrieved August 11, 2022, from <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Weekly epidemiological update on COVID-19 - 25 January 2022*. 76. Retrieved August 11, 2022, from <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--25-january-2022>
- Yaninee Petcharanan and Duang-kamol Chartprasert. (2020). *Credibility Judgment of Health Information on Facebook: A Case of Thai Facebook Users*. 19(1).
- Yoon, C., Laurent, G., Fung, H.H. et al. (2005). Cognition, Persuasion and Decision Making in Older Consumers. *Market Lett.* 16, 429–441.
- Zanjani, F. & Schaie, K. & Willis, S. (2006). *Age Group and Health Status Effects on Health Behavior Change. Behavioral medicine (Washington, D.C.)*. 32. 36-46.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*. 20(2), 195–203.